

Obésité de l'enfant : quel rôle pour les médecins de soins primaires ?

Mots clés :
Adolescent
Enfant
Médecine de famille
Obésité
[Adolescent;
Child; Family
Medicine;
Obesity]

L'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants et adolescents est accompagnée d'un nombre croissant de comorbidités inhabituelles à cet âge : diabète de type 2, HTA, dyslipidémie, etc¹. Il semble cependant qu'une décroissance, ou au moins une pause temporaire, s'amorce dans les pays occidentaux². La fréquence des contacts et la confiance des jeunes patients et de leurs parents en leur médecin de famille lui confèrent un rôle important dans la prévention, le diagnostic et le traitement de l'obésité de l'enfant. Cependant, de récentes études montrent que ce n'est pas toujours le cas : le diagnostic n'est posé qu'une fois sur 2 et seulement un patient sur 3 reçoit l'aide nécessaire (conseil et suivi). Des données récentes peuvent guider la réflexion sur nos pratiques¹⁻⁴.

L'« épidémie » d'obésité infantile

Après des décennies de croissance continue, laissant prévoir une population mondiale majoritairement en surpoids ou obèse vers 2030, les données des 10 dernières années montrent une tendance plus optimiste de stagnation et de reflux. En Europe (sauf peut-être en Allemagne) comme aux USA et en Australie, il y a une décroissance de l'obésité infantile. Les données sont assez similaires, bien que plus mitigées, chez les adolescents². Les études sur lesquelles s'appuie cette revue sont de bonne qualité, bien qu'il y ait possibilité de biais de publication, et montrent bien une cassure nette dans la tendance linéaire constatée jusqu'alors. Dans la plupart des études, la montée de l'obésité infantile était principalement attribuée à une plus grande sédentarité et à l'accès facile et habituel à une alimentation trop calorique à bas coût. Le fait qu'il y ait aujourd'hui un début d'inversion de tendance est positif mais doit surtout pousser à maintenir les efforts entrepris^{1,2}.

Diététique et exercice physique sont efficaces

Une méta-analyse des essais contrôlés 1975-2010 (mais seulement en anglais) l'a confirmé chez les moins de 18 ans, comparant les interventions sur le mode de vie vs absence de traitement/liste d'attente/soins habituels/conseils écrits³. Ces interventions portaient sur un suivi diététique et physique programmé (sessions diététiques, entretiens motivationnels, suivi de l'agenda nutritionnel, conseil téléphonique, programme d'activité physique, etc.). Sur les 38 études éligibles, 33 (#4000 enfants au total) avaient des données sur le poids, 15

sur les lipides sériques, l'insulinémie à jeun, ou l'HTA. Il y avait dans les groupes intervention une perte de poids significative (IMC -1,25 ; -2,18 à -0,32) et une amélioration significative du LDL-C (-0,30 mmol/L ; -0,45 à -0,15), des triglycérides (-0,15 mmol/L ; -0,24 à -0,07), de l'insuline à jeun (-55,1 pmol/L ; -71,2 à -39,1) et de la pression artérielle, plus marquées si l'intervention durait plus de 6 mois, persistant à 1 an. Il reste à déterminer la durée et l'intensité optimale des interventions, ainsi que leur efficacité à long terme, mais les récentes politiques de santé, notamment en milieu scolaire, semblent porter leurs fruits.

Que peut faire le médecin de soins primaires ?

Une récente étude transversale européenne a interrogé 3464 praticiens de soins primaires (taux de réponse 32,4% : 358 Ukrainiens, 343 Français, 271 Polonais, 147 Italiens, avec une nette prédominance féminine, sauf en France). Ils étaient convaincus que le problème relève bien des soins primaires, mais se sentaient désarmés, peu compétents et impuissants, mettant insuffisamment en œuvre les pratiques recommandées (50 à 70% selon les pays) : mesure en routine du poids et de la taille, calcul de l'Indice de Masse Corporelle (BMI), traçage des courbes de croissance. La plupart soulignaient la faible possibilité d'accès à des programmes utilisables de diététique appropriée. Une majorité en référerait à des professionnels spécialisés. Le problème essentiel est moins de connaître les *guidelines* dans ce domaine que de disposer des moyens de leur mise en œuvre dans la « vraie vie »...

Que conclure pour notre pratique ?

L'« épidémie » d'obésité infantile semble amorcer une décrue dans de nombreux pays. Cela doit nous inciter – à tous les niveaux – à poursuivre les efforts nécessaires dans les deux domaines d'intervention essentiels : nutrition et activité physique. Le rôle « éducatif » du médecin de famille commence par le repérage – les mesures simples évoquées ci-dessus en sont les outils usuels (*Bibliomed* 350-1-2) – et l'implication forte de l'entourage dans l'objectif de maintien du poids, ce qui suppose des modifications progressives mais durables des comportements de toute la famille.

Mais le niveau de prévalence de l'obésité reste élevé. La participation de la famille, la modification des modes et alimentaires, y compris en milieu scolaire, la lutte permanente contre la sédentarité, ne peuvent se concevoir qu'au long cours, avec l'implication de tous, institutionnels compris. Des progrès ont été faits, qu'il faut poursuivre avec vigilance : la phase actuelle de stabilisation dans certaines populations pourrait être suivie d'une nouvelle hausse.

Références

- 1- Reilly JJ. Evidence-Based Obesity Prevention in Childhood and Adolescence: Critique of Recent Etiological Studies, Preventive Interventions, and Policies. *Adv Nutr.* 2012;3:636S-641S.
- 2- Rokholm B et al. National Prevalence of Obesity. The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999 – a review of evidence and perspectives. *Obesity Reviews.* 2010;11:835-46.
- 3- Ho M et al. Effectiveness of Lifestyle Interventions in Child Obesity: Systematic Review With Meta-analysis. *Pediatrics.* 2012;130:e1647-e1671.
- 4- Mazur A et al. Childhood Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of European Pediatric Care Providers. *Pediatrics.* 2013;132:e100-E108.