

UNIVERSITE TOULOUSE III-Paul Sabatier-
FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

2014 TOU3 1100

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le 21 Octobre 2014

Par Marie-Aline BATTE

LES DETERMINANTS DE LA PRISE EN CHARGE EN SOINS PRIMAIRES DU
SURPOIDS ET DE L'OBESITE DE L'ENFANT MIGRANT OU ISSU DE MILIEUX
DEFAVORISES : REVUE DE LA LITTERATURE.

DIRECTEUR DE THESE : Dr Pierre Boyer

JURY:

Madame le Professeur Maité Tauber	Présidente
Monsieur le Professeur Pierre Gourdy	Assesseur
Monsieur le Professeur Pierre Mesthe	Assesseur
Monsieur le Docteur Pierre Boyer	Assesseur
Madame le Docteur Julie Dupouy	Assesseur

UNIVERSITE TOULOUSE III-Paul Sabatier-
FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

2014 TOU3 1100

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le 21 Octobre 2014

Par Marie-Aline BATTE

LES DETERMINANTS DE LA PRISE EN CHARGE EN SOINS PRIMAIRES DU
SURPOIDS ET DE L'OBESITE DE L'ENFANT MIGRANT OU ISSU DE MILIEUX
DEFAVORISES : REVUE DE LA LITTERATURE.

DIRECTEUR DE THESE : Dr Pierre Boyer

JURY:

Madame le Professeur Maité Tauber	Présidente
Monsieur le Professeur Pierre Gourdy	Assesseur
Monsieur le Professeur Pierre Mesthe	Assesseur
Monsieur le Docteur Pierre Boyer	Assesseur
Madame le Docteur Julie Dupouy	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MONROZIOS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépat-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L. (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.
Professeur Associé en O.R.L.
WOISARD V.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CORRE J.	Hématologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GANTET P.	Biophysique	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HAMDY S.	Biochimie	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. LOPEZ R.	Anatomie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. MONTOYA R.	Physiologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. PILLARD F.	Physiologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme RAGAB J.	Biochimie		
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène		
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS F.	Biologie du développement	M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer nos remerciements aux membres du jury, qui ont accepté d'évaluer ce travail.

A la présidente du jury Madame le professeur Maité TAUBER
Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en pédiatrie, endocrinologie, génétique et gynécologie médicale.
Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse, j'espère qu'elle sera à la hauteur de vos attentes. Je vous prie d'y voir toute l'expression de mon respect.

A Monsieur Pierre GOURDY
Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de diabétologie et nutrition.
Merci d'avoir accepté d'offrir vos compétences pour juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur Pierre MESTHE
Professeur Associé de Médecine Générale.
Merci d'avoir enrichi ma pratique et mes connaissances par vos compétences en médecine générale. Vous m'avez fait confiance dès le début et je vous en remercie. Ces trois stages m'ont beaucoup appris sur ce métier et les patients. Je suis honorée que vous m'offriez de travailler avec vous par la suite.

A Monsieur Pierre BOYER
Maitre de Conférence Associé de Médecine Générale
Merci de votre investissement dans la réalisation de cette thèse. Merci aussi pour vos enseignements. Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

A Madame Julie DUPOUY
Docteur en médecine générale.
Merci pour l'aide que vous m'avez apportée lors de nos recherches, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Merci à Jennifer PHILLIPS et Pascale SERIS pour leur aide.

A Amaury : Merci pour ton soutien au quotidien, et la relecture de cette thèse. Tu m'entoures de ton amour et ta patience est infinie. Tu sais toujours trouver les mots qu'il faut. Vivement l'année prochaine et toutes les autres à venir.

A mes parents pour leur soutien tout au long de ces années, surtout dans les moments les plus difficiles, un grand merci.

A mes sœurs, Rebecca et Elisa, je suis heureuse de voir que les années qui passent nous rapprochent.

A Gilles,

A mes neveux et nièce que j'adore : Killyan, Lucas et Nora.

A ma belle famille, merci de m'avoir aussi bien accueillie parmi vous, vous comptez beaucoup pour moi.

A Delph : loin des yeux mais pas loin du cœur, j'espère que je t'aurai à mes côtés pour les moments importants.

A Marie : je suis heureuse de pouvoir te compter parmi mes vraies amies, et oui, 2015 sera pleine de surprises !

A Katia : merci pour ton amitié, tes conseils avisés et ta bonne humeur, pour toi aussi, vivement 2015 !

A Florence

A Bebelles

TABLE DES MATIERES

Abréviations	2
I. Introduction :	3
1) Surpoids et obésité : généralités :	3
2) Les recommandations :	4
3) Le cas de l'enfant migrant ou issu de milieu défavorisé:.....	6
4) Le rôle du médecin généraliste :	7
II. Méthodes :	9
1) Equation de recherche :.....	9
2) Recherche bibliographique:	10
a) PubMed/Medline :.....	10
b) Cochrane database of systematic review:.....	10
c) Bibliographies :	11
d) Autres :	11
3) Sélection des articles:.....	11
4) Analyse des données :	12
III. Résultats :	13
1) Caractéristiques des études incluses :	13
2) Caractéristiques des médecins:	16
3) Caractéristiques des enfants :	17
4) Principaux résultats :.....	17
a) Le rôle des soins primaires dans la prise en charge de l'obésité infantile: le point de vue des médecins	17
b) Le surpoids en consultation : aborder le sujet	18
c) Le dépistage du surpoids:.....	18
d) Les conseils de prévention primaire:.....	18
e) L'application des recommandations :	19
f) Les obstacles rencontrés par le médecin traitant :	19
g) Solutions proposées par les médecins pour améliorer la gestion de l'obésité de l'enfant issu de milieu défavorisé en médecine générale :	20
IV. Discussion :	21
1) Comparaison avec les autres données de la littérature :	23
a) La place des soins primaires :	23
b) Aborder le sujet en consultation :	23
c) La prévention primaire, les conseils donnés :	24
d) Le dépistage :	25
e) Solutions pour améliorer la gestion du surpoids de l'enfant issu de milieu défavorisé en médecine générale :	26
f) Nécessité d'une prise en charge spécifique et adaptée:	28
2) Forces et faiblesses de l'étude :	30
V. Conclusion :	32
Bibliographie :	33
Annexes :	40
Annexe 1 : Courbe de corpulence filles :	40
Annexe 2 : Courbe de corpulence garçons :	40
Annexe 3 : HAS : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Synthèse des recommandations :	41
Annexe 4 : Répartition des apports énergétiques sans alcool par macronutriments chez les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans, Etude individuelle Nationale sur les Consommations Alimentaires (INCA) 2006-2007 :	46

Abréviations

AJR	Apports Journaliers Recommandés
ANSES	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail
BMC	BioMed Central
CCPS	Comité de Coordination pour la Promotion et en Solidarité des Statistiques
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
INCA	Etude Individuelle des Consommations Alimentaires
IOTF	International Obesity Task Force
NHMRC	National Health and Medical Research Council
NICE	National Institute for Clinical Excellence
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNNS	Plan National Nutrition Santé
RéPPOP	Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WHO	World Health Organization

I. Introduction :

1) Surpoids et obésité : généralités :

L'obésité est en constante augmentation dans nos sociétés et cette pathologie est considérée comme l'un des plus grands défis de santé de ce siècle. Cette épidémie est mondiale et récente. L'OMS estime qu'en 2011, le monde comptait plus de 40 millions d'enfants de moins de 5 ans en surpoids, dont 35 millions dans les pays en développement. La prévalence de cette pathologie a doublé en 20 ans.¹

Avant 2000, l'obésité de l'enfant se définissait grâce à la courbe de corpulence lorsque celle-ci dépasse le 97^{ème} percentile. C'est encore la référence en France et dans de nombreux autres pays (annexes 1 et 2).

Depuis 2000, une nouvelle définition a été proposée. L'obésité correspond au centile qui passe par l'Indice de Masse Corporelle (IMC) 30 à 18 ans et le surpoids correspond au centile qui passe par l'IMC 25 à 18 ans (International Obesity Task Force IOTF).²

Cette pathologie est multifactorielle. On considère aujourd'hui que son développement repose sur l'interaction de facteurs environnementaux et comportementaux et sur des phénomènes d'épi-mutations de gènes. De nombreuses études ont démontré qu'il existait une relation entre l'expression des gènes et le mode de vie. Les recherches ont d'ores et déjà permis d'identifier certains de ces facteurs génétiques. Mais on sait désormais que ce ne sont pas les seuls déterminants et les connaissances dans ce domaine restent limitées.

Les facteurs environnementaux sont eux multiples : sociaux (industrialisation et marketing alimentaire), économiques (catégorie socio professionnelle, niveau d'étude des parents...), comportementaux (alimentation hypercalorique et sédentarisation...), et psychologique (changement de mode de vie....). La prise de conscience de leur rôle dans cette pathologie ouvre de nouvelles perspectives de prise en charge.³

Les retentissements de cette pathologie sont nombreux : à court terme, l'obésité a des conséquences au niveau respiratoire, orthopédique, cardio-vasculaire, hépatique, métabolique et pubertaire. Les séquelles psycho-sociales sont souvent importantes. L'obésité est très stigmatisée dans nos sociétés où la minceur est synonyme de réussite sociale. Chez les enfants, il y a souvent une mise à l'écart, des moqueries qui peuvent

mener à la déscolarisation. La culpabilisation de ces enfants et l'exclusion dont ils sont victimes entraînent angoisse, dévalorisation et parfois réels syndromes dépressifs.⁴

On sait maintenant qu'un enfant obèse a de très forts risques de devenir un adulte obèse.⁵

En France, la prévalence de l'obésité est estimée à 18% (16% des garçons et 19% des filles de 3 à 17 ans en surpoids dont respectivement 3% et 4% classés obèses)⁶

Des études américaines estiment que le surpoids touchait 17.1% des enfants et des adolescents en 2003. En Grande-Bretagne, le surpoids est passé de 5.4% en 1984 à 9% en 1994 chez les garçons et respectivement de 9.3 à 13.5% chez les filles.^{7 8 9 10}

Cependant, de récentes recherches montrent une tendance à la stabilisation. En France, chez les 5-6ans, il y avait 14,4% d'enfants en surcharge pondérale en 2000 contre 12,1% en 2005 (DREES, septembre 2010). Cette stabilisation coïncide avec le lancement du premier Plan National Nutrition Santé (PNNS) en 2001.

Une étude sur 9 pays (Australie, Chine, Angleterre, France, Pays-Bas, Nouvelle Zélande, Suède, Suisse et Etats-Unis) rassemblant 467 294 enfants de 2 à 19 ans aboutit à la même conclusion.¹¹

L'obésité infantile a un coût important en termes de santé publique et représenterait entre 1,5 et 4,6% des dépenses de santé en 2002 en France, soit entre 2, 1 et 6,2 milliards d'euros.¹²

2) Les recommandations :

Après le rapport alarmant de l'OMS en 1997 (« *World health organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic* » (WHO)) et dans le but d'enrayer cette épidémie, différents programmes ont été mis en place partout dans le monde. L'accent a été mis sur la prévention et l'adaptation de l'environnement.

