

- change in family-based behavioral obesity treatment. Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158(4): 342-347.
- 22) Wiegand S, Dannemann A, Vahabzadeh Z, Ernst M, Krude H, Gruters A. [Who needs what? New approaches to multidisciplinary diagnostics and therapy for adipose children and youths in a multiethnic city]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2005; 48(3): 307-314.
- 23) Ferguson MA, Gutin B, Le NA, Karp W, Litaker M, Humphries M et al. Effects of exercise training and its cessation on components of the insulin resistance syndrome in obese children. Int J Obes Relat Metab Disord 1999; 23(8): 889-895.
- 24) Gutin B, Barbeau P, Owens S, Lemmon CR, Bauman M, Allison J et al. Effects of exercise intensity on cardiovascular fitness, total body composition, and visceral adiposity of obese adolescents. Am J Clin Nutr 2002; 75(5): 818-826.
- 25) Epstein LH, McKenzie SJ, Valoski A, Klein KR, Wing RR. Effects of mastery criteria and contingent reinforcement for family-based child weight control. Addict Behav 1994; 19(2): 135-145.
- 26) Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith PR, Shipman SA. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. Pediatrics 2005; 116(1): e125-e144.
- 27) Reinehr T, de SG, Toschke AM, Andler W. Long-term follow-up of cardiovascular disease risk factors in children after an obesity intervention. Am J Clin Nutr 2006; 84(3): 490-496.

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Robert Sempach
Ernährungspsychologe
Präsident Schweizer Fachverein Adipositas
im Kindes- und Jugendalter (akj)
MGB Direktion Kultur und Soziales
Josefstrasse 214
8005 Zürich
Tel. 044 277 25 23
robert.sempach@swissonline.ch

Thérapie de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent: propositions de programmes interdisciplinaires

Nathalie J. Farpour-Lambert¹, Robert Sempach², Dagmar L'Allemand^{3,4}, Josef Laimbacher⁴

- 1 Programme de soins Contrepoids et Unité de Cardiologie Pédiatrique, Département de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Universitaires de Genève;
2 MGB Direktion Kultur und Soziales und Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj), Zürich
3 Kinderspital – Kantonsspital Luzern und Institut Wachstum Pubertät Adoleszenz, Zürich
4 Ostschweizer Kinderspital St. Gallen

1. Introduction

L'obésité de l'enfant et de l'adolescent représente un véritable challenge de santé publique, puisque sa prévalence augmente de manière constante depuis environ trente ans en Suisse et dans la majorité des pays¹. Jusqu'à présent, l'obésité de l'enfant n'a pas été reconnue comme une maladie par le Conseil Fédéral et aucune thérapie n'est financée par les caisses maladies, ce qui va à l'encontre des prises de positions internationales. Pourtant, de récentes études suisses²⁻⁴ et européennes^{5, 6} démontrent que la majorité des enfants obèses développent les premières bases des maladies cardiovasculaires et du diabète de type 2, ceci déjà avant la puberté. Comme ces facteurs de risques peuvent apparaître avant que la limite d'obésité soit atteinte⁶, il est important de traiter ces enfants déjà dans la phase de surpoids. Cette mesure ne doit donc pas être considérée comme une de la prévention primaire, mais comme une intervention thérapeutique.

2. Programmes de thérapie interdisciplinaire

2.1. Revue des évidences

L'objectif du traitement de l'obésité est de réguler le poids et de diminuer la masse grasse corporelle, tout en assurant une croissance et un développement normal. Il nécessite des changements du style de vie de toute la famille, ce qui est un véritable challenge. Pendant de nombreuses années, le traitement consistait essentiellement à réduire l'apport calorique et à rétablir l'équilibre alimentaire, cependant celui-ci tendait à réduire la masse grasse mais aussi la masse musculaire et le métabolisme de base. Les restrictions alimentaires induisent souvent beaucoup de frustra-

tions et de conflits au sein de la famille, et peuvent contribuer au développement de troubles du comportement alimentaire. Dans l'ensemble, il existe peu d'études de qualité comprenant une intervention nutritionnelle seule⁷. Elles montrent en général une efficacité limitée, en particulier à moyen ou à long-terme. Cependant, l'éducation nutritionnelle visant à améliorer les choix vers des aliments pauvres en énergie et riches en nutriments (fruits, légumes), à limiter les boissons sucrées, et à réduire la taille des portions est importante, en particulier dans le contexte d'une pléthore alimentaire et d'un marketing agressif. Mais, il faut être conscient que les modifications des comportements individuels sont très difficiles s'ils ne sont pas accompagnés de changements de législation visant l'industrie agro-alimentaire.

