



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

Rapport de stage  
Immersion en communauté

# L'OBESITE CHEZ LES JEUNES

DOMENJOZ Iris  
domenjo0@etu.unige.ch

MEULI Vania  
meuli3@etu.unige.ch

VAZQUEZ Oscar  
vazqueo0@etu.unige.ch

WALKER Marion  
walkerm0@etu.unige.ch

*En collaboration avec les tuteurs*  
Dresse BOBBIONI-HARSH  
Dr PATAKI

## Sommaire

<b>I. Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>II. La prise en charge de l'obésité chez les jeunes.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Physiopathologie de l'obésité .....</b>	<b>4</b>
a. Quelle est la définition de l'obésité de l'enfant? .....	4
b. Etiologie de l'obésité .....	4
c. Complications de l'obésité .....	4
<b>2. Les acteurs et leurs actions .....</b>	<b>5</b>
a. Le médecin de famille .....	5
b. Le programme contrepoids.....	6
<b>3. La prise en charge de l'adultes obèse .....</b>	<b>10</b>
a. Qu'est- ce que le service d'éducation thérapeutique?.....	10
b. Comment les patients obèses adultes sont-ils pris en charge?.....	11
c. Remboursement et efficacité des programmes d'éducation thérapeutique.....	14
d. Qu'est-ce que l'art-thérapie .....	14
e. Danse thérapie .....	15
f. Thérapie par internet .....	16
<b>III. La prévention.....</b>	<b>17</b>
<b>1. Etiologie de l'épidémie d'obésité ou comment en sommes-nous arrivés là ?.....</b>	<b>17</b>
<b>2. Le rôle de l'état.....</b>	<b>19</b>
a. Rôle des écoles.....	19
b. Rôle du canton .....	22
c. Service de Santé de la Jeunesse .....	24
<b>3. Lorsque la publicité contribue à l'obésité .....</b>	<b>26</b>
<b>4. Une prévention mal adaptée .....</b>	<b>27</b>
<b>5. Le rôle du médecin de famille .....</b>	<b>28</b>
a. Dépister le risque d'obésité chez l'enfant .....	28
b. Modifier l'environnement familial .....	30
<b>IV. Conclusion .....</b>	<b>32</b>
<b>V. Remerciements .....</b>	<b>33</b>
<b>VI. Bibliographie .....</b>	<b>34</b>

## I. Introduction

L'obésité est un problème de santé publique qui s'est aggravé depuis ces vingt dernières années. Aux Etats-Unis, 25 % des enfants et adolescents ont un BMI<sup>1</sup> qui se situe entre le 90<sup>e</sup> et 97<sup>e</sup> percentile, et 11 % sont considérés comme obèses, ce qui est associé à un BMI au delà du 97<sup>e</sup> percentile.

Cette tendance observée aux USA s'installe progressivement en Europe.

En Suisse, en 2004, 16,4 % des garçons de 6 à 8 ans et 10,7 % des filles du même âge présentaient une surcharge pondérale. 4% des garçons et 4,3% des filles, du même âge, étaient obèses. Aujourd'hui, en Suisse, plus de 20% des enfants sont en surcharge pondérale et 5 à 8 % souffrent d'obésité.

Nous avons choisi de traiter le thème du surpoids et de l'obésité chez les jeunes car l'obésité est devenue un problème de Santé Publique parmi les plus importants à l'heure actuelle. Considérée auparavant comme un problème de l'adulte, l'obésité touche dorénavant massivement les enfants.

Nous avons choisi de traiter ce sujet selon deux axes de recherche. Premièrement, l'aspect médical: existe-t-il à Genève une prise en charge de ces enfants et si oui, laquelle? Deuxièmement, l'aspect prévention: est-ce que le canton de Genève met en place des mesures afin d'informer la population et de lui permettre de lutter contre cette nouvelle épidémie?

Nos recherches nous ont amené à rencontrer divers intervenants d'horizons professionnels variés : nous nous sommes rendus au service de pédiatrie ainsi qu'au service d'enseignement thérapeutique des HUG, nous sommes allés au siège de la "Fourchette verte", nous avons visité le Service de Santé de la Jeunesse, nous avons rencontré un médecin interniste spécialisé en consultation de l'obésité, nous avons discuté avec le Directeur de l'aménagement en Ville de Genève et nous avons, enfin, participé à une animation sportive réalisée par la Fondation Sportsmile. Toutes ces personnes s'investissent massivement pour la problématique de l'obésité : elles essaient de trouver quelle serait la meilleure prise en charge et comment éveiller une conscience collective afin de venir à bout de ce problème.

Si pour l'instant aucune solution de traitement et de prévention parfaitement efficace n'a été trouvée, il est tout de même encourageant de constater les entreprises effectuées et les débuts de résultats qu'elles fournissent.

