

INTRODUCTION

L'obésité infantile est en forte augmentation depuis ces dix dernières années avec un pourcentage avoisinant les 15 %.

Ce problème de santé publique (1 obèse sur 2 sera diabétique à l'âge adulte) est de plus en plus pris en compte par la profession médicale, les médias et les tutelles.

La prise en charge d'enfants obèses en milieu libéral comme en milieu hospitalier se heurte à plusieurs problèmes :

- Les problèmes liés à la pathologie elle-même car la reconnaissance de la situation pathologique de l'enfant par l'enfant lui-même et par l'entourage est souvent dénié, le mythe de l'enfant « costaud », « fort » est souvent présent dans ces familles surtout si c'est un garçon, par contre si c'est une fille, elle se verra souvent taxée de grosse.
- Liés aux habitudes familiales alimentaires socio-culturelles (télé, grignotage, alimentation hypercalorique, etc..)
- Liés à l'équipe médicale ou au médecin : le temps de consultation pour ce type de pathologie est très important, le travail d'éducation sanitaire est long, peut nécessiter le recours à des personnels paramédicaux : diététicienne, *psychomotricien, psychologue* ...

En libéral, il est souvent difficile de trouver une diététicienne voire une psychologue et du temps afin de faire le point pour l'enfant.

En milieu hospitalier, ce type de consultations effectué soit en milieu hyper-spécialisé d'endocrinologie ou de gastro-entérologie pédiatrique mobilise beaucoup de temps et du personnel.



1. Celle de l'enfant suivi régulièrement (avec prise des mensurations staturales) par le pédiatre, le médecin de famille, les consultations de PMI, la médecine scolaire, etc...
2. Celle de l'enfant qui consulte pour sa surcharge pondérale adressé par un médecin, une diététicienne, etc... ou amené par la famille.

1 - Enfant suivi régulièrement.

La prise en charge peut être plus précoce au regard du suivi des courbes staturales et des courbes de corpulence, elle sera préventive de l'installation d'une obésité ultérieure.

Le rebond d'adiposité est souvent très précoce, largement avant l'âge de 6 ans, il se situe après l'acquisition de l'âge de la marche (période d'activité physique qui permet à l'enfant de s'affiner).

Dans cette situation, le dérapage pondéral avec aplatissement puis ascension de la courbe de l'indice de corpulence doit faire rechercher une cause auprès de la famille. Cela est d'autant plus facile que cet enfant est suivi régulièrement et que les relations avec le médecin sont souvent de bonnes qualités.

Le dérapage peut être lié

- à une glotonnerie autorisée ou un gavage inconscient de la part des parents (mère ou autre),
- à des grignotages autorisés et/ou induits (famille et école !!)
- à une réponse inadaptée à un problème de l'enfant (opposition, colère, douleur après traumatisme, etc...) avec compensation alimentaire systématique, ce qui peut induire une relation particulière de l'enfant et de sa famille à l'alimentation.

2 - Enfant amené ou adressé à la consultation

Le plus souvent, il s'agit d'enfants plus âgés, de pré-adolescents ou d'adolescents.

La consultation peut être faite d'un commun accord entre l'enfant et sa famille ou obligatoire pour l'enfant (sous la pression familiale ou d'un tiers, médecin, etc...).

à l'enfant.

On demandera aux parents, au patient quelles sont leurs motivations respectives, quels ^{est} ~~sont~~ leur ressenti par rapport à sa pathologie et ce qu'ils attendent de la consultation.

Les réponses à ces questions permettront d'appréhender le contexte familial et l'état d'esprit de chacun des participants.

1 - INTERROGATOIRE MEDICAL

L'interrogatoire permet de définir les antécédents médicaux familiaux (prise de mensurations des parents et grands-parents si possible, frères et soeurs) et personnels avec l'éventualité de prises médicamenteuses, d'accidents physiques ou psychologiques ainsi que l'activité physique et mode de vie de l'enfant et de sa famille

2 - L'EXAMEN CLINIQUE

Il sera complet et cherchera à :

- éliminer l'existence d'une pathologie organique expliquant l'obésité (génétique, endocrinienne, etc...).
- apprécier le retentissement de la surcharge pondérale (orthopédique, cardio-respiratoire, cutané, etc....).

Il se terminera par la prise des mensurations : poids, taille, P.C. qui permettront d'établir les courbes staturo-pondérales et de calculer l'indice de masse corporelle (ces calculs sont faits devant le patient et la famille en expliquant le mode de fonctionnement des courbes).

Le carnet de santé peut permettre de constituer l'itinéraire staturo-pondéral du patient et de pointer la date de début de la surcharge pondérale, les différents essais de prise en charge et de reconstituer l'historique de la pathologie.

