

Prise en charge de l'obésité pédiatrique

Obstacles et solutions possibles

Gilles Plourde MSc MD PhD

Même si les interventions pour lutter contre l'obésité impliquent souvent à des changements au mode de vie familial, les écoles, l'environnement communautaire et les politiques nationales, les médecins de famille peuvent aussi jouer un rôle central dans la prise en charge et la prévention de l'obésité pédiatrique, parce qu'ils entretiennent des relations de longue date avec les enfants obèses et leurs parents¹⁻³.

Les médecins de famille peuvent aisément identifier les enfants à risque élevé de devenir obèses, intervenir et suivre les progrès¹⁻³. Par ailleurs, la plupart des médecins de famille croient qu'ils sont mal préparés à prendre en charge l'obésité chez l'enfant ou encore, ils ont l'impression que leurs efforts ne donnent pas de résultats. Le **Tableau 1**²⁻⁹ présente les obstacles multiples empêchant les médecins de famille de reconnaître tôt l'obésité infantile et d'offrir des interventions appropriées.

Étant donné la prévalence grandissante de l'obésité chez les enfants et l'engagement des gouvernements et de l'Organisation mondiale de la Santé à régler ce problème, on incitera sans doute encore plus les médecins de famille à intervenir davantage. Ces contraintes et ces pressions créent un besoin urgent dans les milieux de soins primaires d'élaborer et d'évaluer des stratégies cliniques novatrices en vue d'éliminer les barrières. Cet article a pour objectif d'identifier les obstacles à la prise en charge et à la prévention de l'obésité pédiatrique, et de proposer des stratégies simples et pratiques pour les surmonter.

Stratégies

Le **Tableau 2**^{1,2,10-19} présente des stratégies qu'ont proposées des médecins de famille pour surmonter les obstacles à la prévention de l'obésité pédiatrique. Certaines des études examinées ici sont des sondages; elles sont donc influencées par l'échantillonnage, la partialité des réponses des intéressés et les faibles taux de participation. Dans le cas des entrevues, le questionnaire ouvert signifiait que les médecins interviewés pouvaient expliquer leurs opinions en détails et soulever des points qui leur tenaient à cœur et en ignorer d'autres. Les attitudes et le comportement des médecins de famille qui n'ont pas participé au sondage ou aux entrevues pourraient être différents. Par conséquent, les renseignements recueillis à partir des sondages et des entrevues ne peuvent pas être généralisés à tous les médecins de famille. Par contre, l'information fournie

par ces études suffit pour cerner des solutions à la plupart des préoccupations des médecins de famille.

Il est encourageant de constater que les médecins de famille qui ont dit avoir suivi une formation sur la prise en charge de l'obésité s'évaluaient eux-mêmes considérablement plus compétents. Dans le même ordre d'idées, les médecins de famille au courant des recommandations sont plus facilement enclins à être positifs à propos de leurs propres habiletés en counseling et de leur efficacité globale dans la prévention de l'obésité^{5,10}. L'accessibilité à ces outils aidera éventuellement les médecins de famille à suivre les recommandations des guides de pratique clinique concernant la prise en charge et la prévention de l'obésité pédiatrique.

Davis et ses collaborateurs¹⁰ et Koplan et ses collaborateurs¹⁷ ont recommandé que les médecins de famille en milieux de soins primaires: 1) chaque année, calculent les percentiles de l'indice de masse corporelle (IMC) en fonction de l'âge et du sexe chez tous les enfants et adolescents et en fassent le tracé 2) utilisent les changements dans l'IMC pour cerner les gains de poids excessifs en fonction de la croissance; et 3) encouragent les enfants et les parents à avoir une saine alimentation, à être actifs physiquement et à limiter les activités sédentaires.