En France, c'est la Haute Autorité de Santé (HAS) qui souligne le caractère essentiel de l'utilisation de la courbe d'IMC, du suivi régulier, en particulier avec le médecin généraliste et l'importance de fixer des objectifs à atteindre (choisis avec le patient et ses parents)¹³ (cf. annexe 3)

Le PNNS développé depuis 2001 préconise entre autre une alimentation équilibrée ainsi qu'une activité physique régulière et insiste sur l'éducation thérapeutique dans la prise en charge. Le dernier PNNS de 2011-2015 met l'accent sur la mise en place d' « actions spécifiques au sein d'actions plus générales de prévention afin de réduire les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition ». Ces disparités peuvent provenir de différences de revenus ou de niveau d'éducation, de contextes difficiles (divorce, précarité, chômage), d'origines culturelles distinctes ou encore d'isolement social. Il conseille de renforcer l'éducation nutritionnelle notamment pour les populations à risque en développant par exemple l'accès à l'information dans les lieux qu'elles fréquentent : caisses d'allocations familiales, protection maternelle et infantile... et en favorisant les formats adaptés (publicités, journaux gratuits).^{14 15}

Aux Etats-Unis, des recommandations simplifiées pour les médecins généralistes ont été éditées en 2005 par l'American College of Physicians.

Au Canada, la même année, une série de mesures non spécifiques ciblait une approche globale en milieu scolaire et des programmes de nutrition financés par des initiatives locales ont été mis en place dans les zones défavorisées.

En Grande-Bretagne, les recommandations sont développées par le National Institute for Clinical Excellence (NICE).

En Australie, ce sont les consignes du conseil national de la santé et de la recherche médicale (NHMRC) de 2003 qui insistent sur les déterminants de cette prise en charge.¹⁶

Lors de la conférence européenne de l'OMS de 2006 sur la lutte contre l'obésité, des actions spécifiques pour les médecins de soins primaires ont été définies : identification et prise en charge, formation pour les professionnels dans la prévention, le dépistage et le traitement de l'obésité en évitant toute stigmatisation des enfants.²

Malheureusement, peu de pays ont inscrit ces directives dans un plan global et cohérent de prévention et de traitement de l'obésité infantile. Si elles sont généralement similaires, ces recommandations ne sont pas appliquées de façon uniforme malgré les efforts entrepris pour renforcer la formation universitaire et le développement d'outils de communication.

3) Le cas de l'enfant migrant ou issu de milieu défavorisé:

Le terme migrant est défini selon l'UNESCO par toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays.

Dès le début, la revue de la littérature nous a amenés à faire le choix de fusionner les notions de migrant et milieu socio-économique défavorisé. En effet dans la plupart des pays européens, les familles de migrants doivent souvent faire face à des difficultés sur le plan socio-économique, notamment au début.¹⁷

Malgré leurs méthodologies diverses, leurs petits échantillons et les biais liés aux barrières culturelles et linguistiques, certaines enquêtes ont montré une prévalence du surpoids et de l'obésité plus importante chez les enfants issus de milieux socio-économiques défavorables ou migrants.^{18 19 20}

Une revue de la littérature européenne de 2011 décrivait un taux de surcharge pondérale de 8.9 à 35,5% (dont 2.8 à 11.6% d'obèses) chez les migrants garçons et de 10 à 37,5% (dont 1.2 à 15.4% d'obèses) chez les filles migrantes. Mais après ajustement des variables, les dissemblances étaient liées à la situation socio-économique des participants et non au statut de migrant.²¹

En France, on considère que la surcharge pondérale touche un enfant sur quatre chez les familles en situation de précarité.²²

Il existe de grandes inégalités en termes de répartition du surpoids et de l'obésité selon le niveau socio-économique. Ainsi, les écarts de prévalence de l'obésité entre les agriculteurs (catégorie socio professionnelle la plus touchée) et les cadres et professions intellectuelles supérieures se sont creusés. Ces inégalités valent aussi pour les enfants : l'enquête du cycle triennal montre qu'en 2005-2006, sur 23000 enfants, 13,9% de ceux dont le père était ouvrier présentaient une surcharge pondérale contre 8,6% de ceux dont le père était cadre.²³

Une étude française de 2007 a d'ailleurs confirmé cette corrélation inverse entre surpoids/obésité et niveau socio-économique (défini par la situation professionnelle et le niveau d'instruction du chef de famille): sur un échantillon représentatif de 1030 enfants âgés de 3 à 14 ans, les taux de surcharge pondérale étaient 1.8 à 2.8 fois plus élevés chez les enfants de plus faibles niveaux sociaux par rapport à ceux des niveaux plus élevés. Cette enquête montrait par ailleurs que c'est le niveau d'éducation du parent qui est le plus fortement lié au surpoids et à l'obésité et non sa profession.²⁴

A noter que ce déséquilibre existe aussi en fonction de la zone géographique : sur le territoire français, la répartition de la pathologie est hétérogène entre le Nord et l'Est, où la prévalence est la plus élevée et l'Ile-de-France et la zone méditerranéenne, où elle est la plus faible. En 2003, L'Est et le Nord comptaient respectivement 13 et 14% d'obèses, contre 8% pour le pourtour méditerranéen. Cela s'explique en partie par des habitudes alimentaires régionales hétérogènes.²⁵

Dans les populations défavorisées, de multiples facteurs environnementaux interagissent : la démographie, les conditions de vie, les croyances. Les représentations du corps et de la maladie sont différentes selon la culture et l'éducation.

Dans les familles de migrants, on constate une occidentalisation des comportements alimentaires avec une diminution de la durée de l'allaitement, des apports en glucides simples supérieurs aux Apports Journaliers Recommandés (AJR) et des apports en lipides inférieurs aux AJR.²⁶

Ces familles sont confrontées à la société de consommation valorisant le plaisir immédiat, qu'elles interprètent comme étant les valeurs du pays d'accueil. Leur accès aux structures sportives est moindre, leur niveau de sédentarité est important. Elles ont peu de moyens à leur disposition pour adopter un mode de vie sain.²⁷

4) Le rôle du médecin généraliste :

Le médecin de soins primaires a un rôle essentiel dans la prise en charge du patient obèse. Il est l'acteur de premier recours, l'interlocuteur privilégié des familles. Dans beaucoup de pays, il est la seule source d'accès aux soins quel que soit le statut socio-économique des familles.

Cependant, ses interventions sont confrontées à de nombreux obstacles. Selon une enquête de la société française de médecine générale de 2006, parmi les principales difficultés rencontrées, sont évoqués : le manque de temps (73%), le manque de travail d'équipe (69%) ou encore le manque de support d'information (67%)²⁸

D'autres écueils interviennent lorsqu'il faut prendre en charge un enfant, en particulier ceux issus de milieux marginaux (gens du voyage, migrants, situations socio-économiques précaires...)

De nombreux auteurs ont étudié l'état des connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins généralistes dans la prévention et la gestion du surpoids et de

l'obésité de l'enfant dans le cadre des soins primaires. Quelques uns se sont penchés sur le cas spécifique de l'enfant issu de milieu défavorisé ou migrant.

L'objectif principal de ce travail de thèse est d'étudier dans la littérature les déterminants de la prise en charge en soins primaires du surpoids et de l'obésité de l'enfant migrant ou issu de milieux défavorisés.

II. Méthodes :

Une revue exhaustive de la littérature internationale a été menée entre le 10 mars et le 15 mai 2014.

1) Equation de recherche :

Pour répondre à la question, nous nous sommes concentrés sur les articles mentionnant la prise en charge de l'obésité et du surpoids en soins primaires, chez les enfants et en particulier ceux issus de milieux défavorisés ou migrants. La notion de prise en charge incluait toutes les actions de prévention, dépistage, diagnostic, gestion et traitement de cette pathologie.

L'équation de recherche a été déterminée en Mesh dans PubMed.

Critères d'inclusion :

- article de recherche ou revue
- traitant de la prise en charge du surpoids ou de l'obésité chez l'enfant ou l'adolescent
- prise en charge dans sa globalité : prévention, dépistage, traitement, attitudes
- en médecine générale ou en soins primaires
- en particulier chez l'enfant migrant ou issu de milieux socio-économiquement défavorisé
- écrit en français ou en anglais
- quelle que soit l'année de l'étude

Critères de non inclusion :

- études portant uniquement sur les autres professionnels de soins primaires : infirmière, pédiatres
- articles de recommandations simples sans étude de l'attitude des médecins.

2) Recherche bibliographique:

Plusieurs bases de données ont été interrogées :

a) PubMed/Medline :

Les groupes de mots clés étaient :

- thème principal: obesity, overweight ou pediatric obesity
- population étudiée : child, adolescents et preschool child, emigrants ou immigrants
- médecins: general practioners, family physicians ou primary care physicians

A l'intérieur de chaque groupe, les mots-clés ont été reliés par l'opérateur "OR" et chaque groupe a été associé par « AND ». Nous avons limité la recherche aux articles écrits en français et en anglais, sans restriction de date.

L'équation de recherche est donc la suivante:

((("Pediatric Obesity"[Mesh]) OR ("Obesity"[Mesh]) OR ("Overweight"[Mesh]) OR (obesity [Title/Abstract]) OR (overweight [Title/Abstract])) AND (("Emigrants and Immigrants"[Mesh]) OR ("Emigration and Immigration"[Mesh]) OR (emigrant[Title/Abstract]) OR (immigrant[Title/Abstract])) AND (("General Practitioners"[Mesh]) OR ("Physicians, Family"[Mesh]) OR ("Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR (General Practitioner[Title/Abstract]) OR (Family Physicians,[Title/Abstract]) OR (Primary Care Physicians)) AND (("Child"[Mesh]) OR ("Adolescent"[Mesh]) OR ("Child, Preschool"[Mesh]) OR (Child[Title/Abstract]) OR (Adolescent[Title/Abstract]))

La base de données a fourni 700 articles.

b) Cochrane database of systematic review:

Dans le champ des mots-clés (keywords), une recherche en texte libre a été effectuée avec l'équation suivante:

((Pediatric obesity or obesity or overweight) and (emigrants and immigrants)) or (emigration and immigration)) and general practioners) or family physicians or primary care physicians) and child) or adolescent or preschool child).

La base de données a fourni 1236 articles.

c) Bibliographies :

Afin d'être le plus exhaustif possible dans la recherche, les bibliographies des différents textes trouvés ont également été étudiées.

d) Autres :

- Google Scholar
- HAS
- Insee
- Guides thérapeutiques et recommandations de bonnes pratiques

3) Sélection des articles:

Un premier tri a été effectué selon le titre et le résumé. Les publications potentiellement éligibles ont été récupérées en version intégrale.

La première sélection sur le titre et le résumé a inclus 34 articles (14 dans PubMed, 3 dans Cochrane et 17 dans l'étude des bibliographies).

La lecture des articles en entier en a exclu 29, qui ne correspondaient pas à notre question de recherche. Au total, 5 articles traitaient de la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant migrant ou issu de milieu défavorisé en médecine générale.