Cette étape permet souvent de prouver l'ancienneté du problème et de situer dans le temps pour y répondre (une obésité évoluant depuis plusieurs années ne pourra pas être régularisée en quelques semaines).

pour tous (Cf. comparaison).

Explications de quelques principes

Si l'absorption calorique est égale au besoin de fonctionnement du corps (respiration, digestion, muscles, etc...) auxquels s'ajoutent les besoins liés aux exercices physiques (habituels ou exceptionnels), le corps ne stockera pas les calories, il n'y aura pas de surcharge (comparaison avec l'automobile et l'essence).

En période de surcharge pondérale, pour perdre du poids, il faut se mettre en dette de calories afin de puiser dans les stocks (comparaison avec le livret de caisse d'épargne).

L'avantage de l'enfant par rapport à l'adulte, c'est que s'il règle son problème d'excès calorique avant la puberté (période à laquelle il grandit), son corps s'affinera (principe de l'élastique que l'on tend). Par contre les besoins caloriques en période pubertaire sont multipliés à cause du développement cellulaire, en cas d'excès, les excès sont aussi multipliés.

Les besoins caloriques sont personnels, fonction de son patrimoine génétique et de son mode de vie. Un apport considéré comme normal par rapport à une population peut être pour certains surévalué (il va grossir) ou parfois sous évalué (il va maigrir). Dans une même famille à absorption calorique égale et activité physique égale, cela peut expliquer les variations pondérales.

L'activité physique retrouvée (trajets scolaires pédestres, reprise d'une activité physique sportive et la diminution du temps de sédentarité (télé, jeux vidéos, etc..) permettront à l'organisme de dépenser des calories supplémentaires.

Le suivi nutritionnel doit être régulier, car le rebond pondéral en cas d'abandon d'une diététique correcte suivra toujours la même pente, la perte de poids elle aussi (exemple : possibilité de perdre 10 kg et d'en reprendre 12 (~~notion de pondérostas~~)).

Les explications diététiques simples sur le sucre, les graisses, les protéines (équivalences caloriques) seront données ainsi qu'un listing des aliments « obésigènes » les plus à risques. Ces explications peuvent être données sous la forme de questions / réponses interactives ; ce qui permet de tester les connaissances nutritionnelles du patient ou de sa famille, le résumé écrit sera remis au patient.

Peu d'interdits sont à donner, les grignotages et les associations d'aliments hyper-caloriques seront néanmoins « fortement déconseillés ».

Contrairement à la famille, il ne faudra pas stigmatiser l'alimentation sélective (refus de légumes ou de fruits) fréquente chez beaucoup d'enfants en surcharge pondérale mais essayer d'expliquer les intérêts de ces types d'aliments qui permettent d'apporter moins de calories avec un volume supérieur en ayant pour effet de « caler » (2100 calories = 500 g de croissants = 10 kg de poireaux).

De plus, la diversification alimentaire permet de couvrir les besoins vitaminiques multiples de l'organisme (certaines vitamines sont présentes dans les croissants mais d'autres dans les légumes et les fruits).

Il faudra aussi après avoir envisagé l'aspect qualitatif de l'alimentation, s'enquérir de l'aspect quantitatif avec si nécessaire réduction progressive des quantités absorbées (féculents) (exemple : pour des pâtes, le laisser se servir comme d'habitude et lui demander de compter le nombre de cuillers à soupe de pâtes en les transvasant dans une assiette vide et réduire d'une cuiller toutes les semaines par exemple).

Il faudra rééquilibrer le rythme des repas et donner sa place aux repas.

- Petit déjeuner : très important
- Déjeuner important
- Goûter important (car il permet de ne pas grignoter jusqu'au repas du soir.
- Dîner : moins important

Respecter quelques règles simples :

- féculents : 3 fois par jour (y compris pain)
- un légume, un fruit
- un cuit, un frais par repas principal
- 3 laitages par jour en évitant les laitages plus caloriques (fromage pâte dure, fromage fermenté qui contiennent moins d'eau que des laitages plus jeunes à poids égal).
- boisson : de l'eau. Néanmoins possibilité de s'offrir un petit plaisir COCA LIGHT au goûter.

La pratique du sport est autorisée, préférés les sports portés (vélo, rolleurs, etc..) en cas de surcharge pondérale importante afin de limiter les traumatismes articulaires).

La pratique de la natation permet, grâce à l'action sur l'augmentation de la thermogénèse corporelle (eau de piscine à 22-23, corps à 37), dans un milieu non traumatique et ludique de consommer quelques calories.