L'Association médicale canadienne a publié un guide de pratique clinique¹¹ concernant la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants. Pour prévenir l'obésité pédiatrique, les auteurs recommandent de limiter le temps passé devant l'écran à 2 heures ou moins par jour, d'encourager à faire plus d'activité, de moins manger et de réduire l'exposition aux publicités entourant les aliments. En 2006, j'ai présenté des recommandations à l'intention des médecins de famille précisément pour les patients pédiatriques. J'ai expliqué que les médecins de famille devaient identifier les patients à risque, les encourager à consommer moins de boissons gazeuses sucrées et à réduire leur comportement sédentaire, impliquer les parents, et donner des conseils selon l'âge et exercer très tôt une surveillance¹. Néanmoins, la prévalence de l'obésité pédiatrique continue de croître au Canada et dans le monde. Il est évident qu'il est nécessaire de concevoir de meilleures façons de prévenir l'obésité chez les enfants.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the May 2012 issue on page 503.

Tableau 1. Obstacles à la prévention de l'obésité pédiatrique cernés par des médecins de famille

OBSTACLE	EXPLICATION
Croyance que l'obésité pédiatrique est un problème social ou familial	La prévention de l'obésité concerne strictement la personne, ou ses parents ou encore la société dans son ensemble, et le devoir du médecin de famille devrait se limiter à simplement soulever la question.
Parents	Les parents qui ont eux-mêmes des problèmes de poids, une faible scolarisation et de forts niveaux de stress peuvent manquer de motivation et d'implication et nier que leur enfant a un problème de poids.
Pratique des médecins de famille	Pour les médecins de famille, un manque de temps, de ressources, de connaissance des recommandations publiées, de possibilités de demander des consultations, d'incitatifs financiers, de remboursement des services, d'outils pour calculer l'IMC et ses risques associés pour la santé, ainsi que de sensibilisation à propos du problème.
Manque de réceptivité à changer	Des parents et des enfants mal préparés ou peu intéressés à changer leur mode de vie.
Manque de cohérence dans les buts et les perceptions	La réduction du poids est difficile quand chacune des personnes en cause (p. ex. parents, enfants, médecins de famille) a une perception différente de la perte de poids.
Situation socioéconomique	L'obésité chez les enfants est plus fréquente dans les familles ayant une situation socioéconomique moins favorable; ces familles n'ont pas toujours les moyens de se payer des services ou des aliments sains. L'industrie de la malbouffe offre ses produits et exerce aussi une plus grande influence sur les habitudes alimentaires.

IMC—indice de masse corporelle.
Données tirées de Dorsey et coll.,² Baker et coll.,³ Turner et coll.,⁴ Franc et coll.,⁵ Spivack et coll.,⁶ Walker et coll.,⁷ Sesselberg et coll.⁸ et Heintze et coll.⁹

Tableau 2. Stratégies proposées par des médecins de famille pour surmonter les obstacles à la prévention de l'obésité pédiatrique