---

<sup>1</sup> Body Mass Index, *Indice de Masse Corporelle*

## II. La prise en charge de l'obésité chez les jeunes

### 1. Physiopathologie de l'obésité

#### a. Quelle est la définition de l'obésité de l'enfant?

La définition de l'obésité chez l'adulte se fait sur la base de l'indice de masse corporelle (IMC). On considère qu'une personne est obèse lorsque son IMC (poids en kg divisé par la taille au carré) est supérieur à 30. Pour les enfants, on ne peut pas utiliser cette définition, car le rapport taille-poids n'est pas le même. Ainsi, un garçon de 6 ans est considéré comme obèse à partir d'un IMC de 20. Le plus souvent on utilise des courbes de poids en fonction de l'âge, qui ont été établies avant 1980, c'est à dire avant que l'obésité ne commence à devenir une épidémie. On considère ainsi qu'un enfant est obèse lorsque son IMC est supérieur au 97e percentile.

#### b. Etiologie de l'obésité

L'obésité est une maladie multifactorielle et extrêmement complexe. Elle peut être due à des causes tant environnementales que biologiques et génétiques.

Il faut retenir que, quelles qu'en soient les causes sous-jacentes, elle résulte toujours d'une balance énergétique positive prolongée. Elle est toujours due, *in fine*, à une augmentation des apports caloriques et à une diminution des dépenses énergétiques. La rupture de l'équilibre entre apports et dépenses mène à une augmentation excessive de la masse adipeuse dans l'organisme.

Les déterminants de l'obésité sont multiples:

- Métaboliques : réduction de l'activité oxydative mitochondriale.
- Neuroendocriniens : Trouble du contrôle nerveux de la prise alimentaire, baisse de l'activité du système nerveux sympathique.
- Sociétares : fast-food, surconsommation, sédentarité, publicités.
- Culturels : repas riches, "bien en chaire = en bonne santé".
- Psychologiques : troubles du comportement alimentaire (hyperphagie).
- Génétiques : épargne énergétique.

Cette liste n'est évidemment pas exhaustive. Dans la majorité des cas, l'obésité résulte d'interactions entre les différents facteurs environnementaux, comportementaux, biologiques et génétiques. Le plus souvent la sédentarité et le désordre alimentaire en sont les causes. Les situations cliniques doivent être gérées individuellement et prendre en compte toutes les causes et variations possibles.

#### c. Complications de l'obésité

L'obésité peut mener à de sévères complications, il faut donc les dépister le plus rapidement possible. Il est important de souligner que ces complications concernent également les enfants.

Parmi ces complications nous trouvons:

- Le *genu valgum*, lui-même pouvant conduire à de l'arthrose

- Les cardiomyopathies et l'hypertension artérielle
- Les complications digestives (lithiases biliaires)
- Les complications respiratoires (asthme, apnée du sommeil)
- L'insulinorésistance pouvant mener au diabète de type II
- Les dyslipidémies (hyper- LDL et baisse du HDL)
- Les conséquences endocriniennes pouvant perturber le déroulement normal de la puberté.
- La stéatose hépatique (accumulation anormale de graisse dans le foie)
- Les complications psychologiques (dépression, déni des émotions)

La plupart de ces complications sont le fait d'une action combinée de la déposition ectopique de graisse, de l'inflammation et de la résistance à l'insuline.

## **2. Les acteurs et leurs actions**

### **a. Le médecin de famille**

Afin de traiter ce sujet, nous avons rencontré la Doctoresse Guillermain Spahr, médecin interniste et spécialiste en consultation surpoids et obésité au centre Cressy Santé. Le médecin de famille sera, dans la plupart des cas, le premier acteur dans la prise en charge. Quand le médecin va recevoir le jeune dans son cabinet, une question va se poser à lui : Dois-je prendre en charge le patient ou dois-je le confier à un spécialiste de l'obésité ? Afin de prendre sa décision le médecin peut s'appuyer, selon la Dresse Guillermain, « sur plusieurs critères ». D'abord, le médecin doit estimer la gravité de l'obésité de son patient. En effet, si celle-ci est trop importante, l'hospitalisation s'avérera inévitable. Ensuite, le médecin doit prendre en compte son expérience personnelle : pense-t-il qu'il détient les outils pour faire face ? (connaissances diététiques, connaissances sur le métabolisme,...). Après, il s'agira pour le médecin d'évaluer si le réseau qui l'entoure va lui permettre d'offrir un soin adéquat : peut-il contacter une diététicienne ou un psychologue par exemple. Enfin, le médecin prendra sa décision par rapport à ce que veut, sait et peut la famille.

Il nous a semblé par ailleurs important, de mettre en évidence quels étaient les bénéfices de la prise en charge par le médecin généraliste par rapport à une prise en charge hospitalière. Déjà, premier point important, le médecin connaît toute la famille : il peut donc agir sur l'ensemble des comportements familiaux : c'est en changeant l'environnement familial entier qu'on améliore au mieux la situation de l'enfant. Un deuxième point important est le lien de confiance qui lie le jeune patient à son docteur. L'enfant obèse se sent la plupart du temps jugé dans la vie quotidienne et se renferme peu à peu dans une carapace. Avec le médecin de famille, les réticences de l'enfant seront moins grandes qu'avec un parfait inconnu. Le lien de confiance peut, aussi, amener à une meilleure compliance thérapeutique : l'enfant pourrait se dire par exemple : « *Je ne veux pas décevoir mon médecin* ». Par ailleurs, le traitement par le pédiatre montre une défaillance de taille : la prise en charge multidisciplinaire est nettement moins évidente à mettre en œuvre qu'à l'hôpital.