L'activité physique seule ou combinée avec une intervention nutritionnelle est un facteur déterminant de l'efficacité et de l'évolution à long terme de la thérapie⁸. La dépense d'énergie induite par l'activité physique joue un rôle important dans le bilan énergétique qui détermine le poids et la composition du corps⁹. De plus, un style de vie physiquement actif pendant l'enfance a des effets bénéfiques sur la tension artérielle, le bien-être psychique et l'estime de soi, la densité minérale osseuse, la force musculaire, la vitesse et la coordination, aussi bien qu'une prédisposition à l'activité physique accrue pendant la vie adulte¹⁰. Les directives nationales indiquent que les enfants devraient faire au moins 60 minutes d'activité physique par jour, et les adultes au moins 30 minutes par jour (www.hepa.ch)¹¹. Cependant, les enfants obèses sont en général peu actifs¹², en raison de la fatigue à l'effort, de la baisse de l'estime de soi et des affections orthopédiques. L'activité physique devrait donc être adaptée à la

capacité de l'enfant ou de l'adolescent, afin d'éviter le découragement et l'abandon, ce qui n'est souvent pas possible dans les associations sportives qui poursuivent un but de compétition. Les programmes d'activité physique adaptés aux enfants ou adolescents obèses peuvent améliorer leurs capacités physiques et leur permettre de s'intégrer dans un groupe d'individus similaires, où ils n'ont pas besoin de se cacher du regard de l'autre.

La famille est considérée comme la base du développement psychique de l'enfant et de l'adolescent, influençant son comportement, sa santé et sa qualité de vie. Le surpoids et l'obésité chez les parents est un facteur important contribuant au surpoids chez l'enfant¹³. Ces dernières décades ont été marquées par des changements radicaux de notre société (industrialisation, urbanisation, travail des femmes, migrations, stress psychosocial, technologies multimédia, pléthore alimentaire et marketing), qui ont influencé le mode de vie des familles en Suisse comme dans le monde. Dans ce contexte, le traitement comportemental familial peut être une approche prometteuse, mais seulement à condition que des modifications de l'environnement global (urbanisme, écoles, intégration sociale, industrie agro-alimentaire) soient effectués, selon

la Charte européenne signée par la Suisse en novembre 2006. Ces mesures devraient améliorer l'efficacité et la durabilité de la thérapie familiale.

La thérapie comportementale familiale a pour objectif de modifier le style de vie et le microenvironnement à la maison; ainsi qu'à renforcer le rôle éducatif parental. La thérapie vise en particulier à modifier la qualité de l'alimentation et la taille des portions, les modes de déplacement, et les activités de loisirs et sportives de la famille. Ce type de thérapie a été étudié de manière extensive et a montré son efficacité sur l'indice de masse corporelle¹⁴. Des programmes interdisciplinaires de groupe^{15; 16}, individuels^{4; 17} ou combinés ont été aussi développés en Suisse. Cependant, les preuves scientifiques sont encore insuffisantes concernant l'efficacité de ces programmes à long-terme. Il est donc essentiel que les futures interventions qui seront développées en Suisse suivent un protocole précis et soient évaluées de manière rigoureuse.

La mise en application de la thérapie comportementale familiale exige des responsables de groupes, des thérapeutes multiples pour rencontrer les familles, évaluer l'évolution des enfants, animer les séances et développer des outils éducatifs. Cette quantité de travail à fournir est au souvent

delà de la capacité des pédiatres installés ou de petits centres cliniques, et des recherches sont nécessaires pour évaluer des méthodes plus rentables et applicables dans le contexte d'une épidémie de santé publique. Jusqu'à présent, le rapport coût efficacité du traitement de l'obésité de l'enfant a suscité peu d'attention scientifique, la plupart des études se concentrant sur l'efficacité du traitement¹⁸. Une nouvelle approche consiste à mettre en place une thérapie modulaire adaptée à chaque famille, sous la supervision du médecin traitant, qui comprend les différentes composantes du traitement (activité physique, thérapie comportementale et éducation nutritionnelle) en groupe ou en individuel, selon une planification définie. Dans ce cas, toutes les composantes du traitement ne sont pas être effectuées en même temps, ce qui est plus facile pour les parents. Il faut particulièrement encourager les thérapies en groupe qui sont connues pour motiver aussi bien les enfants que les parents.