STRATÉGIE	EXPLICATION
Participer à des séances de formation et recevoir du soutien	La présentation de courtes séances de formation (visites sur place) concernant les nouveaux tableaux de croissance avec l'IMC et les plus récents guides de pratique clinique s'est révélée efficace pour augmenter considérablement les compétences en counseling, aux dires des intéressés.
Fournir une formation adéquate	Les cursus des facultés de médecine devraient inclure une composante exhaustive sur l'évaluation des enfants ayant des problèmes de poids et les conseils à leur donner.
Offrir des ateliers avec des experts	Des ateliers présentés par des spécialistes de l'activité physique et des experts en obésité pédiatrique, en diététique et en psychologie chez l'enfant procurent de précieux renseignements sur les nouvelles options de traitement, l'amélioration des méthodes actuelles dans les soins de santé et la façon d'améliorer la motivation.
Utiliser un logiciel centré sur le patient	Normaliser la collecte des renseignements pertinents sur les patients dès les évaluations médicales initiales et tout au long des visites de suivi épargne du temps et améliore l'efficacité.
Utiliser des modules d'apprentissage	Des modules d'apprentissage offrent des conseils sur la nutrition, l'activité physique et la modification des comportements à l'aide d'un manuel sur des traitements structurés pour le counseling sur le poids.
Utiliser des dossiers médicaux électroniques avec alertes électroniques automatiques	Des dossiers médicaux électroniques comportant des alertes électroniques automatiques facilitent le calcul des valeurs de l'IMC et affichent directement les tendances dans les changements de poids chez le patient. Les dossiers médicaux électroniques aident à documenter et permettent un suivi efficace.
Donner aux parents des renseignements à rapporter chez eux	La plupart des parents deviennent plus réceptifs au counseling sur le poids et moins résistants aux changements de comportements quand ils sont bien renseignés sur la santé de leurs enfants.
Encourager les parents	Les parents peuvent servir de modèles à imiter; les médecins de soins primaires devraient les encourager à faire des ajustements au mode de vie une affaire de famille.
Offrir des ressources aux patients et aux parents	Des recommandations détaillées sur la prise en charge du poids (p. ex. les brochures Guide alimentaire canadien et Guide d'activité physique canadien) et des liens vers des sites web reconnus peuvent faciliter le travail des médecins.
Utiliser le modèle de traitement SOFT (thérapie familiale standardisée pour l'obésité)	Étant axé sur les interactions familiales, ce modèle peut aider à réduire l'obésité, et à améliorer la condition physique, l'estime de soi et la dynamique familiale.

IMC—indice de masse corporelle.
Données tirées de Plourde,¹ Dorsey et coll.,² Davis et coll.,¹⁰ Lau et coll.,¹¹ Nowicka et Flodmark,¹² Perrin et coll.,¹³ Young et coll.,¹⁴ Polacek et coll.,¹⁵ Etz et coll.,¹⁶ Koplan et coll.,¹⁷ Whitlock et coll.¹⁸ et Rodin et coll.¹⁸

Rôles plus prépondérants

Il est difficile de confirmer l'efficacité des interventions par les médecins de famille dans la prise en charge de l'obésité pédiatrique. Cependant, avec les outils proposés ici, les médecins de famille devraient être en mesure de jouer un plus grand rôle dans la prise en charge de l'obésité chez les enfants. Pour aider davantage les médecins de famille, les décideurs devraient appuyer l'éducation et la formation, et faciliter la collaboration entre les médecins de famille et les organisations communautaires, afin d'assurer qu'on utilise au maximum les infrastructures et les ressources locales existantes. Ils devraient promouvoir de saines habitudes de vie, comme l'adhésion au slogan quotidien «5, 3, 2, 1, 0»: 5 portions ou plus de fruits et de légumes, 3 repas structurés (y compris le petit-déjeuner), 2 heures ou moins de télévision ou de jeux vidéo, 1 heure ou plus d'activité physique de modérée à vigoureuse et 0 boisson sucrée. Enfin, les médecins de famille devraient s'impliquer activement dans la prise en charge et la prévention de l'obésité, et se prévaloir des ressources telles que la formation médicale continue pour se renseigner sur les mesures de l'IMC et les nouvelles techniques efficaces de counseling.