Pour conclure ce chapitre nous avons interrogé la Dresse Guillermain Spahr au sujet de la formation des médecins généralistes et pédiatres par rapport à l'obésité. Elle nous a expliqué que les médecins généralistes étaient malheureusement trop peu formés au sujet du surpoids. La

formation continue existe, mais, « *encore faut il que les médecins généralistes puissent et veulent y accorder du temps* » nous dit-elle. Résultat, les médecins généralistes sont souvent désarmés devant les problèmes de poids et ne savent donc pas orienter leur patient de manière adéquate. Selon elle, la prévention de l'obésité doit passer par une bonne formation des médecins généralistes : ils représentent les premiers acteurs en matière de prise en charge, ils sont proches de leurs patients car ils les suivent sur le long terme et connaissent souvent toute sa famille.

## **b. Le programme contrepoids**



Dans le cadre de notre immersion en communauté, nous nous sommes intéressés à la structure hospitalière existant dans le canton de Genève pour la prise en charge des enfants et adolescents en surpoids. Nos tuteurs nous ont naturellement conseillés de rencontrer la doctoresse Nathalie Farpour-Lambert. Elle est la référence pour ce qui concerne la prise en charge des enfants obèses aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Elle est l'initiatrice et la présidente du programme Contrepoids. C'est une prise en charge pluridisciplinaire et globale de l'enfant obèse. Nous avons eu la chance de la rencontrer ainsi que d'assister à certaines consultations. Cela nous permet maintenant de présenter ce programme en détails et en expériences.

### **i. Histoire du programme Contrepoids**

C'est une prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant et de l'adolescent en surpoids ou obèse ainsi que de sa famille.

Il a vu le jour en 2008, suite à une collaboration du Département de l'enfant et de l'adolescent des HUG avec le réseau de soin Delta et la Fondation Sportsmile. Ce programme a été créé en réponse à l'augmentation massive du nombre de jeunes en surpoids et au manque de prise en charge spécifique pour les enfants concernés.

### **ii. Les objectifs du programme**

Le but du programme est une **stabilisation** ou un ralentissement de la prise pondérale. L'enfant va pouvoir bénéficier de sa croissance pour s'affiner. Il est très important que parents et enfants comprennent ce concept. Il arrive parfois qu'ils viennent en consultation avec la volonté ferme d'une perte de poids. Cela n'est pas le but du programme, un régime restrictif s'avérant souvent plutôt délétère sur le long terme.

Les diététiciennes utilisent une métaphore très illustrative : l'exemple de la boule de pâte à modeler. "Prenez une boule de pâte à modeler. Elle est toute ronde, maintenant frotter la entre les deux mains. Elle va s'affiner alors que le poids même de la pâte n'a pas été modifié." Les enfants sont sensibles à cet exemple ce qui permettra une meilleure communication avec les thérapeutes et une meilleure compliance. Il est effectivement très important d'avoir l'entière confiance des patients et de leur famille afin que la prise en charge puisse s'avérer bénéfique.

Afin de parvenir à ce but, il faut rechercher l'étiologie du surpoids en vue d'une amélioration des habitudes de vie de la famille (alimentation, activité physique, temps passé devant un écran). L'idéal serait que ces habitudes soient modifiées durablement.

### *iii. Description du programme contrepoids*

Le programme dure six mois intensifs. Il peut se prolonger jusqu'à une année de façon plus souple. Le programme comprend :

- Un groupe de parole des parents une fois par semaine
- Un groupe de parole des enfants une fois par semaine
- De l'activité physique adaptée
- Une évaluation globale de l'état de santé

Une semaine-type comprend donc une séance de groupe des parents, une séance de groupe des enfants et deux fois une heure d'activité physique pour les enfants. Cela correspond à la phase intensive.

Le suivi après les six premiers mois est individuel. Les thérapeutes s'efforcent alors de renforcer la motivation, donnent des conseils et réajustent le traitement suivant l'évolution du poids.

### *iv. Le groupe de parole des parents*

Les parents sont des acteurs essentiels et obligatoires de ce programme. Il n'est remboursé que si les parents sont inclus dans la prise en charge.

Les parents sont convoqués une fois par semaine, généralement au début de celle-ci. Les séances sont animées par un diététicien et un psychologue. Parfois un infirmier ou un médecin est présent.

Les thèmes abordés sont :

- L'alimentation : notion d'un repas équilibré, que servir à l'enfant aux différents repas, les méfaits des boissons sucrées, etc.
- L'exercice physique : en quoi cela consiste, comment l'augmenter de façon graduelle et adaptée, le différencier de l'exercice sportif, etc.
- La consommation d'écran : les méfaits de manger devant la télévision, nombre d'heures maximales à passer devant la télévision, par quoi remplacer le temps passé devant l'écran, etc.
- Le regard d'autrui

Il existe des séances interactives comme par exemple une sortie dans un supermarché. Le but étant d'éduquer les parents à faire leurs courses de façon critique et non machinalement, pour qu'ils fassent leurs commissions en toute conscience ("Pourquoi acheter tel aliment? En ai-je besoin?"). Les parents apprennent également à déchiffrer les étiquettes des aliments.