2.2. Propositions de programmes de thérapie en Suisse

Trois formes principales de thérapie ambulatoire seront développées:

- Programmes de thérapie interdisciplinaire de groupe (PTI-G, chap. 3.1.)
- Programmes de thérapie interdisciplinaire modulaire, en groupe et/ou en individuel - PTI-M, chap. 3.2.)
- Programmes de thérapie interdisciplinaire dans la pratique médicale: en groupe et/ou en individuel, supervisée par le médecin praticien (PTI-MP, chap. 3.3.)

2.3. Objectifs et conditions des programmes

Les programmes de thérapie interdisciplinaire seront supervisés par des spécialistes dans les domaines de: 1) la pédiatrie ou la médecine générale, 2) l'alimentation, 3) l'activité physique et 4) la psychologie ou le comportement. Ceux-ci auront une expérience dans la prise en charge des enfants et adolescents atteints de maladies chroniques.

L'objectif des programmes interdisciplinaires est de motiver et d'éduquer les enfants ou adolescents et leur famille afin de modifier leur mode de vie à long terme, en particulier leur activité physique, leur alimentation ainsi que leur qualité de vie (tableau 1).

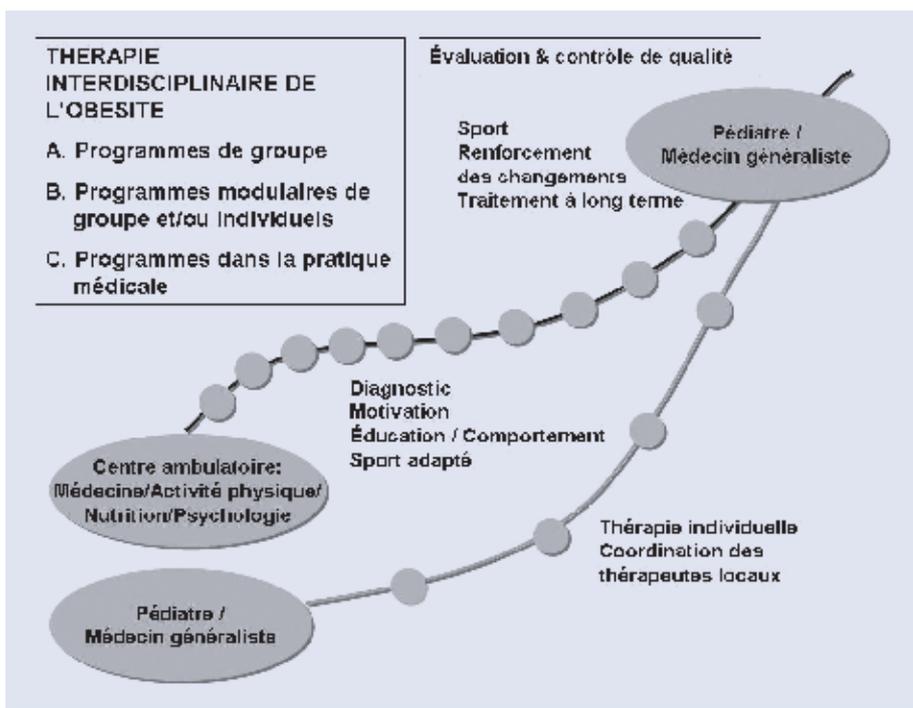


Figure 1: Programmes de thérapie interdisciplinaire dans les centres spécialisés et chez le médecin praticien.

(adapté de: KGAS-Trainermanual, Eds.: Stachow R et al., aid-Verlag, Bonn, 2004)

1. Prévenir ou ralentir le développement des co-morbidités
2. Comprendre les causes du surpoids (mode de vie, anamnèse personnelle et familiale).
3. Augmenter l'activité physique de la famille, améliorer la perception du corps, et diminuer les activités sédentaires (télévision, jeux électroniques, ordinateurs).
4. Améliorer les habitudes alimentaires de la famille (connaissances et choix des aliments, rythme des repas, quantités, talents culinaires)
5. Promouvoir l'estime de soi et l'aptitude à faire face au conflit.
6. Renforcer le rôle parental.
7. Diminuer l'indice de masse corporelle, le pourcentage de graisse et le tour de taille, et stabiliser ces changements à long-terme.

Tableau 1: Objectifs de la thérapie interdisciplinaire

Avant d'inclure un patient dans un programme interdisciplinaire, le médecin traitant effectue une anamnèse personnelle et familiale détaillée, un examen clinique, les investigations spécifiques et s'assure que celui-ci répond aux critères d'inclusions¹⁹⁾.