Dr Plourde est évaluateur clinique principal au Centre d'évaluation des produits radiopharmaceutiques et biothérapeutiques à Ottawa, en Ontario.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r Gilles Plourde, Unité de l'innocuité des médicaments, Bureau du directeur, Centre d'évaluation des produits radiopharmaceutiques et biothérapeutiques, Santé Canada, Édifice 7, A/L 0700C, 200, promenade du pré Tunney, Ottawa, ON K1A 0K9; téléphone 613 954-7072; télécopieur 613 946-0639; courriel gilles.plourde@hc-sc.gc.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Plourde G. Preventing and managing pediatric obesity. Recommendations for family physicians. *Can Fam Physician* 2006;52:322-8.
2. Dorsey KB, Mauldon M, Magraw R, Valka J, Yu S, Krumholz HM. Applying practice recommendations for the prevention and treatment of obesity in children and adolescents. *Clin Pediatr (Phila)* 2010;49(2):137-45.
3. Baker JL, Farpour-Lambert NJ, Nowicka P, Pietrobelli A, Weiss R. Evaluation of the overweight/obese child—practical tips for the primary health care provider: recommendations from the Childhood Obesity Task Force of the European Association for the Study of Obesity. *Obes Facts* 2010;3(2):131-7. Cyberpub. du 6 avril 2010.
4. Turner KM, Shield JP, Salisbury C. Practitioners' views on managing childhood obesity in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2009;59(568):856-62. Cyberpub. du 26 août 2009.
5. Franc C, Van Gerwen M, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. French pediatricians' knowledge, attitudes, beliefs towards and practices in the management of weight problems in children. *Health Policy* 2009;91(2):195-203. Cyberpub. du 21 janvier 2009.
6. Spivack JG, Swietlik M, Alessandrini E, Faith MS. Primary care providers' knowledge, practices, and perceived barriers to the treatment and prevention of childhood obesity. *Obesity (Silver Spring)* 2010;18(7):1341-7. Cyberpub. du 10 novembre 2009.
7. Walker O, Strong M, Atchinson R, Saunders J, Abbott J. A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. *BMC Family Pract* 2007;8:50.
8. Sesselberg TS, Klein JD, O'Connor KG, Johnson MS. Screening and counseling for childhood obesity: results from a national survey. *J Am Board Fam Med* 2010;23(3):334-42.
9. Heintze C, Metz U, Hahn D, Niewöhner J, Schwantes U, Wiesner J et collab. Counseling overweight in primary care: an analysis of patient-physician encounters. *Patient Educ Couns* 2010;80(1):71-5. Cyberpub. du 4 décembre 2009.
10. Davis MM, Gance-Cleveland B, Hassink S, Johnson R, Paradis G, Resnicow K. Recommendations for prevention of childhood obesity. *Pediatrics* 2007;120(Suppl 4):S229-53.
11. Lau DC, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [résumé]. *CMAJ* 2007;176(8):1-117.
12. Nowicka P, Flodmark CE. Family therapy as a model for treating childhood obesity: useful tools for clinicians. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2011;16(1):129-45. Cyberpub. du 22 juillet 2010.
13. Perrin EM, Jacobson Vann JC, Lazorick S, Ammerman A, Teplin S, Flower K et collab. Bolstering confidence in obesity prevention and treatment counseling for resident and community pediatricians. *Patient Educ Couns* 2008;73(2):179-85.
14. Young PC, DeBry S, Jackson WD, Metos J, Joy E, Templeman M et collab. Improving the prevention, early recognition, and treatment of pediatric obesity by primary care physicians. *Clin Pediatr (Phila)* 2010;49(10):964-9.
15. Polacek M, Orr J, Letourneau L, Rogers V, Holmberg R, O'Rourke K et collab. Impact of a primary care intervention on physician practice and patient and family behavior: Keep ME Healthy—the Maine Youth Overweight Collaborative. *Pediatrics* 2009;123(Suppl 5):S258-66.
16. Etz RS, Cohen DJ, Woolf SH, Holtrop JS, Donahue KE, Isaacson NF et collab. Bridging primary care practices and communities to promote healthy behaviors. *Am J Prev Med* 2008;35(5 Suppl):S390-7.
17. Koplan JP, Liverman CT, Kraak VA, rédacteurs. *Preventing childhood obesity. Health in the balance*. Washington, DC: The National Academies Press; 2004. p. 1-20.
18. Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith PR, Shipman SA. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventative Service Task Force. *Pediatrics* 2005;116(1):e125-44.
19. Rodin RL, Alexander MH, Guillory VJ, Rogers J. Physician counseling to prevent overweight in children and adolescents: American College of Preventative Medicine position statement. *J Public Health Manag Pract* 2007;13(6):655-61.

— * * * —