Le groupe de parents est un important soutien psychologique. Il permet de leur faire réaliser qu'ils ne sont pas seuls dans cette situation difficile. Pouvoir partager son vécu avec d'autres parents vivant une expérience similaire est un soulagement et un soutien. Cela permet d'entretenir la motivation et d'améliorer la compliance. Aussi, les parents peuvent s'échanger des conseils.

#### *v. Le groupe de parole des enfants*

Les groupes d'enfants sont séparés par tranche d'âge : 8 à 11 ans et 12 à 19 ans. Le suivi du groupe des adolescents diffère légèrement : les parents doivent se réunir régulièrement mais de façon moins intensive. Le but est de responsabiliser l'adolescent, le préparer à entrer dans la vie adulte.

Les enfants se voient une fois par semaine, généralement après le groupe des parents. Leurs séances sont animées par un diététicien et un psychologue avec parfois la présence d'un infirmier ou d'un médecin. Ils reprennent les mêmes thèmes abordés par leurs parents.

Le groupe a pour but de faciliter l'expression, la motivation et le soutien. Comme pour les parents, les enfants se rendent compte qu'ils ne sont pas seuls dans cette situation. Les thérapeutes constatent un effet de groupe positif : pour des sujets difficiles à traiter, comme les moqueries subies à l'école, il suffit qu'un enfant commence à parler pour que d'autres prennent à leur tour la parole. Ces sujets sont donc plus faciles à traiter lorsque les enfants sont en groupe plutôt que seuls.

#### *vi. L'activité physique*

L'activité physique a lieu deux fois une heure par semaine, dans le cadre de l'hôpital, en l'occurrence dans les locaux de Beau Séjour (salle de gymnastique et piscine). Le fait qu'elle soit dispensée dans l'hôpital permet aux thérapeutes de mieux suivre l'évolution des progrès et de limiter l'absentéisme.

Ces cours sont donnés par des maîtres d'éducation physique spécialisés et sont adaptés aux capacités de l'individu. Au début, en cours et à la fin du programme, une évaluation des performances physique est réalisée. Les tests, appelés Eurofit, permettent de tester la force, la coordination, l'endurance et l'équilibre de l'enfant. Des diagrammes permettent à l'enfant de constater les progrès qu'il a faits et de cibler les domaines encore à travailler.

Nous avons eu la chance d'assister à l'une de ces séances sportives Eurofit pour laquelle les enfants étaient motivés et contents d'être présents. Nous avons pu constater par nous-mêmes l'effet positif que peut avoir la compétition, notamment pour une jeune fille, déjà très active dans sa vie, pour qui les résultats sont très importants et se donnant « à fond » pour se dépasser. Il convient toutefois de faire attention à ce que l'esprit de compétition de certains n'entrave pas la motivation d'autres.

Ce type de prise en charge est le seul à être remboursé par l'assurance maladie de base. Les assurances remboursent sous trois conditions :

- La thérapie doit se faire en groupe.
- La participation des parents est obligatoire
- Le programme doit proposer de l'activité physique

Le remboursement n'a été accepté que récemment après une lutte longue et acharnée.



### *vii. Le suivi individuel et la fondation Sportsmile*

Le suivi individuel est une alternative à la thérapie de groupe. Il est également pluridisciplinaire et les thèmes et objectifs sont les mêmes. Cependant, l'activité physique n'est pas proposée par l'hôpital, mais c'est à l'adolescent ou aux parents de l'enfant de se responsabiliser et de contacter la fondation Sportsmile.



Sportsmile est une fondation privée subventionnée par des dons de particuliers. Elle propose des cours d'une vingtaine de sports différents parmi lesquels l'enfant peut faire son choix. Les cours sont adaptés aux capacités de chacun. Au départ, la fondation s'adressait aux enfants souffrant de maladies chroniques (asthme, diabète, surpoids). Aujourd'hui, toutefois, ce sont principalement les personnes en surpoids qui font appel à leurs services.

Ce type de suivi n'est normalement pas remboursé par l'assurance maladie de base. Les cours de Sportsmile sont à la charge des parents. Toutefois, pour les consultations en ambulatoire, des arrangements peuvent être trouvés afin de soulager la charge financière des parents.

### *viii. Description d'une première consultation*

Tout enfant en surpoids voulant intégrer le programme Contrepoids doit passer par une première consultation réalisée par un pédiatre durant laquelle la présence des parents est requise.

Cette consultation, longue et difficile, peut être considérée comme intrusive pour l'enfant et la famille. En effet, le pédiatre a cinq pages de questions qui vont l'amener à s'immiscer dans la vie privée de la famille durant une heure et demie à deux heures.

Le médecin évalue les paramètres biomédicaux suivants : poids, taille, IMC, tour de taille, tension artérielle, hyperlordose, présence d'acanthosis nigricans (signe de résistance à l'insuline), écartement des chevilles et bosse de bison.