Articles exclus :

- 12 articles ne traitaient pas de la prise en charge pour des enfants en milieu défavorisé
- 8 articles étaient des recommandations de bonnes pratiques établies à partir de la littérature
- 5 articles signalaient les résultats d'interventions sans parler de la prise en charge par le médecin
- 2 articles signalaient cette prise en charge chez les adultes
- 2 articles n'évoquaient la prise en charge que par les autres professionnels de santé (pédiatres, infirmières, diététiciens)

Résumé de la recherche documentaire et sélection des articles pour réaliser la revue :

Interrogation des bases de données :

PubMed, n=700

Cochrane Database of systematic review, n=1236

Premier tri effectué à partir du titre et du résumé, n=16

Récupération des articles potentiellement éligibles en version intégrale

Application des critères d'inclusion, n= 5

Remontée des filières bibliographiques :

Considération des références bibliographiques de la première sélection d'article, à l'exception des publications déjà retenues, n=17

Récupération des articles potentiellement éligibles en version intégrale.

Application des critères d'inclusion

Deuxième sélection d'articles à inclure, n= 0

Sélection finale des publications à inclure :

Articles retenus : 5

4) Analyse des données :

Pour chaque article nous avons :

- décrit l'étude : épidémiologie, année de l'étude, pays, participants (médecins et patients) et leurs caractéristiques, conception/méthodologie.
- formulé les principaux résultats en rapport avec notre sujet.

Pour faciliter la lecture du texte, les termes surpoids et obésité ont été considérés comme équivalents.

III. Résultats :

1) Caractéristiques des études incluses :

Elles ont été menées entre 2005 et 2009. Deux sont des études européennes (Angleterre)^{29 30}, une est américaine³¹ et deux sont australiennes.^{32 33}

Les participants sont des médecins généralistes, des pédiatres libéraux ou des infirmières libérales ou scolaires.

Les méthodes mises en œuvre étaient pour quatre d'entre elles des études qualitatives et un essai contrôlé randomisé.

La taille de l'échantillon variait entre 12 et 137 médecins généralistes.

Toutes les études ont eu l'accord d'un comité d'éthique.

Les principales caractéristiques des études retenues pour réaliser la revue sont résumées dans le tableau.

Etude	Premier auteur	Pays	Année de publication	Nombre participants	Type d'étude	Intervention/évaluation
Practitioners' view on managing childhood obesity in primary care: a qualitative study	Turner KM	Angleterre	2009	30 praticiens dont 12 médecins généralistes de 5 centres médicaux de Bristol	analyse qualitative entretiens semi-dirigés	1) connaissances des recommandations 2) le point de vue sur la place des soins primaires dans la gestion 3) les causes de l'obésité 4) leur motivation et leur expérience pour le travail avec ces enfants et leurs parents et le traitement de l'obésité
diagnosis and management of childhood obesity: a survey of general practitioners in South West Sydney	Sivertsen LM	Australie	2008	84 médecins parmi les 137 d'un centre médical de Liverpool	analyse qualitative auto-questionnaires de 13 questions à choix multiples	1) Les caractéristiques socio-démographiques 2) pratiques: nombre de patient par jour, langue utilisée 3) recueil des mesures anthropométriques 4) dépistage de l'obésité et des complications 5) connaissance des recommandations 6) conseils prodigués
parental perceptions of overweight counseling in primary care : the role of race/ethnicity and parent overweight	Taveras EM	Etats-Unis	2008	446 parents issus de milieux défavorisés avec enfant de 2-12 ans en surpoids	analyse qualitative entretiens fermés	1) le temps passé par le médecin 2) la qualité des conseils reçus 3) lien entre les déclarations des parents, leur origine et leur poids 4) satisfaction globale de la prise en charge
a qualitative study of primary care physicians' views of treating childhood obesity	Walker O.	Angleterre	2007	18 participants dont 12 médecins généralistes de 11 centres du groupe Rotherham	analyse qualitative entretiens semi-dirigés	1) vécu de la consultation, place de la médecine générale, attente des parents 2) moyens utilisés, place des autres intervenants 3) conseils: place de l'éducation et des techniques comportementales
Can Australian general practitioners tackle childhood overweight/obesity? Methods and process of the LEAP randomized controlled trial	McCallum Z.	Australie	2005	34 médecins généraliste	essai contrôlé randomisé	1) modification IMC à 6 et 12 mois de la première consultation 2) comportements, estime de soi, qualité de vie, relation avec le médecin, inquiétudes par rapport au poids, volonté de changer, activités

Pour chaque article retenu, sont mentionnés : le titre de l'étude (colonne 1), le nom du premier auteur (colonne 2), le pays de l'étude (colonne 3), l'année de publication (colonne 4), le nombre et les principales caractéristiques des participants (colonne 5), le type d'étude (colonne 6) et enfin les critères évalués (colonne 7).

Etude 1 : (Angleterre) L'analyse qualitative est menée de juin à octobre 2007 et est faite par entretiens semi-dirigés de 30 à 90 min avec enregistrement et codage des informations recueillies. Un guide d'entretien validé est utilisé. L'anonymat des médecins est maintenu.

Etude 2 : (Australie) Des questionnaires avec réponses à choix multiples sont distribués en novembre 2005 : ils durent moins de cinq minutes et ont été développés à partir des données de la littérature. L'anonymat des médecins est maintenu.

Etude 3 : (Etats-Unis) Une lettre est envoyée aux parents ayant eu une semaine auparavant une visite médicale pour leur enfant. S'il n'y a pas de refus de leur part, ils sont contactés par téléphone pour l'interview. Les entretiens avec questions fermées durent douze minutes. Les parents sont rémunérés dix livres pour participer.

Etude 4 : (Angleterre) L'analyse qualitative a lieu en mai 2006, les entretiens de trente minutes sont semi-dirigés.

Etude 5 : (Australie) Le recrutement de cet essai contrôlé randomisé a lieu d'avril 2002 à mars 2003. Deux groupes sont constitués : intervention ou contrôle. Le médecin généraliste cible pour chaque famille une ou plusieurs thématiques de changement de comportement et analyse l'efficacité de l'intervention par la mesure de l'IMC et l'examen du mode de vie.

2) Caractéristiques des médecins:

Etude 1 : 30 praticiens dont 12 médecins généralistes, de 5 centres médicaux différents, et volontaires, ont participé à l'enquête. Les catégories les plus représentées sont : les femmes, les médecins entre 40 et 49 ans, et ceux ayant entre 21 et 30 ans de pratique.

Etude 2 : Sur 137 médecins généralistes interrogés, il y a eu 85 réponses (soit un taux de réponse de 62%). La majorité sont des hommes (64%), pratiquant seuls, entre 46 et 60 ans (48%). 70% ont été formés exclusivement en Australie. Les praticiens voient en moyenne entre deux et dix enfants par jour.

Etude 3 : Sur les 744 parents interrogés, 446 ont participé à l'enquête soit un taux de réponse de 68%.

Etude 4 : Les participants sont dix-huit volontaires dont douze médecins généralistes, majoritairement appartenant à la tranche d'âge 40-49 ans et représentant onze centres de soins.

Etude 5 : Sur les 598 médecins généralistes contactés, 53 se sont portés volontaires pour une soirée de formation au cours de laquelle 33 ont été recrutés. Huit médecins supplémentaires ont été engagés directement à leur cabinet. Sur ces 41 praticiens, 34 ont effectué au moins deux des trois soirées de formation, soit un taux de participation de 5%.

Une seule enquête a étudié la perception des parents notamment ceux issus de milieux défavorisés sur la prise en charge de leur enfant au cours d'une consultation de médecine générale.

3) Caractéristiques des enfants :

Etude 1 : Sur les cinq centres, trois sont représentatifs d'une population défavorisée et un d'une population très défavorisée. Trois des centres accueillent des minorités ethniques.

Etude 2 : 71% des consultations s'effectuent dans une autre langue que l'anglais car le centre accueille pour une part importante des minorités ethniques.

Etude 3 : Les enfants ont de deux à douze ans et sont principalement issus de milieux défavorisés.

Etude 4 : Les caractéristiques principales de la population étudiée ne sont pas précisées.

Etude 5 : Les enfants ont de cinq à neuf ans, sont en surpoids ou modérément obèses et proviennent de divers milieux socio-économiques plus ou moins désavantagés.

4) Principaux résultats :

a) Le rôle des soins primaires dans la prise en charge de l'obésité infantile: le point de vue des médecins

La plupart des médecins dans les différentes études pensent que les soins primaires sont un lieu approprié pour la gestion de la pathologie (études 1, 2, et 4). Différents arguments sont avancés : les médecins généralistes sont souvent amenés à voir les enfants en consultation, ils sont les interlocuteurs privilégiés des familles. Ils peuvent donner des conseils et surtout assurer le suivi sur le long terme (étude 1). Le praticien peut créer des occasions pour revoir des parents qui refusent initialement les approches proposées (étude 5).

Dans les différents textes, il n'y avait pas de différence d'avis selon l'âge, le sexe, la durée d'exercice. Un article montrait que les médecins exerçant dans des zones défavorisées se sentaient plus concernés par ce problème (étude 1).

Cependant, certains praticiens pensent que s'ils ont un rôle, cette prise en charge a souvent peu d'impact (étude 1).

Dans une des enquêtes, la majorité d'entre eux estimait que l'obésité des enfants est un problème social et familial et que leur responsabilité se bornait à soulever la question et traiter les complications médicales associées à cette pathologie (étude 4)

b) Le surpoids en consultation : aborder le sujet

Il ressort de cette revue de la littérature que les médecins de famille n'osent souvent pas aborder le sujet lors de la consultation, si celle-ci n'est pas spécifiquement dédiée à ce problème (études 1 et 4).

Parmi les inquiétudes mises en évidence, on retrouve la crainte de vexer les parents et d'altérer la relation de confiance avec les patients. D'autres médecins ont évoqué la possibilité de causer des troubles psychologiques aux enfants en les préoccupant de leur poids. (étude 4).

Les deux études australiennes montrent que les praticiens de soins primaires sont plus à l'aise pour évoquer ce problème, jusqu'à 86% de l'échantillon (études 2 et 5).

c) Le dépistage du surpoids:

Il existe une inégalité de comportements parmi les médecins : très peu effectuent les mesures anthropométriques de façon systématique (3 médecins sur les 84 de l'échantillon de l'étude 2). La plupart le font quand ils jugent qu'il y a une indication clinique : surpoids des parents, à leur demande, pour la prescription d'un médicament, lorsqu'il existe une maladie chronique ou un retard de croissance, si un trouble du comportement alimentaire est suspecté ou chez l'enfant de moins de 1 an. (étude 2)

d) Les conseils de prévention primaire:

Les médecins délivrent assez facilement des conseils en matière de nutrition ou d'activité physique (études 2, 3 et 4).

Néanmoins, dans une enquête sur la perception des parents de ces recommandations, ceux dont les enfants sont en surpoids déclarent avoir reçu trop peu de conseils. De plus, si ceux représentant les minorités raciales et ceux de plus faible niveau socio-économique indiquent en avoir reçu plus, tous s'accordent à dire que les explications données étaient de mauvaise qualité (étude 3)

e) L'application des recommandations :

L'étude révèle une importante hétérogénéité dans la connaissance et l'utilisation des recommandations des guides pratiques mis en place dans les différents pays.

En Angleterre, le guide NICE n'était connu que par un seul médecin généraliste sur les douze interrogés. Aucun ne savait qu'un parcours de soins spécifiques pour les enfants en surpoids avait été mis en place (étude 1).

Une des enquêtes australienne montre que les directives des autorités sanitaires sont utilisées par moins d'un tiers de l'échantillon (29%). Seulement 8 parmi les 84 utilisaient les définitions correctes du surpoids et de l'obésité chez l'enfant. 26% se servaient de la définition de l'adulte, 19% de leur impression clinique.