2.4. Contrôle de qualité et évaluation des programmes

L'efficacité des programmes thérapeutiques interdisciplinaires dépend des facteurs suivants⁴⁾:

- 1) La capacité et la motivation du patient et de sa famille à modifier le mode de vie et le microenvironnement. L'intervention doit être adaptée à leurs besoins et leurs capacités²⁰⁾⁻²²⁾.
- 2) La disposition à participer à des programmes d'activité physique^{16), 20), 23), 24)}.
- 3) L'intégration de la phase de prise en charge intensive (généralement 6 à 12 mois) dans une thérapie à long terme mise en place par le pédiatre ou le médecin généraliste (Figure 1)²⁵⁾.
- 4) L'évaluation de l'efficacité de la thérapie au minimum par des mesures de l'indice de masse corporelle pendant 2 à 5 ans (chap. 4.)²⁶⁾.

3. Description des programmes de thérapie interdisciplinaire

3.1. Programmes de thérapie interdisciplinaire de groupe (PTI-G)

Dans les trois types de programmes, les patients sont initialement évalués selon les nouvelles recommandations suisses¹⁹⁾. Le responsable de programme débute une procédure d'admission qui garantit que seulement les familles avec enfants ou adolescents obèses ou en surpoids remplissant les conditions puissent bénéficier de la thérapie (chap. 2.1.).

Le programme de thérapie interdisciplinaire de groupe est mis en place au sein d'une équipe interdisciplinaire spécialisée, qui vise à modifier durablement le mode de vie et les comportements du patient et de sa famille (activité physique, alimentation, estime de soi, gestion des conflits, etc.). Ces modifications sont très importantes pour la réduction des co-morbidités, même en l'absence de perte pondérale ou de diminution de l'indice de masse corporelle. La famille et/ou le responsable légal du patient est intégrée activement dans le processus de modification des comportements et apprend à soutenir efficacement l'enfant dans la vie quotidienne. Cette thérapie comprend une phase intensive de quelques mois pendant laquelle les enfants/adolescents et/ou leurs parents participent à des séances de groupe (activité physique, psychologie/comportement, alimentation) une à plusieurs fois par semaine. La phase intensive est suivie d'une phase de consolidation de six à douze mois qui a pour but de suivre l'évolution du patient, de renforcer les changements de comportement et d'éviter les rechutes.

3.2. Programmes de thérapie interdisciplinaire modulaire (PTI-M)

Dans le cadre d'un plan thérapeutique de longue durée, l'enfant/l'adolescent et sa famille bénéficient d'un programme modulaire, adapté selon leurs besoins et capacités. L'enfant/l'adolescent est initialement évalué comme dans le programme de thérapie interdisciplinaire de groupe. Le programme peut comprendre des séances d'activité physique adaptée, de thérapie psychologique/comportementale ou d'éducation nutritionnelle en groupe, combinées à des séances individuelles. Le traitement est échelonné dans le temps et adapté selon l'évolution du patient. L'enfant/l'adolescent et sa famille

ne bénéficient donc pas de toutes les composantes du traitement en même temps. Plusieurs programmes modulaires ont déjà été développés en Suisse Romande.

3.3. Programmes de thérapie interdisciplinaire dans la pratique médicale (PTI-PM)

Les enfants obèses sont fréquemment traités dans des programmes interdisciplinaires mis en place par des médecins spécialistes dans les cliniques ambulatoires (endocrinologie, psychiatrie, médecine du sport ou de l'adolescence), mais peuvent bien-sûr être développés par des médecins praticiens (pédiatrie, médecine générale ou médecine interne). Cette thérapie a un concept semblable aux programmes de thérapie interdisciplinaire de groupe ou modulaire, à la différence qu'elle est sous la responsabilité du médecin praticien et qu'elle comprend principalement une prise en charge individuelle. Dans l'idéal, elle doit être combinée à des séances de groupe, le médecin praticien déléguant alors certaines activités à des professionnels de la santé ou du sport (psychologue, maître d'éducation physique, physiothérapeute, diététicien, etc.), suivant les méthodes des programmes de thérapie interdisciplinaire de groupe ou modulaire.