Une prise de sang, si elle n'a pas été faite par le médecin de famille au préalable, sera prescrite afin de procéder à certaines analyses telles que les fonctions hépatiques, la glycémie et l'insulinémie à jeun (en vue de calculer le HOMA, l'indicateur de résistance à l'insuline).

Le médecin va ensuite évaluer les habitudes familiales :

- Alimentaires (quoi? comment? où? grignotage? type de boissons?)
- Exercice physique (fréquence, durée, sport)
- Sommeil de l'enfant (durée, qualité, somnolence diurne)

Il évalue l'état psychologique de l'enfant (comment il gère son poids, les moqueries, quelles sont ses motivations vis-à-vis du programme).

Une étape importante est la recherche des facteurs de risque de l'obésité et de ses complications. A la fin de cette première consultation, de premiers objectifs sont proposés par le pédiatre. Il doit s'assurer de la motivation de l'enfant, le sentir prêt à débiter le programme. Les premiers objectifs doivent être simples et l'enfant doit se sentir capable de les respecter. En partenariat avec la famille et le médecin, il sera décidé si l'enfant suivra une thérapie individuelle ou en groupe.

Lors des consultations auxquelles nous avons eu la chance de participer, nous avons pu constater les difficultés associées à de tels entretiens. Ainsi, les parents ne sont pas toujours présents lors de la consultation. Les enfants, gênés, peuvent avoir du mal à répondre à certaines questions, compliquant ainsi la relation médecin-malade, et empêchant le médecin d'obtenir toutes les informations dont il a besoin. Il est également nécessaire que le médecin et l'enfant utilisent le même langage (une assiette pour l'enfant ne représente peut-être pas la même quantité de nourriture que pour le médecin). Enfin, le pédiatre doit parfois faire face à des situations graves dans lesquelles il doit pouvoir répondre aux questions et craintes sans minimiser, ni dramatiser la situation (cas d'une suspicion de diabète et grandes craintes de l'enfant).

### *ix. Bilan sur le programme Contrepoids*

Le programme Contrepoids étant récent, il n'existe pas encore de publication officielle quant à ses résultats. La Dresse Farpour-Lambert nous a confié qu'il semblerait que pour l'instant les deux types de suivis (individuel et en groupe) présentent des résultats similaires (avec peut-être de légers meilleurs résultats pour le suivi en groupe). Notons toutefois que les avis entre les spécialistes divergent.

Pour conclure, retenons qu'il n'existe pas de remède miracle à l'obésité. Elle nécessite une prise en charge globale, multidisciplinaire, de longue durée et doit être faite de façon personnalisée à l'individu et à sa famille.

### **3. La prise en charge de l'adultes obèse**

Durant notre immersion en communauté nous avons eu l'occasion de voir non seulement les structures prenant en charge les enfants, mais également celles qui s'occupent des adultes obèses. Il nous a semblé intéressant de décrire le programme de prise en charge des adultes, dans le service d'éducation thérapeutique, car celui-ci propose des stratégies de traitement qui nous semblent très intéressantes, et applicables à tout âge, mais qui ne sont cependant pas toutes, pour l'heure, proposées aux enfants.

#### **a. Qu'est-ce que le service d'éducation thérapeutique?**

Le service d'éducation thérapeutique a été créé en 1983 par le Pr Jean-Philippe Assal, et est actuellement dirigé par le Pr Alain Golay. Ce service prend en charge les patients souffrant de diverses maladies chroniques, mais dans le cadre de notre travail nous nous sommes concentrés exclusivement sur les patient-e-s obèses. La prise en charge proposée dans ce service est multidisciplinaire et implique de nombreux professionnels de la santé : des diététicien-ne-s, des psychologues, des médecins, des infirmier-ères, des art-thérapeutes et des pédagogues. Tous travaillent en partenariat avec le patient dans un but : le rendre expert de sa propre maladie. En effet, le patient souffrant de maladie chronique doit vivre au jour le jour, probablement toute sa vie, avec sa maladie. Il est par conséquent important de le responsabiliser et de lui donner tous les outils nécessaires pour se soigner.



*Couverture du carnet d'information sur l'unité d'enseignement thérapeutique*

Dans le cadre de notre immersion nous avons rencontré Grégoire Lager, pédagogue, qui travaille notamment dans le service d'éducation thérapeutique. Il nous a expliqué que trois compétences sont essentielles pour soigner les maladies chroniques : des compétences biomédicales, psychosociales et pédagogiques. Selon Grégoire Lager « *Dire ne suffit pas pour que le patient apprenne quelque chose. On doit comprendre ce que la personne pense de son corps, de son rapport aux autres, de sa maladie...* ». Pour cela, les soignants vont faire dessiner le patient ou le faire dire ce qu'il comprend de sa maladie et le faire trouver par lui même les solutions qu'il peut utiliser pour se soigner. Le but de cette approche est que le traitement prenne sens pour le patient.

### **b. Comment les patients obèses adultes sont-ils pris en charge?**

Il existe deux alternatives possibles de suivi, et le choix se fait principalement en fonction des disponibilités du patient.

La première possibilité est de faire uniquement deux semaines consécutives de cours.