En ce qui concerne le dépistage des complications associées à ces pathologies, seuls 20% en recherchaient la totalité comme préconisé (psychosociales, diabète de type 2, troubles menstruels, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, troubles orthopédiques et reflux gastro-œsophagien) (étude 2)

f) Les obstacles rencontrés par le médecin traitant :

Ce qui est mis en avant par de nombreux médecins est le manque de temps au cours de la consultation pour gérer le problème initial, aborder le sujet et apporter des solutions (études 1 et 4). Certains proposent alors aux parents de reprogrammer une consultation qui sera dédiée à ce point mais ces derniers ne se représentent pas (étude 1).

Une autre difficulté est le manque de formation des médecins pour la prévention, le dépistage et la gestion de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent (études 1 et 2).

Peu de parents se préoccupent finalement du poids de leur enfant. Ils nient la situation et ne sont souvent pas prêts à recevoir les conseils adaptés et à changer leurs habitudes de vie (études 1, 2 et 5).

Les médecins sont réticents à assumer leur rôle dans la mesure où il n'existe pas de traitement efficace, pas de mesure incitative pour apporter les changements nécessaires au mode de vie. Les professionnels mettent en évidence leur manque d'influence sur ces facteurs. (étude 1).

En particulier dans les milieux socio-économiques défavorisés, les généralistes se sentent impuissants. Il peut exister des problèmes de communication, liés à la compréhension du patient. La vision de la santé qu'ont ces populations minoritaires ne

correspond parfois pas aux modèles de santé prédéfinis des pays occidentaux (études 2 et 3).

Enfin, quelques praticiens soulignent que les recommandations sont peu adaptées à la pratique clinique quotidienne et qu'ils ne disposent pas, de fait, de ressources suffisantes (étude 2).

g) Solutions proposées par les médecins pour améliorer la gestion de l'obésité de l'enfant issu de milieu défavorisé en médecine générale :

Toutes les études concluent qu'il serait nécessaire de développer des interventions simples, brèves et efficaces pour traiter cette maladie ainsi que des outils spécifiques et pédagogiques adéquats. De nouvelles investigations sont essentielles pour préciser des stratégies thérapeutiques qui pourraient être centrées sur des suggestions de modification comportementale que le patient choisirait en accord avec le médecin.

Il ressort que les guides de recommandations établis par les experts sont souvent peu adaptés à la pratique clinique de routine. Il faudrait faciliter leur accessibilité et leur utilisation par les généralistes (études 1 et 2).

Les pouvoirs publics devraient renforcer le rôle de l'école pour promouvoir les messages de santé (étude 1).

Toutes les enquêtes de cette revue mettent aussi en avant l'importance d'une formation des praticiens de soins primaires pour la gestion de l'obésité en pratique courante, notamment pour l'interrogatoire et le dépistage des familles à risques (étude 3), et l'entretien motivationnel (étude 4).

Dans le cas d'enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés, améliorer la communication entre les minorités et les médecins est un point fondamental. Les modèles de représentation du poids et de la maladie sont différents selon l'origine culturelle. Ces modèles interagissent dans la relation médecin-patient et doivent donc être connus et appréhendés par les cliniciens (études 3 et 5)

IV. Discussion :

Lors de nos recherches, une augmentation rapide des publications sur le sujet de l'obésité infantile depuis 1995 a été constatée (presque 800 publications en 2002), mais finalement peu sur la prise en charge spécifiquement en soins primaires et encore moins chez les enfants de moins de 18 ans.³⁴

Les études montrent donc que la prévalence du surpoids et de l'obésité est plus élevée chez les enfants de parents migrants et de faible niveau socio-économique que chez les enfants des autres catégories socio professionnelles.³⁵

En France, l'enquête de Rovillé-Sausse montre une proportion d'enfants obèses supérieure dans la population d'origine maghrébine par rapport à la population française, d'autant plus chez les enfants nés après 1990³⁶, fait également établi parmi les « gens du voyage » (29% d'enfants en surcharge pondérale selon une étude menée conjointement entre le Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RÉPPOP) Toulouse Midi-Pyrénées et le CCPS (Comité de Coordination pour la Promotion et en Solidarité des communautés en difficultés)).

On observe également dans les pays d'origine de ces immigrés un taux de surpoids et d'obésité similaire à celui des enfants européens non migrants.²¹

Ainsi, les disparités observées entre enfants autochtones et non autochtones s'expliquent non pas par des différences ethniques mais par des environnements socio-économiques différents : la prévalence de la surcharge pondérale est plus importante dans les familles à bas revenus, en situation socio-économique précaire, avec un taux de chômage élevé et un faible niveau d'étude des mères.³⁷

Le niveau socio-économique est un facteur déterminant pour l'apparition du surpoids et c'est dès la petite enfance qu'il intervient dans la survenue de cette pathologie.³⁸

Kuepper-Nybelen, Lamerz et al. le constatent dans leur enquête : sur les 1979 enfants, près d'un quart ne sont pas de nationalité germanique. La prévalence du surpoids est deux fois plus élevée que chez les enfants allemands mais après ajustement, la différence observée est déterminée par la situation sociale.³⁹

Le contexte social a une responsabilité non négligeable sur la pratique d'une activité physique chez les enfants. En Allemagne encore, dans une étude publiée en 2010 dans le BMC, les enfants issus de l'immigration sont plus sédentaires et moins agiles que leurs homologues allemands.¹⁹

Le degré d'éducation des parents est susceptible d'influencer les connaissances sur la nutrition et les comportements de santé qui sont à leur tour impliqués dans la prise de poids.⁴⁰

L'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) a publié en février 2013 les résultats de l'enquête INCA 2 sur les habitudes alimentaires des enfants et des adolescents. Dans les milieux les plus défavorisés, la consommation de fruits et légumes est plus faible alors que celle des boissons sucrées est plus élevée. Les écarts par rapport aux repères nutritionnels du PNNS sont plus grands.

Le médecin généraliste est le premier interlocuteur des parents, et souvent le seul à voir cette catégorie car dans beaucoup de pays, seuls les soins primaires leur sont accessibles. Il peut aussi donner des conseils individuels et assurer le suivi sur le long terme des enfants. Par son rôle d'acteur de proximité, il peut s'adapter au contexte local et coordonner les groupes dans les réseaux communautaires.

Les PNNS de 2006-2010 et 2011-2015 insistent justement sur le soutien aux populations défavorisées par l'intermédiaire d'actions locales et des aides médicales notamment grâce à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et les milieux associatifs. Une mention spéciale y est faite aux enfants de migrants.

Cette revue de la littérature avait pour but d'identifier quelles étaient les différentes stratégies de prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant migrant ou issu de milieu défavorisé en médecine générale.

1) Comparaison avec les autres données de la littérature :

a) La place des soins primaires :

L'étude révèle que si beaucoup de médecins croient en la place des soins primaires dans le traitement de cette pathologie chronique, la plupart sont confrontés à de nombreux écueils.

Cet avis est retrouvé dans l'article de Perrin et Flower : sur les 356 médecins ayant participé à l'enquête, seuls 12% étaient satisfaits de leur prise en charge de l'obésité de l'enfant. Les professionnels citaient la facilité d'accès à la restauration rapide et aux boissons sucrées, ainsi que la mauvaise qualité de l'alimentation et le manque d'activité physique en milieu scolaire comme des obstacles à leur action de prévention. Etait également mis en évidence le manque de diététiciens et de matériel pédagogique adapté pour les patients.⁴¹

Le temps dont dispose le praticien pour chaque patient reste inextensible et cela l'oblige à se focaliser sur le diagnostic et le traitement de la plainte initiale sans pouvoir se confronter aux problèmes chroniques.

b) Aborder le sujet en consultation :

Pour toutes les familles et plus particulièrement celles issues de milieux socio-économiques défavorisés, l'enjeu est d'abord de leur faire prendre conscience du problème. Mais soulever le sujet peut offenser les parents et nuire à la relation médecin-malade. Certains praticiens pensent même qu'il existe un risque pour l'enfant de créer une mésestime de soi et des troubles du comportement alimentaire comme l'ont mis en évidence Walker, Strong et al. dans leur étude.⁴²

Dans deux des études retenues dans cette revue^{32 33}, les médecins se sentaient à l'aise sur ce point. Ces deux études étant australiennes, on peut imaginer que dans ce pays les médecins sont mieux formés à cela.

Dans notre travail, il est apparu que la majorité des médecins était désireuse d'avoir un enseignement sur la façon d'aborder ce problème lorsque le motif de consultation initial était autre. Il est donc nécessaire de développer l'apprentissage des médecins sur ce point.

En France, le RéPPOP a été créé dès 2003 dans le cadre du PNNS. Il a pour but la coordination des soins sur un secteur donné. Il s'engage à former les médecins (généralistes, spécialistes) et toute autre personne pouvant intervenir dans la vie de l'enfant (associations, milieux sportifs...) selon les principes de l'éducation thérapeutique. Le réseau organise entre autre des séminaires et des ateliers, et il diffuse les recommandations de bonne pratique. L'équipe créée et émet des outils d'aide à la prise en charge de cette pathologie.

c) La prévention primaire, les conseils donnés :

Les articles sélectionnés révèlent un manque de connaissance des médecins en ce qui concerne la prévention du surpoids.

L'analyse de Spurrier, Magarey et Wong révèle que très peu donnent les conseils de base sur l'alimentation et l'activité physique aux enfants qui ne sont pas en surcharge pondérale. Et si la majeure partie en prodigue aux enfants obèses, seuls 10% en délivrent aux enfants au stade de surpoids.⁴³

La revue montre que certains professionnels considèrent que ce rôle de prévention dépend plus des autorités sanitaires par le biais de l'école et des médias : par exemple les messages de santé publique diffusés notamment à l'heure des dessins animés et créés par le PNNS : « dépense-toi bien », « ne mange pas trop gras, trop sucré, trop salé »...

Les différentes données de la littérature montrent que les parents se préoccupent généralement peu du poids de leur enfant.^{44 45}

Dans ces milieux défavorisés, il y a un réel manque de connaissance sur les comportements alimentaires normaux. Les aliments et les portions donnés sont souvent inadaptés. Dans nos sociétés, un corps mince et musclé est valorisé car synonyme de réussite et de bien-être. Mais pour les familles migrantes, ayant parfois été concernées par la malnutrition, l'abondance des ressources les pousse à la suralimentation. Ainsi, il existe une certaine bienveillance vis-à-vis d'un surpoids chez l'enfant, qui paraît alors en « bonne santé ».⁴⁶

Les repas sont fréquemment hyper-lipidiques, hyper-protidiques et riches en sucres rapides (annexe 4).

Une enquête sociologique française, publiée en 2009, a montré que la perception des recommandations nutritionnelles différait selon la catégorie sociale. Ainsi, dans les milieux aisés, la priorité est la santé sur le long terme, les recommandations sont connues et appliquées facilement. Dans les catégories plus modestes, si les recommandations sont connues, les familles ont des difficultés à les mettre en œuvre car elles sont vécues comme une contrainte : la liberté passe par l'abondance alimentaire et par un choix varié de produits proposés, notamment aux enfants. Dans les milieux dits « intermédiaires », il y a une réelle envie d'y adhérer afin de se conformer à la société. Enfin, dans les milieux socio-économiques précaires, les directives ne sont pas connues et sont mises au second plan par rapport à des problèmes plus matériels (trouver un logement, un travail, payer ses factures...). L'application de ces recommandations dépend du budget des familles et des représentations autour de la nourriture.