Il faudra insister sur la diminution des temps accordés à la télé, jeux vidéos...

4 - CONCLUSION DE LA CONSULTATION

Passer un contrat avec l'enfant et la famille après lui avoir demandé si il lui paraissait difficile de mettre en place la rééducation nutritionnelle proposée, ne pas fixer de perte de poids obligatoire, essayer de le responsabiliser afin qu'il ne soit pas complètement dépendant (sauf bas âge) de sa famille.

Se peser le jour de la consultation en rentrant à la maison afin d'avoir un poids de départ sur sa propre balance puis une pesée une fois par semaine, le mois suivant. Si il y a perte de poids ou absence de prise pondérale dans les 15 jours qui suivent la consultation, pas de contrainte.

Dans le cas contraire, mise en place d'un cahier de surveillance diététique tenu si possible par l'enfant lui-même.

Expliquer que la prise en charge n'est pas un régime mais la mise en place d'une hygiène de vie normale tant alimentaire que physique.

moyenne 2 à 3 kg le premier mois, on continue sur le même principe en essayant d'améliorer si nécessaire l'équilibre alimentaire (fruits et légumes) ou d'optimiser l'activité physique.

Si le poids est resté stable, consulter le cahier afin de pointer les erreurs éventuellement des tricheries, revenir sur les motivations de chacun, responsabiliser.

Si il y a eu prise de poids (et s'il est revenu à la consultation) reprendre la consultation du premier mois, réexpliquer, se méfier de pathologies conflictuelles (familiale ou autre), évoquer la possibilité d'une prise en charge pluridisciplinaire psychologue (surtout si d'autres problèmes coexistent : scolaire : comportement, etc...), diététicienne qui pourra recadrer l'aspect nutritionnel.

Importance du cahier de suivi si il a été rempli, obligation de le remplir.

- Consultations ultérieures : si l'amélioration persiste, il faudra proposer d'espacer les consultations à 1 tous les 2 mois ou 1 par trimestre, tout en fixant des dates afin de pouvoir marquer la présence médicale et suivre le patient.

En cas d'échec, l'aspect nutritionnel n'est qu'un fragment du puzzle, la prise en charge pluridisciplinaire doit être prolongée ou mise en place si le patient ou la famille l'accepte.

EN CONCLUSION

Au niveau du patient et de la famille, il y a 3 axes d'action essentiels :

1. l'explication de la pathologie, des possibilités thérapeutiques
2. déculpabiliser l'enfant et sa famille mais
3. responsabiliser l'enfant et sa famille.

Il y a un 4^{ème} axe où il est beaucoup plus difficile d'intervenir c'est celui de la stimulation extérieure : publicité, vie moderne, école (goûter anniversaire sauvage, etc...).

HENRI p.167 175
Réalité pédiatrique Volume 8 janvier 1999 N° 37 TOUNIAN GIRARDET

Colloque APRIFEL Octobre 1997

Journée d'obésité infantile 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001

Recommandations pour diagnostic prévention traitement de l'obésité Cahier de nutrition et diététique MASSON Volume 33 Septembre 1998 supplément 1 p.1 à 48.

CFES. Mars 1999 dossier 40 Question de poids.

EXPERTISE COLLECTIVE Juillet 2000 : obésité dépistage et prévention Edition INSERM 2000.

+++ (Document ROCHE : reconnaître les graisses cachées dans l'alimentation 2^{ème} Edition Laboratoire ROCHE 52 Bd du Parc 92521 NEUILLY SUR SEINE CEDEX

- 1 gramme de sucre = 4 Kcal
- 1 gramme de protéine = 4 Kcal
- 1 gramme d'alcool = 7 Kcal
- 1 gramme de gras = 9 Kcal

Les graisses

- visibles :
 - le gras de la viande, du jambon, du poulet sont les réponses les plus fréquemment données par l'enfant
 - le beurre, l'huile, les sauces sont moins souvent cités
- cachées : elles sont rarement citées parfois les fritures ou la mayonnaise pour les enfants qui ont déjà eu recours à une consultation diététique.

graisses cachées sucrées :

chocolaterie (exemple nutella = 540 Kcal pour 100 grammes...)
 viennoiserie (exemple croissant = 425 Kcal pour 100 grammes...)
 glaces = sucre + crème.
 gâteaux = œufs + sucre + crème.
 etc....

graisses cachées salées :

fritures CHIPS = 550 Kcal pour 100 grammes, frites = 275 Kcal pour 100 grammes, etc...
 biscuits apéritifs
 fruits à coques (cacahuètes, noisettes... on fait de l'huile avec).
 charcuteries
 fromages(plus il sera fermenté ou à pâte dure moins il contient d'eau).
 plats préparés (ex : escalopes cordon bleu, quiches, tartes industrielles ou familiales).