La deuxième possibilité est de passer quatre journées en ambulatoire, durant lesquelles le patient va bénéficier d'un programme varié (cf. image). Il va alterner entre des entretiens individuels avec un soignant et des séances de groupes animées par divers soignants sur des thèmes tels que « le sport », « ce qui me pousse à manger plus », etc. Le patient sera ensuite suivi durant 2 ans à raison de quelques journées par an.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8h	Petit-déjeuner				
8h30	Accueil Bienvenue				
9h	Entretiens d'entrée (médecins, infirmières, diététicien)	Atelier diététique: Analysons le régime que je reçois ici	Cours: gestion de la balance	Art-thérapie	Cours: gestion de la balance
10h	Glycémies, collations				
10h30	Atelier diététique: Je choisis mes colla- tions	Atelier: Ce qui me pousse à manger plus	Atelier: Les graisses cachées	Atelier: Mes ressour- ces face à la nourriture	Atelier: Dégustation
12h	Buffet, exercices pratiques				
14h	Table ronde: Vivre avec un excès de poids	Thérapie par le mou- vement	Bouger (avec enca- drement des soignants)	Visite d'un supermarché	Entretiens privés (médecins, infirmières, diététicien)
16h	Entretiens d'entrée (suite)	Cours: Comment ai-je pris du poids?	Atelier: «Festival des sauces»	Réflexions après les achats	Entretiens privés (médecins, infirmières, diététicien), puis <b>départ pour le week-end</b>
18h	Repas				

*Semaine d'hospitalisation pour personne obèse dans l'unité d'enseignement thérapeutique*

**1<sup>re</sup> année**

4 jours ambulatoires de bilan personnel diététique, médical et psychologique avec cours collectifs et groupe de partage, puis



**2<sup>e</sup> année**

Programme personnalisé



*Prise en charge sur deux ans des personnes obèses dans l'unité d'enseignement thérapeutique*

Nous avons pu assister à une séance de groupe autour de la thématique « différence entre crise et repas ». La séance est animée par deux soignants. Ces derniers peuvent être médecin, psychologue, infirmière ou encore diététicienne. Une question est lancée: « *quelle est la différence selon vous entre une crise alimentaire et un repas* ». Une patiente s'exprime, alors, aussitôt : « *la crise c'est le chocolat* », une autre patiente dit manger sans s'en rendre compte lorsqu'elle a un problème. Les soignants tentent de faire participer tout le monde, reformulent les propos des patients et les invitent à préciser leurs pensées.

Les réactions des patients sont très variables: certains parlent beaucoup et à voix haute alors que d'autres prononcent quelques mots à peine audibles ou refusent complètement de s'exprimer. Les soignants ne les forcent jamais à parler mais les y invitent régulièrement. On demande ensuite aux patients de dire quels sont les pensées, émotions et comportements liés aux crises alimentaires. Cette discussion les amène à réfléchir sur leur comportement alimentaire. Cette réflexion est très difficile pour les patients étant donné la charge émotionnelle. On leur donne ainsi des pistes pour qu'ils puissent mieux se comprendre. Les crises alimentaires ont une raison. Ces raisons sont différentes pour chaque personne : émotions trop fortes, récompenses, oubli des problèmes. La force de ces groupes de paroles est que les soignants ne leur expliquent pas directement « *vous avez des crises parce que vous ne savez pas gérer vos émotions autrement* », ce serait culpabilisant et contre-productif. De plus, comme chaque patient a son histoire, ses problèmes, il serait simpliste de vouloir résumer la vie et le quotidien de ces dix patients par une phrase, une explication. Au contraire, durant les séances de groupe les soignants font réfléchir les personnes obèses sur des thématiques qui les touchent chacun à leur façon et leur donnent des pistes pour pouvoir y réfléchir plus profondément par la suite, seul ou avec leur soignant de référence. Ils les poussent aussi à formuler des solutions possibles pour résoudre le problème. Ces solutions peuvent profiter ainsi à la personne qui les formule, laquelle en prend ainsi pleinement conscience, mais également aux autres personnes qui peuvent parfois se reconnaître dans la situation vécue par un membre du groupe.

Nous avons assisté à des séances de groupe durant deux journées consécutives. Les patients qui participaient à ces séances commençaient leur suivi qui va durer deux ans, par quatre journées en ambulatoire. Nous avons été frappés par l'évolution rapide dans les comportements des patients. Ainsi, des personnes qui, au début, refusaient de s'exprimer, restaient repliées sur elles-mêmes, se sont ouvertes, sont devenues plus loquaces. Durant la dernière séance de ces quatre journées on demandait aux patients de donner « *un point que j'emporte avec moi* ». Les participants avaient quelques minutes pour écrire ce qui les avait le plus marqué durant cette semaine. Après l'étape d'écriture, il s'agissait de discuter de ce que chacun avait écrit. Il en ressortait une atmosphère très conviviale. Beaucoup de patients ont mis en avant le fait qu'ils avaient beaucoup apprécié de pouvoir partager leur vécu avec des personnes qui avaient le même problème qu'eux, non seulement durant les séances de groupe mais aussi durant les temps libres. Plusieurs personnes ont évoqué la possibilité de se soutenir mutuellement dans le futur. Ce soutien et ce partage n'auraient pas été possibles si le suivi ne comportait que des séances individuelles avec un soignant.