L'alimentation n'est pas considérée comme un facteur associé à la santé sur le long terme et les messages de prévention sont plus sujets au rejet qu'à l'adhésion.⁴⁷

D'autres conseils comme la réduction du temps de télévision, la diminution de la consommation de boissons sucrées et l'augmentation des activités de plein air sont mal acceptés devant le décalage important qu'ils représentent par rapport au mode de vie de ces enfants.^{48 49}

En outre, la nourriture est de plus en plus utilisée quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle pour satisfaire émotionnellement l'enfant : elle devient le lien par lequel passe la relation parent/enfant : en donnant tout ce qu'il désire à l'enfant, il recherche son affection et pense que le priver entraînera son désamour.⁵⁰

d) Le dépistage :

Notre travail indique que les médecins ignorent souvent les principales recommandations de leur pays en ce qui concerne le dépistage de cette pathologie et ces directives ne sont pas appliquées de manière uniforme. Cette donnée est retrouvée dans la littérature : les études montrent qu'environ un cinquième seulement des médecins les utilisent et ce, quel que soit le pays et son système de santé. Une étude américaine de 2004 montrait que 78% des praticiens n'étaient pas familiers avec les recommandations en vigueur dans leur pays.^{51 52}

En Europe, seulement la moitié des professionnels pèsent, mesurent et calculent l'IMC de façon systématique et il existe de grandes disparités selon les pays. Si près de 80% des médecins italiens utilisent les courbes de corpulence, uniquement 6.1% des généralistes ukrainiens s'en servent.⁴⁹

D'autres articles révèlent que beaucoup ne réalisent ces mesures que lorsque l'enfant est déjà obèse ou présente des complications.⁵¹ Il existe encore des médecins ou des pédiatres qui font le diagnostic sur l'impression visuelle.⁴³

On sait désormais qu'une meilleure connaissance de ces recommandations est associée à une attitude plus positive des soignants envers la pathologie, notamment dans les conseils prodigués et leur efficacité globale. Des efforts doivent être entrepris afin de mieux comprendre les raisons de cette méconnaissance ou de ce manque d'utilisation afin d'améliorer la prise en charge globale des enfants en surpoids consultant leur médecin généraliste.

e) Solutions pour améliorer la gestion du surpoids de l'enfant issu de milieu défavorisé en médecine générale :

L'absence de stratégie de prévention secondaire et d'intervention consensuelle, brève, pédagogique et efficace nuit à la pratique des médecins. Cette pathologie complexe, de début précoce et de sévérité croissance dérouté les professionnels de santé impliqués.

Plusieurs équipes suisses ont évalué les effets de programmes pour l'enfant et l'adolescent et en particulier dans la population migrante.

L'enquête de Bürgi et Niederer a montré que chez les enfants de faibles milieux socio-économiques, un programme de prévention permettait d'améliorer la forme, l'agilité, la pratique de l'activité physique et les habitudes alimentaires. Une intervention multidimensionnelle portant sur le style de vie (activités physiques et leçons de nutrition) a été proposée à 652 enfants dont 72% de migrants et 38% dont les parents avaient un faible niveau d'instruction. Le taux de masse grasse et le tour de taille étaient significativement diminués. Cependant, il n'y avait pas de différence en termes d'IMC entre les deux groupes. Les effets observés pourraient être dus à l'adaptation du programme au contexte culturel. En effet, les besoins spécifiques

avaient été au préalable étudiés et les informations fournies étaient simples et accessibles : photos, exercices pratiques, jeux....⁵³

L'équipe du plan KIDS STEP a montré que l'intervention de groupes multi-professionnels permettait une réduction de l'indice de masse corporelle et du tour de taille. Sur les 664 enfants évalués (dont 42% étaient issus de familles de migrants), ils ont diminués respectivement de 0,17kg/m² et 2,7%. Avec l'appui d'un suivi individuel, les résultats étaient maintenus à deux ans.^{27 54}

Deux essais américains ayant testé l'efficacité d'une motivation aux changements de comportements chez les patients en surcharge pondérale ont trouvé une réduction significative de l'IMC par rapport au groupe témoin : Robinson montre qu'une diminution du temps d'écran permettait une réduction de 0.45kg/m² de l'IMC et de 2.30cm de tour de taille. Gortmaker et al, eux ont établis que le concept « Planet Health » permettait une modification des comportements et une diminution de la prévalence de l'obésité dans les écoles tests.^{55 56}

Pourtant, si ces chiffres sont statistiquement significatifs, on peut s'interroger sur leur signification clinique. De plus, toutes ces méthodes sont confrontées aux mêmes écueils : leur mise en œuvre est compliquée car elles nécessitent la mobilisation de nombreux professionnels de santé avec une bonne coordination et leur coût est important.

Enfin, le succès de ces actions se déroulant sur le long terme dépend de la disponibilité et de la motivation des parents. Alors que, dans les populations précaires, l'enfant exerce souvent un contrôle important dans la prise de décision et les parents ont de fait des difficultés à leur imposer des limites notamment sur la qualité et la quantité de l'alimentation. De même ces familles ne conçoivent souvent pas l'importance de modifications apportées sur le long terme et sont plutôt intéressées par des solutions qui procurent des effets immédiats.⁵⁰

Si elles apportent certains résultats, ces approches ne peuvent donc pas devenir des actions spécifiques de santé publique dans le cadre de la lutte contre l'obésité infantile. Par contre, elles démontrent la particularité des besoins de chaque individu en fonction de l'environnement dans lequel il évolue.

Les médecins des différentes études de notre revue ont mis en avant leur volonté de se former à des méthodes telles que l'entretien motivationnel ou des thérapies brèves

apportant des solutions simples de changement de comportements qui ont déjà fait leurs preuves pour certaines pathologies comme le tabac, l'alcool ou la maladie coronarienne. Mais de telles actions de prévention n'en sont qu'à leurs prémices.⁵⁷

A noter que le RéPPOP de Midi-Pyrénées a développé un logiciel destiné aux médecins généralistes : « destination Chalaxy » afin de les aider dans la prise en charge de l'enfant en surpoids ou obèse. Cet outil, qui doit encore être évalué en soins primaires, pourrait permettre aux soignants d'aborder en consultation le sujet du poids avec les enfants, et lui apporter des solutions simples pour réduire les mauvaises habitudes hygiéno-diététiques. Ce nouvel outil offre une perspective de prise en charge de l'enfant déjà en surcharge pondérale.

f) Nécessité d'une prise en charge spécifique et adaptée:

Les enfants de familles migrantes ont souvent une perte de repères et un cadre de vie peu adapté pour l'éducation, en particulier nutritionnelle. Les soignants doivent donc considérer les représentations culturelles et le contexte de vie dans leurs démarches.

Dans tous les cas, les programmes de prévention visant à réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité doivent tenir compte du mode de vie des parents ainsi que leur contexte économique, leur culture et leur origine ethnique.

Etant donné que c'est le niveau socio-économique, en particulier le niveau d'éducation des parents, et non l'ethnicité qui rentre en compte dans le développement de la surcharge pondérale chez l'enfant, les migrants ne doivent donc pas être intégrés seuls dans des plans de prise en charge spécifiques : ce sont tous les enfants issus de milieux défavorisés qui doivent l'être. Des interventions spécifiques doivent être développées pour ces populations à risque et de façon d'autant plus précoce qu'un surpoids à l'âge de six ans ou un rebond adipositaire précoce entraînent un fort risque de persistance à l'adolescence.⁵⁸

Il faut identifier ces groupes marginalisés et répondre à leurs besoins.^{13 59 60}

La communication nécessite d'être améliorée envers ces familles à risque qui ont souvent la crainte d'une discrimination négative supplémentaire. L'identification d'un problème de santé chez leur enfant, en l'occurrence la surcharge pondérale, fait écho à

d'autres difficultés rencontrées, de santé ou non, qui les marginalisent déjà (faibles revenus, autres problèmes de santé comme la gale, difficultés à trouver un logement...).⁵⁰

Les médecins doivent être éduqués à la « compétence transculturelle » c'est-à-dire la capacité d'intégrer les représentations individuelles sur la maladie dans leurs pratiques afin de pouvoir travailler avec les patients d'origines diverses.⁶¹

En France, le PNNS a donné des objectifs généraux et des grands axes de prise en charge mais il n'y a pas encore de véritable programme de prévention et d'intervention pour le surpoids et l'obésité de l'enfant. Certains messages de santé publique diffusés sur des supports adaptés à tous (« ne mange pas trop gras, trop sucré, trop salé », « dépense-toi bien »...) ont permis une certaine prise de conscience mais leur application demeure insuffisante.

L'étude Epipoi de Toulouse a montré que pour les populations présentant un risque d'obésité plus élevé (les migrants, les personnes en situation de précarité, les gens du voyage...), des interventions ciblées devraient être mises en place. Une implication renforcée des parents, des enseignants et des éducateurs sportifs devrait être de mise.

Les prémices de ces stratégies commencent à voir le jour, au vu des nouvelles avancées effectuées dans le domaine de l'obésité de l'enfant.

Une enquête menée auprès des tsiganes des zones défavorisées de l'agglomération toulousaine a interrogé les habitants sur la prise en charge dont ils souhaiteraient pouvoir bénéficier. Il en ressort que les informations théoriques sur la composition des aliments les intéressent peu mais que des réunions collectives avec conseils pratiques, livret de recettes et ateliers de cuisine sont vivement sollicités. Un groupe de travail mobilisant les acteurs des structures d'accueil, des écoles, des caisses d'allocations familiales et le RéPPOP a été créé. Il a permis la mise en place d'actions de prévention dans les quartiers défavorisés du nord de Toulouse et l'accompagnement des professionnels de santé locaux. Ces interventions ont rencontré beaucoup de succès auprès des communautés.

En Suisse, une analyse de la situation a été effectuée dans le canton de Vaud. Dans cette circonscription, les objectifs de conseil d'état étaient de favoriser l'intégration des étrangers, mais aucune référence n'avait été faite à leur santé. De

nombreuses raisons empêchent cette population d'avoir accès aux programmes de santé : maîtrise insuffisante de la langue, mauvaise compréhension, autres priorités, coût financier des solutions proposées, représentations sociales de la santé et de la maladie différentes... Le concept « ça marche » a alors été développé à partir de 2008. Il a pour but de garantir un accès équitable aux programmes de promotion de la santé à la population de migrants ; avec des ateliers aménagés pour et avec les migrants. Ces plans ont été créés pour pouvoir être repris par les associations locales ou la communauté. Ils comprennent différentes actions qui sont coordonnées et surtout adaptées aux différents groupes ciblés. Le but n'est pas une stigmatisation d'une catégorie de population mais une prise en charge la plus adéquate possible pour les situations particulières.⁶²

Cependant, toutes les interventions proposées nécessitent souvent un bouleversement dans l'économie et dans les habitudes de vie car elles sont trop éloignées des représentations des familles, notamment dans les catégories les plus précaires. Elles sont alors vécues comme une intrusion et une remise en cause de la capacité des mères à éduquer leurs enfants. Les programmes doivent valoriser la formation des professionnels de santé pour que ces derniers abordent en premier lieu avec les parents les aspects normaux du développement de leurs enfants et puissent apporter des conseils sur la discipline de l'enfant.