3.4. Echecs de la thérapie traditionnelle

Malheureusement, les patients qui présentent une obésité sévère et une multitude de facteurs de risque ne sont souvent pas en mesure de modifier leur style de vie en raison du contexte psychosocial²²⁾. La thérapie interdisciplinaire de groupe est souvent inefficace ou même contreproductive, puisque les fluctuations de poids sont en général liées à l'anxiété, à la dépression ou à des troubles du comportement alimentaire²⁶⁾. Bien que la thérapie puisse être complexe et coûteuse, nous devons alors pouvoir garantir une prise en charge adéquate en fonction des besoins, par exemple psychothérapie, traitements médicamenteux, hospitalisation. Un programme de thérapie interdisciplinaire modulaire est possible selon les cas. Ces familles ont souvent besoin de beaucoup de soutien et de motivation.

4. Qualité et évaluation des programmes de thérapie

Tous les programmes de thérapie devront être soumis à une commission de certifica-

tion SSP qui définira les normes de qualité. Afin de d'assurer un contrôle de qualité et de mesurer l'efficacité des programmes, un protocole d'évaluation électronique sera développé, sur la base du logiciel créé en Allemagne²⁷⁾ (www.a-p-v.de) et déjà utilisé dans quelques centres en Suisse⁴⁾ et en Autriche.

4.1. Normes de qualité et certification

En 2003, l'Association suisse de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent (AKJ) avait adopté un nouveau contrôle de qualité des programmes interdisciplinaires de groupe. Ces critères de qualité fixent les exigences minimales à remplir mais laissent au responsable de programme la liberté d'adapter celui-ci en fonction des particularités régionales, institutionnelles et organisationnelles. En Suisse, environ 20 programmes remplissent les critères de qualité développés par l'AKJ. Sur la base de ce qui a déjà été développé, la future commission de certification SSP devra établir des normes de qualité nationales afin de définir quels programmes pourront être financés par les caisses maladies. Un concept est actuellement en préparation. Il prévoit que la future commission de certification SSP comprenne 7 membres, des médecins et des professionnels dans le domaine de l'activité physique, de la nutrition, de la psychiatrie/psychologie et de la santé publique, sous la direction de la SSP.

4.2. Contrôle de qualité et évaluation

Un système d'évaluation uniforme pour tous les programmes de thérapie interdisciplinaire sera élaboré par la Commission de certification SSP. Il comprendra une évaluation globale de la qualité du programme (Analyse «Intention-to-treat»), ainsi que le suivi individuel de chaque participant au début, pendant et jusqu'à 2 ans après la thérapie. Afin de garantir un suivi à long terme, les participants seront informés dès l'admission des buts et du déroulement du protocole d'évaluation après l'intervention.

5. Financement des programmes de thérapie interdisciplinaire

En Suisse, le manque de financement des programmes de thérapie de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent est actuellement inacceptable. Les programmes existants sont en général financés par des sponsors, quelques subventions ou fondations. Dans certains cas, ils utilisent les ressources hu-

maines et/ou l'infrastructure d'une organisation, ce qui permet d'alléger les coûts.

Les frais effectifs d'un programme de thérapie interdisciplinaire pendant un an ont été estimés entre 4000 et 5000 francs par an. L'évaluation initiale (anamnèse, examen médical, investigations, situation psychosociale, critères d'inclusion), les consultations ou séances individuelles, les traitements médicamenteux, ou les camps thérapeutiques ne sont pas compris dans cette estimation. Dans les 12 mois qui suivent le programme de thérapie interdisciplinaire, un suivi médical rapproché est recommandé (environ 12 consultations médicales). Si les familles devaient payer les frais réels de la thérapie, seules celles qui ont des revenus suffisants pourraient en bénéficier, alors que la prévalence de l'obésité tend à être plus importante dans les familles avec un niveau socio-économique faible. Le mode de financement doit donc garantir que les programmes de thérapie soient accessibles à tous les patients qui remplissent les critères d'inclusion, quel que soit leur revenu. Il faut donc que l'assurance de base des caisses maladies couvre la majorité des coûts de la thérapie, les parents contribuant à une petite partie des frais. Les responsables de programmes doivent pouvoir garantir une aide financière aux familles en difficulté, ou garantir que d'autres institutions sociales couvrent les frais restants. Cela signifie que ceux-ci doivent travailler en réseau avec les institutions d'aide sociale. Ces mesures visent à éviter une médecine à deux vitesses.

Références

Voir le texte allemand

Correspondance:

Dr Nathalie Farpour-Lambert
Médecin adjointe
Responsable du programme
de soins Contrepoids
Unité de cardiologie Pédiatrique
Département de l'Enfant et de l'Adolescent
Hôpitaux Universitaires de Genève
6, Willy rue Donzé
1211 Genève 14
Tél. 022 382 45 93
nathalie.farpourlambert@hcuge.ch