Durant cette semaine les patients participent également à une séance d'activité physique et une séance d'art-thérapie, suivies de réflexions sur le sujet.

En somme, ces journées permettent de donner divers outils pour mieux amorcer un changement. Le but de ce programme n'est pas uniquement de faire perdre du poids, mais aussi et surtout d'amorcer des changements de comportements profonds.

### **c. Remboursement et efficacité des programmes d'éducation thérapeutique**

Ce programme est remboursé par l'assurance de base car son efficacité a été démontrée. Le Pr A. Golay a rédigé avec G. Lagger et Z. Pataky un article qui résumait 36 méta-analyses sur le sujet, et qui montrait globalement que « *une efficacité de l'éducation thérapeutique est clairement démontrée dans la majorité des études* ». Le Pr Golay déclarait ainsi dans le dossier du magazine Pulsation de juin 2011 consacré à ce sujet que « sur le plan de la santé publique, un franc investi en rapporte quatre ».

### **d. Qu'est-ce que l'art-thérapie**

Durant leur séjour ambulatoire ou leur hospitalisation dans le service d'éducation thérapeutique, les patients ont l'occasion d'avoir une séance d'art thérapie. Nous avons pu assister à une de ces séances, animée par l'art-thérapeute Cristina Anzules. La séance se déroule en plusieurs parties. La thérapeute commence d'abord par lancer la discussion autour d'une question que tout le monde se pose dans la salle: « Qu'est ce que l'art-thérapie et à quoi ça sert? ». Différents patients tentent d'y répondre, certains semblent enthousiastes à l'idée de s'y essayer, d'autres restent septiques. Après un moment d'échange, la thérapeute explique en quoi va consister la création : il faut créer ce que l'on veut, du plus concret au plus abstrait, pourvu que cela ait « un sens utile » pour les patients. La thérapeute présente les divers matériaux à disposition, et leur utilisation. Puis Cristina Anzules leur raconte une brève histoire de recherche de trésor, en omettant la fin qui dévoilait la nature du trésor, comme pour inviter les patients à entrer dans leur monde imaginaire. Selon la thérapeute, cela permet aux patients de leur insuffler « *un mouvement qui les lance dans la création, leur évite d'être bloqué. Cela les canalise, pour éviter un débordement car parfois c'est trop lourd de les lancer sans rien* ». Car ces journées sont difficiles pour les patients, qui doivent sans cesse parler d'eux, s'analyser, s'exposer au groupe.

La deuxième étape de la séance est le moment de création. Chaque patient choisit le matériel avec lequel il désire travailler: pastels, crayons, collages, peinture... et s'installe. Certains se lancent immédiatement dans leur travail, et semblent avoir une idée claire de ce qu'ils veulent créer. Pour d'autres, la tâche semble pénible. La thérapeute aide certaines personnes dans leur création et laisse d'autres, travailler seuls durant toute la séance. « *J'observe leur langage du corps, et choisis parfois de ne pas intervenir* ». Ainsi elle n'interviendra pas auprès d'un homme plié en deux sur sa feuille, comme s'il semblait vouloir cacher sa création, même si celui-ci semble avoir beaucoup de peine à créer.

L'art-thérapie est ainsi proposée à tous les patients qui participent à un programme d'éducation thérapeutique, mais il y a toujours des patients à qui cette méthode ne convient pas. Durant une heure les patients sont très concentrés sur leurs œuvres, en silence, et échangent peu.

Le troisième temps de cette séance commence alors. Après avoir rangé le matériel, les patients se retrouvent en cercle et Cristina Anzules leur demande comment ils ont vécu ce moment de création. Un à un les patients présentent leurs travaux et les commentent. Certains se sont inspirés

de l'histoire et ont représenté ce qu'est pour eux le trésor : une vie de famille harmonieuse, la joie de vivre... Certains patients ont beaucoup apprécié ce moment, « *ça me plaisait de peindre, ça passe vite, j'aurais bien aimé continuer* ». D'autres patients, qui de prime abord semblaient méfiants, sont plus détendus à la fin de la séance. La thérapeute les laisse présenter leur œuvre et ce qu'ils ont voulu représenter puis leur demande leur ressenti. Nous avons été frappés par la richesse de leur création et par la force du message. Tous se sont prêtés au jeu de la découverte. Certains n'avaient pas du tout l'habitude de peindre. Une patiente qui a l'habitude de dessiner a choisi d'utiliser toutes les techniques qu'elle ne connaissait pas.

Cette brève séance d'art-thérapie a permis à ces patients de se sensibiliser à une autre approche que la parole. Cela leur donne un moyen « *d'aller au contact de leurs émotions, de leur monde intérieur, sans que cela les détruise* » et de les ramener en contact avec eux-mêmes. Les patients à qui cette méthode de thérapie convient, et qui en font la demande auront l'occasion d'être suivis régulièrement, soit dans le cadre de séances individuelles, soit dans le cadre de séance de groupe. L'art-thérapie est prise en charge par l'assurance de base si les patients sont référés par l'hôpital ou par un psychiatre.