2) Forces et faiblesses de l'étude :

Toutes les études sont récentes, postérieures à 2005.

Cette thèse a inclus toutes les études ayant trait au sujet, même celles ayant un faible taux de participants. La collaboration modeste des médecins peut être expliquée par un recrutement sur la base du volontariat avec des études qualitatives nécessitant des entretiens chronophages.

Ces petits échantillons évitent que les résultats soient généralisables à l'ensemble de la population de médecine générale.

Il n'y a qu'un seul chercheur alors que les revues de la littérature mobilisent habituellement deux voire trois auteurs qui peuvent alors comparer leurs résultats.

Trois des cinq articles sont des enquêtes qualitatives qui peuvent donc comporter des biais :

- liés à la sélection : les médecins, choisis sur la base du volontariat ou au cours de séances de formation, peuvent avoir un intérêt particulier dans le traitement de l'obésité pédiatrique.
- liés à l'interlocuteur : volontaires ou non, qui peuvent altérer la reproductibilité des résultats. Il y a un risque de subjectivité dans l'entretien selon la façon dont sont lues ou reformulées les questions. Les réponses peuvent être influencées, incomprises ou modifiées. Il peut y avoir des erreurs dans la retranscription et l'analyse des résultats. Ces biais sont limités par la présence de plusieurs auteurs, l'utilisation de guides d'entretien validés et l'enregistrement des réponses.
- liés aux participants : difficulté de rappel, mauvaise compréhension des questions, réponses qui sont « socialement acceptables ».

L'essai LEAP est un essai contrôlé randomisé qui a montré dans le groupe intervention une amélioration durable du score de nutrition mais pas de l'IMC. Le fait de ne pas avoir atteint l'objectif peut être expliqué tout simplement par le fait que les interventions sont inefficaces ou non réalisables dans la pratique clinique quotidienne. Peut être que les parents se sont fixés des buts qui leur semblaient réalisables mais qui étaient de fait insuffisants pour avoir un réel impact sur le poids et l'IMC de leur enfant. Nous avons choisi de ne pas inclure cet article car le médecin est préalablement formé à la conduite à tenir et du matériel spécifique lui est délivré. Cette étude ne permet pas de savoir quelle est la prise en charge dans la pratique courante.⁶³

Dans les différentes enquêtes, la classification des enfants en tant que migrants ou issu de famille de bas niveau socio-économique n'est pas définie.

V. Conclusion :

L'obésité est une pathologie complexe, aux déterminants multiples et variés qui doivent être intégrés dans un cadre nosologique afin de permettre une meilleure compréhension et d'aboutir à une prise en charge plus efficace.

Les familles avec de faibles revenus présentent une réelle acculturation alimentaire. Pour ces populations de milieux culturels et linguistiques différents de leur société d'accueil, le passage du régime traditionnel au régime contemporain peut s'avérer délétère. Des confusions sont possibles entre les messages de santé publique et la publicité vantant souvent des produits gras et sucrés. Leur réceptivité aux campagnes de prévention est moindre. Les individus en situation de précarité tendent moins vers des choix nutritionnels bénéfiques pour leur santé.

S'il ne faut pas confondre culture et niveau socioculturel, des interventions de santé publique adaptées sont nécessaires pour certaines catégories sociales. Le dépistage, les messages et actions de prévention ne doivent donc pas cibler uniquement les migrants mais tous les enfants évoluant dans des contextes sociaux précaires. Pour ces derniers notamment, il est indispensable d'étendre les connaissances sur des stratégies de prévention qui prendraient en compte leur environnement. Ces stratégies extérieures soulèvent le problème de l'acceptabilité, de la disponibilité, de la participation des familles et du suivi à long terme.

La prévention efficace passe par trois éléments essentiels : une modification soutenue du comportement de l'individu, une adaptation de l'environnement pour permettre ces changements et la prise en compte des aspects socio-économiques.

Dans tous les cas, le médecin doit délivrer une information claire et appropriée. Il doit régulièrement vérifier la compréhension de ses patients et ne pas porter de jugement mais toujours faire preuve d'empathie et de tolérance. Il doit réévaluer régulièrement la motivation et les résultats des efforts mis en place.

La prise en charge du surpoids et de l'obésité doit être multidisciplinaire. Les infirmières et médecins scolaires, les pédiatres et endocrino-pédiatres, libéraux et hospitaliers, les diététiciens, les éducateurs sportifs et tous les acteurs locaux (école, caisses d'allocations familiales, protection maternelle et infantile...) ont un rôle majeur à jouer. Le médecin généraliste, par sa situation de proximité, doit prendre conscience de sa position centrale en matière de prévention, dépistage, coordination des différents professionnels et prise en charge des enfants issus de milieux défavorisés en surcharge pondérale.

Vu le Procès-verbal

32

24/09/14
Prof. M. TAUBER
Endocrinologie
Hôpital des Enfants
C.H.U. TOULOUSE

Toulouse le 25.09.14

Vu par le Directeur
Facteur de l'Unité
Toulouse-31053
Le Doyen,

E. SERRANO

Bibliographie :

1. OMS « obésité et surpoids » aide-mémoire N°311, mai 2014, disponible à l'URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/> consulté le 3 avril 2013.
2. International Obesity Task Force 2010 disponible à l'URL: <http://www.iaso.org/about-iaso/iasomanagement/iotf/> consulté le 29 mars 2013.
3. Dubern B. Contributions respectives de la génétique et de l'environnement dans la genèse de l'obésité infantile. Médecine thérapeutique/ Pédiatrie Novembre-Décembre 2007, volume 10, N°6 : pp 351-359.
4. Basdevant A. Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant. Expertise collective Inserm. juin 2000. 325 p.
5. Charles MA. L'obésité de l'enfant a-t-elle des conséquences à l'âge adulte ? Cahiers de nutrition et de diététique Juin 2001, volume 36, N°2 : pp 113.
6. Tauber M., Jouret B., Diene. Obésité de l'enfant. Revue du praticien n°3 mars 2010 : pp 393-394.
7. Ogden CL, Troiano RP, Briefel RR, and al. Prevalence of overweight among preschool children in the United States, 1971 through 1994. Pediatrics 1997 volume 99.
8. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, and al. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004. JAMA Avril 2006; volume 13: pp 1549–1555.
9. Chinn S, Rona RJ. Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross sectional studies of British children, 1974–94. BMJ 2001; volume 6: pp 24–26.
10. Van den Hurk K, van Dommelen P, van Buuren S, and al. Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands in 2003, compared to 1980 and 1997. Arch Dis Child 2007; volume 92: pp 992–995.

11. Olds T., Maher C., Zumin S., and al. Evidence that the prevalence of childhood overweight is plateauing: data from nine countries. *Int J Pediatr Obes.* Octobre 2011; volume 6 : pp 342-60.
12. Dinet J., Emery C. Evaluation du coût associé à l'obésité en France. *La Presse Médicale* Juin 2007 ; N°6 : pp 832-840.
13. HAS. Recommandations de bonnes pratiques. Surpoids et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Actualisation des recommandations 2003. Septembre 2011. 218 p. Disponible à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_-_argumentaire.pdf.
14. Site Manger Bouger, disponible à l'URL : <http://www.mangerbouger.fr/pnns/le-pnns-c-est-quoi.html> consulté le 5 avril 2013.
15. Programme National Nutrition santé 2011-2015, 66 pages disponible à l'URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf consulté le 5 avril 2013.
16. Site du Sénat, Prévention et prise en charge de l'obésité, recommandations et guides au plan international, disponible à l'URL : <http://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-00818.html>.
17. Ricour C., Tauber M., Hervé C. Épidémie de l'obésité de l'enfant à l'épreuve de la génétisation. Editions Génétisation et responsabilités, Dalloz, 2008 : pp 41-45.
18. Ebenegger V., Marques-Vidal P-M., Nydegger A. and al. Independent contribution of parental migrant status and educational level to adiposity and eating habits in preschool children *European Journal of Clinical Nutrition* Février 2011. Volume 65; Issue 2: pp 210-218.
19. Buergi F., Meyer U., Niederer I., and al. Socio-cultural determinants of adiposity and physical activity in preschool children: A cross-sectional study. *BMC Public Health.* Novembre 2010. Volume: 10: pp 1471-2458.

20. Will B., Zeeb H., Baune BT. Overweight and obesity at school entry among migrant and German children : a cross-sectional study. BMC public Health Mai 2005; volume 5.
21. Labree LJ.W, van den Mheen H., Rutten F.F.H and al. Differences in overweight and obesity among children from migrant and native origin: a systematic review of the European literature. Obesity Reviews Mai 2011. Volume 12; Issue 501: p 535-547.
22. Vincelet C., Galli J., Gremy I. Surpoids et obésité en Ile de France. Observatoire régional de santé Ile de France, juin 2006, disponible à l'URL : <http://www.ors-idf.org>.
23. Guignon N., Collet M., Gonzalez L. et al. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Etudes et Résultats N°737, septembre 2010.
24. Lioret S., Dubuisson C., Dufour A. et al. Trends in child overweight rates and energy intake in France from 1999 to 2007: relationships with socioeconomic status. Obesity Septembre 2012. Volume 7, issue 5 : p 1092-1100.
25. de Saint Paul T. L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. INSEE Première N°1123. février 2007.
26. Roville-Sausse F., Hernandez V. Comportement alimentaire et statut nutritionnel des enfants d'origine maghrébine vivant en France. Antropo 2004 N°7 : p 89-97.
27. Chamay-Weber C., Shehu-Brovina S., Narring F. Obésité, migration et adolescence. Rev Med Suisse 2012 ; N°8 : p 1282-1285.
28. Kandel O., Boisaault P. Nutrition en Médecine Générale : quelles réalités ? Département Observatoire de Médecine Générale (OMG). Enquête et résultats. SFMG. Mars 2006
29. Turner KM., Shield J., Salisbury C. Practitioners' views on managing childhood obesity in primary care: a qualitative study. British Journal of General Practice Novembre 2009; N° 568; volume 59: p 856-862.

30. Walker O., Strong M., Atchinson R. and al. A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. BMC Family Practice Septembre 2007; volume 8: 7 p.
31. Taveras EM., Gortmaker SL., Mitchell KF, Gillman MW. Parental perceptions of overweight counselling in primary care: the roles of race/ethnicity and parent overweight. Obesity Août 2008 ; volume 16 ; issue 8 : p 1794-1801.
32. Siversten LM., Woolfenden SR., Woodhead HJ. and Lewis D. Diagnosis and management of childhood obesity: a survey of general practitioners in South West Sydney. Journal of paediatrics and child health Novembre 2008; volume 44, issue 11: p 622-629.
33. McCallum Z., Wake M., Gerner B. and al. Can general practitioners tackle childhood overweight/obesity? Methods and process from the LEAP (Live, Eat and Play) randomized controlled trial. Journal of paediatrics child health Septebre-Octobre 2005; volume 41: p 488-494.
34. Wake MA., McCallum Z. Secondary prevention of overweight in primary school children: what place for general practice? The Medical Journal of Australia Juillet 2004; N°181: p 82-84.
35. Kirchengast, E. Schober. To be an immigrant : a risk factor for developing overweight and obesity during childhood and adolescence ? Journal of biosocial science 2005 ; volume 38 : p 695-705.
36. Roville-Sausse. Evolution en 20 ans de la corpulence des enfants de 0 à 4 ans issus de l'immigration maghrébine. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 1999 ; N°1 ; volume 47 : p 37-44.
37. Romon M., Duhamel A., Collinet N and al. Influence of social class on time trends in BMI distribution in five-year-old french children from 1989 to 1999. International journal obesity, 2005; volume 99: p 54-59.