Laitages :

Lait→yaourt, fromage blanc→petits suisses→fromage pâte molle→pâte dure ou fermentée.

A poids égal :

- calorique	→	→	→	→ + calorique.
+ d'eau	→	→	→	→ - d'eau.

sucres rapides : bonbons, sodas, etc... à éviter

soda, jus de fruits, environ 20 à 30 morceaux de sucre par litre.

schweppes + de 30 morceaux de sucre en raison de l'amertume à cacher.

Yaourts, laitages aromatisés...environ 2 à 4 morceaux de sucre par pot.

- Essence = calories
- Réservoir = cellules grasses
- Moteur = cœur poumons
- Amortisseur = genoux hanches dos
- Camion plus lourd que voiture

2 – L'ÉPONGE = cellules grasses

Faire acheter une éponge neuve à la sortie de la consultation. Lors du bain, déballer l'éponge : elle est petite, la mettre dans l'eau, elle gonfle, la prendre dans la main et serrer, elle dégonfle même si elle est maintenue sous le niveau du bain, si on la relâche sous l'eau du bain, elle regonfle.

Ces différents stades correspondent grossièrement à ce qui se passe lors d'une prise en charge nutritionnelle et de l'abandon de cette prise en charge.

3 – LE C.D. (ordinateur, jeux vidéos)

Permet d'expliquer ce que sont les gènes, le C.D. étant le patrimoine génétique du noyau cellulaire et l'ordinateur ou le jeu vidéo le reste de la cellule.

A la différence du jeu ou de l'ordinateur, les gènes ne sont pas échangeables comme le C.D.

CALORIES :

- ✓ 1 gr sucre = 4 Kcal
- ✓ 1 gr protéine = 4 Kcal
- ✓ 1 gr alcool = 7 Kcal
- ✓ 1 gr gras = 9 Kcal

GRAS :

✓ Visible :

- Viande – jambon
- Huile – sauces
- Beurre ...

✓ Caché :

❖ Sucré :

- Chocolaterie (nutella...)
- Viennoiseries (pain chocolat – croissant – brioches...)
- Gâteaux industriels (pitch et autres ...)
- Glaces
- Gâteaux ...

❖ Salé :

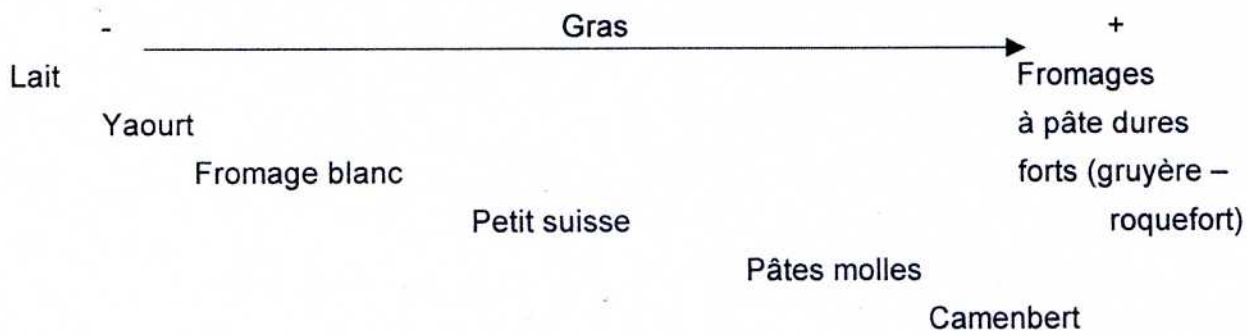
- Fritures (frites – beignet – chips – biscuit apéritif – cacahuètes – noisettes...)
- Olives
- Charcuterie
- Plats tout préparés (cordon bleu – quiche...)
- Fromages ...
- Mayonnaise...

BOISSON = EAU (sauf jus de fruits du matin)

Eventuellement « light » (coca cola light à 16 H ?)

- ✓ Rapides : Conserve – sodas (20 – 30 mlx de sucre / L, sucettes > 30 mlx) – sirops – jus de fruits « vrais ou faux »

LAITAGES :



- ✓ 3 laitages par jour
- ✓ Fromage : part de 1/8 de Camenbert par jour
- ✓ Laitages « vrais » : essayer les laitages non sucrés ou resucrés à la maison
Sucrés ou aromatisés aux fruits : 3 mx de sucre
Attention aux laitages « sophistiqués » (viennois...)