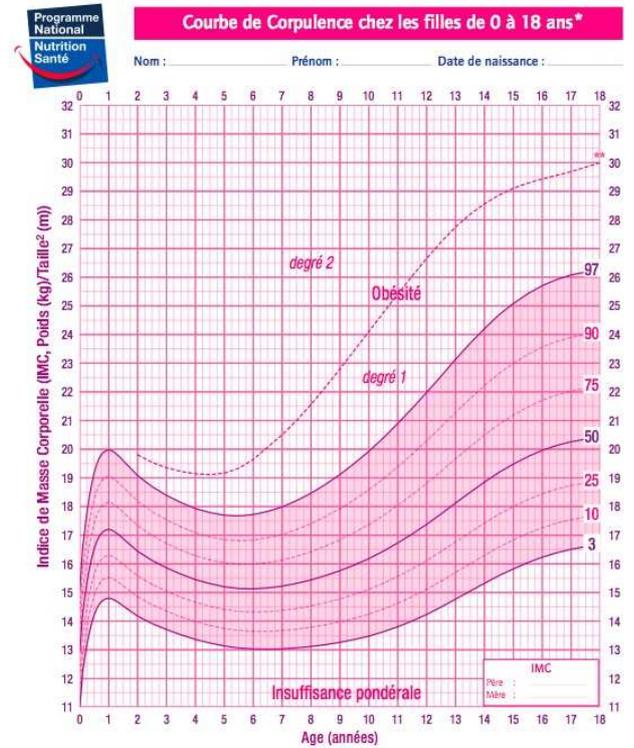
38. Reeske A., Spallek J., Bammann K. and al. Migrant Background and weight gain in early infancy: results from the german study sample of the IDEFICS study. *PLOS One*, Avril 2013; volume 8: p 606-648.
39. Kuepper-Nybelen J., Lamerz A., Bruning N. and al. Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications, *Archives of Disease in Childhood*; Avril 2005; issue 90: p 359-363.
40. Sobal J. Obesity and socioeconomic status: a framework for examining relationships between physical and social variables. *Medical Anthropology* 1991; volume 13: p 231–247.
41. Perrin EM, Flower KB, Garrett J, Ammerman AS. Preventing and treating obesity: paediatricians' self-efficacy, barriers, resources, and advocacy. *Ambulatory Pediatrics*; Mai 2005; volume 5; issue 3: p 150 -156.
42. Walker O, Strong M, Atchinson R. and al. A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. *BMC Family Practice*; Septembre 2007; volume 8.
43. Spurrier NJ, Magarey A, Wong C. Recognition and management of childhood overweight and obesity by clinicians. *Journal of Paediatrics and Child Health*; Juillet-Août 2006; volume 42; issue 7-8: p 411–418.
44. Jeffery AN, Voss LD, Metcalf BS, and al. Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross sectional study within a cohort (EarlyBird 21). *BMJ* 2004; volume 330: p 23-24.
45. Carnell S, Edwards C, Croker H, and al. Parental perceptions of overweight in 3–5 years olds. *Int. J. Obes.* Avril 2005; volume 29 : p 353–5.
46. Baughcum A, Leigh A., Chamberlin LA, and al. Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics* ; Décembre 2000; N°6 ; volume106: p 1380–1386.

47. Regnier F. et Masullo A. Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie*, 2009, volume 50, p 747-773.
48. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, and al. Overweight and obesity: knowledge, attitudes and practices of general practitioners in France. *Obesity Research* Avril 2005; volume 13; issue 4: p 787-795.
49. Mazur A., Matusik P., Revert K. and al. Childhood Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of European Pediatric Care Providers DOI. *Pediatrics* Juillet 2013; volume 132: p 2012-3239.
50. Chamberlin La., Sherman S., Power S., Whitaker R. and al. The challenge of preventing and treating obesity in low-income, preschool children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*; Juillet 2002; N°7; volume 156: p 662-668.
51. Goldman RD, Modan-Moses D, Bujanover Y, and al. Physicians' attitude toward identification and management of childhood obesity. *Clinical Pediatrics*; Octobre 2004; N°8; volume 43: p 737-741.
52. Kolagotla L, Adams W. Ambulatory management of childhood obesity. *Obesity Research*; Février 2004; volume 12; issue 2: p 275-283.
53. Bürgi F., Niederer I., Schindler C., Bodenmann P. and al. Effect of a lifestyle intervention on adiposity and fitness in socially disadvantaged subgroups of preschoolers: a cluster-randomized trial. *Preventive Medicine* ; Mai 2012 ; volume 54 ; issue 5 : p 335-340.
54. Dagmar l'allemand, Kirchhoff E., Bolten M. and al. Evaluation du traitement des enfants et adolescents en surpoids en Suisse : analyse intermédiaire KIDSSTEP de la thérapie dans les programmes de groupes multi professionnels du 1^{er} mai 2012. *Pediatrica* 2012 ; N°5 ; volume 35.
55. Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA*; Octobre 1999; N°16; volume 282: p 1561-1567.

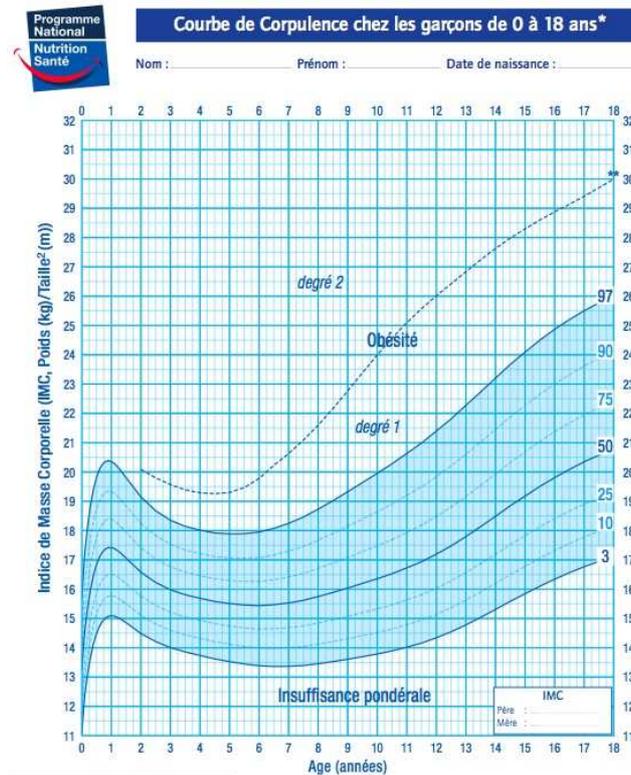
56. Gortmaker SL, Peterson K, Wiecha J, et al. Reducing obesity via a schoolbased interdisciplinary intervention among youth: Planet Health. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*; Avril 1999; N°4; volume 153: p 409-418.
57. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*; Avril 2005; 55(513): p 305-312.
58. Kirchengast S., Schober E. Obesity among female adolescents in Vienna, Austria- the impact of childhood weight status and ethnicity. *BJOG*. Octobre 2006, volume 113, p 1188-1194.
59. Proposition de mesures pratiques pour la mise en œuvre d'une stratégie nationale de prévention de l'obésité infantile. Conseil national de l'alimentation (CNA), avis, n°55, mars 2006, <http://www.agriculture.gouv.fr>.
60. Tauber M., Ricour C., Bocquet A. L'obésité infantile : nécessité d'un consensus autour de la prévention. *Archives françaises de pédiatrie*, novembre 2007, volume 14, p 1279-1281.
61. Bodenmann P., Madrid C., Vannotti M., Rossi J. Ruiz. Migration sans frontières mais...barrières des représentations. *La Revue Médicale Suisse*, volume n°3, 2007, p 2710-2717.
62. Giovanna Meystre-Agustoni, Stephanie Lociciro, Patrick Bidenmann, François Dubois. Analyse des besoins dans le canton de Vaud : institut universitaire de médecine sociale et préventive, unité d'évaluation de programmes de prévention : migration et santé. *Raisons de santé* 184, Lausanne 2011.
63. MacCallum Z., Wake M., Gerner B. and al. Outcome data from the LEAP (Live, Eat and Play) trial: a randomized controlled trial of a primary care intervention for childhood overweight/mild obesity, *International Journal of Obesity*; Avril 2007; volume 31: p 630-636.

Annexes :

Annexe 1 : Courbe de corpulence filles :



Annexe 2 : Courbe de corpulence garçons :



Annexe 3 : HAS : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Synthèse des recommandations :



Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent

Septembre 2011

COMMENT ET QUAND DÉPISTER LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS ?

■ Chez qui et quand dépister ?

La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 à 50 % avant la puberté, et de 50 à 70 % après la puberté.

AE	<p>Il est recommandé de surveiller l'indice de masse corporelle (IMC)¹ systématiquement chez tous les enfants et adolescents :</p> <ul style="list-style-type: none">• quel que soit leur âge ;• quelle que soit leur corpulence apparente ;• quel que soit le motif de la consultation ;• au minimum 2 ou 3 fois par an. <p>Il est recommandé d'être particulièrement attentif aux enfants présentant des facteurs de risque précoces de surpoids et d'obésité.</p>
-----------	--

■ Comment suivre la corpulence ?

AE	<ul style="list-style-type: none">• À l'aide des courbes de corpulence (courbes d'IMC) de référence en fonction de l'âge et du sexe.• Tracer les 3 courbes :<ul style="list-style-type: none">• courbe IMC ;• courbe de taille ;• courbe de poids.	Seuils recommandés en pratique clinique²
	<p>► Ces éléments doivent figurer dans le carnet de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none">■ Surpoids (incluant l'obésité) : IMC \geq 97^e percentile des courbes de corpulence françaises.■ Obésité : IMC \geq seuil IOTF-30².

1. Indice de masse corporelle (IMC) = poids (kg) / taille² (m²)

2. Les seuils recommandés en France en pratique clinique chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans sont ceux des courbes de corpulence du PNNS 2010. Ils sont issus à la fois des références françaises et des références de l'*International Obesity Task Force* (IOTF).

■ Quels sont les signes d'alerte à repérer ?

AE	<ul style="list-style-type: none">• Rebond d'adiposité précoce (plus il est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé)³.• Ascension continue de la courbe IMC depuis la naissance.• Changement rapide de couloir de la courbe IMC vers le haut.• Si le rapport tour de taille / taille est $> 0,5$, l'enfant présente un excès de graisse abdominale associé à un risque cardio-vasculaire et métabolique accru.
-----------	---

COMMENT ANNONCER LE DIAGNOSTIC ?

AE	<ul style="list-style-type: none">• Expliquer, rassurer, dédramatiser, déculpabiliser.• Explorer la représentation qu'a l'enfant ou l'adolescent de son corps et de son poids et celle qu'en ont ses parents.• Présenter de façon simple les objectifs à long terme et les moyens de les atteindre ensemble.
-----------	--

PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE

L'objectif de soin est l'amélioration de la qualité de vie et la prévention des complications.

AE	<ul style="list-style-type: none">• Un suivi régulier et prolongé d'au minimum 2 ans est recommandé. <p>Il est recommandé que la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none">• soit fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient ;• prenne en compte l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité, l'équilibre des rythmes de vie, les aspects psychologiques et socio-économiques ;• implique les parents et/ou les adultes responsables de l'enfant ou de l'adolescent ;• obtienne l'adhésion de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille ;• veille à ne pas culpabiliser, blesser ou stigmatiser.
-----------	--

■ L'objectif de perte de poids est-il pertinent ?

AE	<ul style="list-style-type: none">• La perte de poids n'est pas un objectif prioritaire chez l'enfant et l'adolescent en surpoids ou obèse.• L'objectif est de ralentir la progression de la courbe de corpulence.• Tout enfant/adolescent peut avoir son propre objectif pondéral. Il est important de le connaître et de le prendre en compte.
-----------	--

3. Remontée de la courbe de l'IMC observée en moyenne à l'âge de 6 ans.

■ Contenu de l'évaluation initiale par le médecin habituel

AE	<ul style="list-style-type: none">• Examen clinique comprenant la recherche de facteurs associés et des comorbidités.• Entretien de compréhension centré sur l'enfant et sa famille.
-----------	---

■ Quand faut-il réaliser des examens complémentaires ?⁴

AE	<ul style="list-style-type: none">■ Chez un enfant en surpoids sans obésité, sans signe clinique évocateur d'une comorbidité, ni antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie :<ul style="list-style-type: none">▶ il n'y a pas lieu de faire des examens complémentaires à la recherche de complications.■ Chez un enfant en surpoids avec antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie OU chez un enfant présentant une obésité :<ul style="list-style-type: none">▶ il est recommandé de réaliser systématiquement un bilan :<ul style="list-style-type: none">• exploration des anomalies lipidiques (EAL) : cholestérol total, HDL-C et triglycérides plasmatiques, permettant le calcul du LDL-C ;• glycémie à jeun et transaminases (ASAT, ALAT).
-----------	--

APPROCHE ET MOYENS THÉRAPEUTIQUES : RÔLE DU MÉDECIN

■ Accompagnement diététique

AE	<ul style="list-style-type: none">• Le but est d'obtenir un changement durable dans les habitudes alimentaires de l'enfant/adolescent et de son entourage en se référant aux repères nutritionnels du PNNS pour l'enfant et l'adolescent.• Les objectifs seront retenus en accord avec l'enfant/adolescent et sa famille en tenant compte de leurs goûts.• Les régimes à visée amaigrissante sont déconseillés.• Aucun aliment ne doit être interdit.
-----------	--

■ Accompagnement en activité physique

AE	<ul style="list-style-type: none">• L'objectif est d'augmenter l'activité physique et de réduire la sédentarité.• Il est recommandé de parvenir à cumuler plus de 60 minutes d'activité physique quotidienne modérée à intense.• Il est recommandé de limiter les comportements sédentaires, notamment les temps d'écran à visée récréative.
-----------	--

4. D'autres examens ou avis peuvent être nécessaires selon les résultats de l'examen clinique (voir le texte des recommandations).

■ Accompagnement psychologique

AE	<ul style="list-style-type: none">▪ L'accompagnement psychologique comporte :<ul style="list-style-type: none">▪ évaluation et renforcement de la motivation, formulation positive des objectifs, soutien et déculpabilisation, renforcement des compétences et de la cohérence parentale.▪ L'orientation vers un psychologue et/ou un pédopsychiatre est recommandée dans les cas suivants :<ul style="list-style-type: none">▪ souffrance psychique intense ou persistante ;▪ formes sévères d'obésité ;▪ psychopathologie ou trouble du comportement alimentaire associé ;▪ facteurs de stress familiaux ou sociaux ;▪ séparation d'avec les parents envisagée (séjour en SSR⁵) ;▪ échec de prise en charge.
-----------	--

■ Médicaments et chirurgie

AE	<ul style="list-style-type: none">▪ Les traitements médicamenteux ne sont pas recommandés chez l'enfant et l'adolescent dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité.▪ La chirurgie n'a pas d'indication dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Son utilisation n'est pas recommandée.
-----------	--

MODALITÉS DU SUIVI : LES TROIS NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE

AE	<ul style="list-style-type: none">■ Le 1^{er} recours : prise en charge de proximité par le médecin habituel. <p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ surpoids ou obésité commune non compliquée ;▪ contexte familial favorable suggérant une capacité à mettre en œuvre les changements proposés ;▪ pas de problème psychologique et social majeur. <p>Le médecin habituel de l'enfant réalise l'évaluation initiale et décide des orientations nécessaires. Il peut être accompagné dans le suivi par un autre professionnel de proximité, en fonction des besoins (diététicien, psychologue, professionnel en activités physiques adaptées, etc. dans le cadre ou non d'un réseau).</p> <p>Le médecin habituel coordonne les soins.</p>
-----------	---

5. Soins de suite et de réadaptation.

AE	<p>■ Le 2^e recours : prise en charge multidisciplinaire organisée à l'échelle d'un territoire, faisant appel à des professionnels spécialisés.</p> <p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> • échec de la prise en charge de 1^{er} recours ; • et/ou surpoids avec ascension brutale de la courbe d'IMC ; • et/ou obésité avec d'éventuelles comorbidités associées ; • et/ou contexte familial défavorable ; • et/ou problématique psychologique et sociale ; <p>Un suivi multidisciplinaire est recommandé (diététicien et/ou psychologue ou psychiatre et/ou professionnel en activités physiques adaptées, etc.).</p> <p>Une équipe spécialisée peut intervenir en apportant son expertise, en mettant à disposition son plateau technique pour des explorations éventuelles, pour des séances d'éducation thérapeutique de groupe, des ateliers d'activité physique adaptée ou pour des courts séjours (< 2 mois) en SSR.</p> <p>Le médecin habituel coordonne les soins.</p>
-----------	---

AE	<p>■ Le 3^e recours : prise en charge organisée à une échelle régionale et coordonnée par un médecin et une équipe spécialisés.</p> <p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> • échec de la prise en charge de 2^e recours ; • et/ou comorbidités sévères ; • et/ou handicap dans la vie quotidienne généré par l'obésité ; • et/ou contexte familial très défavorable (carence éducative, maltraitance, composante psychiatrique et/ou sociale majeure). <p>Un suivi multidisciplinaire est indispensable.</p> <p>Le médecin et l'équipe spécialisés peuvent intervenir en apportant leur expertise, en mettant à disposition leur plateau technique. Le médecin et l'équipe spécialisés peuvent également assurer la coordination des soins en lien avec le médecin habituel, décider et réaliser des orientations nécessaires (avis spécialisés) et discuter des indications de séjours en SSR courts (< 2 mois) ou prolongés (> 2 mois).</p>
-----------	--

Grade des recommandations

A	B	C	AE
Preuve scientifique établie	Présomption scientifique	Faible niveau de preuve	Accord d'experts

© Haute Autorité de Santé - 2011

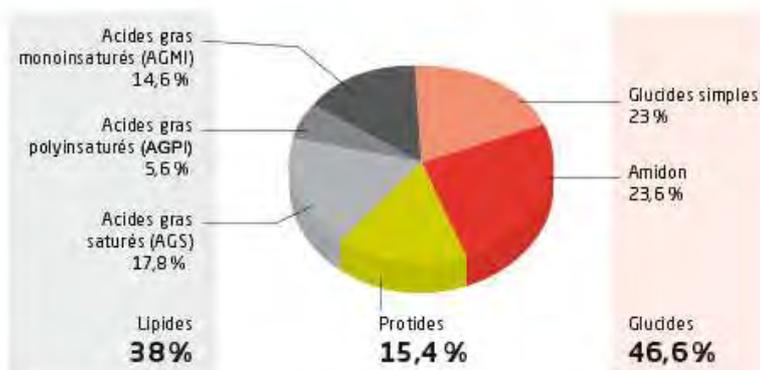


Ce document présente les points essentiels de la recommandation de bonne pratique :
 « Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent » - « Recommandations pour la pratique clinique » -
 Septembre 2011.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité
 sur www.has-sante.fr

Annexe 4 : Répartition des apports énergétiques sans alcool par macronutriments chez les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans, Etude individuelle Nationale sur les Consommations Alimentaires (INCA) 2006-2007 :

Répartition des apports énergétiques sans alcool par macronutriments chez les enfants et adolescents (3-17 ans)



Source : INCA2, 2006-2007

Les déterminants de la prise en charge en soins primaires du surpoids et de l'obésité de l'enfant migrant ou issu de milieux défavorisés : revue de la littérature.

Toulouse, le 21 octobre 2014

Surpoids et obésité infantiles ont des conséquences à court et long terme qui peuvent être dramatiques.

OBJECTIF : Evaluer par une revue de la littérature la prise en charge par le médecin généraliste du surpoids et de l'obésité de l'enfant migrant ou issu de milieux défavorisés.

METHODES : L'équation de recherche a été déterminée en PubMed. Sur les 1953 études, les textes intégraux de 33 d'entre eux ont été récupérés. 5 articles ont été sélectionnés.

RESULTATS: Deux études sont anglo-saxonnes, deux sont australiennes et une est américaine. Si la majorité des médecins croient en leur rôle dans la gestion de l'obésité de l'enfant, beaucoup pensent que leur impact est limité. La plupart n'osent pas aborder le sujet en consultation. Très peu pèsent et mesurent les enfants systématiquement. Moins d'un tiers des praticiens connaissent les recommandations de leur pays sur la surcharge pondérale de l'enfant et moins d'un quart les appliquent. Les médecins manquent de temps et de formation. Les directives peuvent ne pas être comprises ou mal vécues par les familles issues de milieux précaires.

CONCLUSION : Il est nécessaire de développer des programmes de prévention ciblant les enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots clés : surpoids – obésité – enfant – migrant – milieu socio-économique défavorisé – médecine générale

Faculté de Médecine Rangueil–133 route de Narbonne–31062 Toulouse Cedex 04-France

Directeur de thèse: BOYER, Pierre

Determinants of management for overweight and obesity in children in primary care: literature review.

Short and long term consequences of overweight and obesity can be dramatic.

OBJECTIVE: Evaluation based on the literature review, the management of overweight and obesity in children from migrant or disadvantaged backgrounds in primary care.

METHODS: Equation of search was determined in PubMed. Out of a total of 1953 studies, the full texts of 33 were selected. Five articles were then studied.

RESULTS: Two studies are anglo-saxons, two are Australian and one is American. The majority of doctors believe in their role in the management of childhood obesity, many think their impact is limited. Many do not dare broach the subject in consultation. Very few weigh and measure children systematically. Less than a third of the practitioners know their country's recommendations for overweight children and less than a quarter apply them. Practitioners don't have the time or the training. The guidelines are not understood or experienced by families from disadvantaged backgrounds.

CONCLUSION: It is necessary to develop preventive programs targeting children from underprivileged backgrounds.