Une question se pose : qu'en est-il de l'art-thérapie pour les enfants et les adolescents obèses? Il n'y a pas d'art-thérapie dans le cadre du programme Contrepoids, pourtant cette méthode pourrait être utile. Cristina Anzules travaille également avec des enfants et des adolescents. L'enfant a selon elle plus de facilité à utiliser ce moyen d'expression que les adultes, c'est son moyen de communication privilégié. Cette thérapie pourrait aussi bénéficier à des adolescents.

#### **e. Danse thérapie**

L'unité d'éducation thérapeutique propose également des séances de danse thérapie. Nous avons pu participer à une séance pour les patients diabétiques. La thérapeute commence par nous demander de nous étirer sur une musique calme. Les patients s'exécutent, parfois à contrecœur. La thérapeute donne l'exemple, s'étirant de tout son long en baillant. On sent que certains patients sont gênés de devoir ainsi s'exposer au regard des autres, qu'ils sont mal à l'aise avec leur corps. Comme beaucoup se plaignent de douleurs aux articulations, la thérapeute leur propose de travailler leur respiration, en se concentrant sur la zone douloureuse et nous invite, nous étudiants, à poser la main sur leur articulation pour les aider à cibler leur attention. Peu à peu, les patients se détendent et déclarent avoir moins mal. La thérapeute met alors une musique plus entraînante et invite chaque patient tour à tour à faire un mouvement. Les plus timides rechignent un peu mais à la fin de la séance tout le monde a bougé, et se déclare détendu. Quand on demande aux patients comment ils ont trouvé cette séance, ils sont enthousiastes, « *on oublie qu'on est à l'hôpital, il faudrait faire ça tous les jours !* ». La thérapeute clôt la séance en les invitant à venir au cours hebdomadaire qu'elle donne elle-même dans l'hôpital.

Ces séances de danse thérapie ont pour but de reconnecter les patients avec leurs sensations et avec leur corps qu'ils ont parfois longtemps délaissé. Les enfants n'ont pas de cours de danse thérapie mais reprennent eux aussi contact avec leur corps et redécouvrent le plaisir de bouger au travers des différentes séances de sport proposées par l'hôpital.



## f. Thérapie par internet

La thérapie par internet n'est pas proposée actuellement mais deux études ont été faites sur le sujet à Genève et en Europe: La première sur la boulimie et la deuxième sur l'hyperphagie boulimique. Ces études ont été réalisées par Isabelle Carrard, psychologue. On sait que c'est l'approche de thérapie cognitivo-comportementale qui donne les meilleurs résultats, mais une telle thérapie nécessite beaucoup de gens formés. Le but de la thérapie sur internet est de proposer une solution de traitement pour les personnes souffrant de troubles alimentaires qui sont en attente pour une prise en charge de leur obésité ou qui sont suivies pour leur obésité. Mais comment se déroule la prise en charge? Dans le cadre d'une étude menée par l'Université de Genève, des patients ont été recrutés. Il s'agissait de patients adultes souffrant d'hyperphagie boulimie (trouble du comportement alimentaire qui peut être associé à l'obésité). Cette étude s'est faite en partenariat avec le service d'éducation thérapeutique à partir du constat que les patients obèses avaient souvent un ou plusieurs troubles du comportement alimentaire et qu'il est difficile pour ces patients de suivre une psychothérapie en plus de leur suivi pour obésité, suivi qui est déjà lourd. La thérapie par internet a ainsi l'avantage que les patients n'ont pas besoin de se déplacer pour la suivre. Pour l'inclusion dans l'étude, les patients devaient venir à une consultation d'évaluation. Si les patients étaient admis, on leur donnait une clé d'accès au site. Toutes les semaines, ils devaient envoyer un e-mail aux thérapeutes responsables de l'étude pour dire comment ils se sentaient. Cela a permis une meilleure adhérence à la thérapie. Certains patients utilisaient cet e-mail uniquement pour se rappeler de suivre la thérapie, alors que d'autres s'épanchaient longuement par e-mail. La thérapie se faisait par étape, suivant le modèle de certains livres d'auto-traitement. Elle était construite en onze étapes, qui comprenaient toutes une partie théorique et des exercices que le patient pouvait faire sur l'ordinateur, notamment:

- Phase de motivation (« *comment je m'imagine dans un an si je suis la thérapie ?* » « *Quels avantages je peux tirer de cette thérapie ?* »)
- Phase d'auto-observation: carnet dans lequel les patients notent leurs crises alimentaires et tentent de déterminer quelles émotions ou événements les déclenchent.
- Stratégies pour éviter les crises, pour que le patient devienne acteur et ne subisse plus ses crises...

Ces études qui ont été réalisées de 2008 à 2010 sont à présent terminées et en cours d'analyse. Les premiers résultats indiquent que les patients ne perdent en général pas de poids, mais le fait d'arrêter ou de diminuer leurs crises alimentaires stabilise leur poids et améliore leur moral. Certaines personnes ont arrêté leur thérapie (25%, ce qui est similaire au nombre d'abandons durant des thérapies conventionnelles), mais les personnes qui l'ont suivie en entier se déclaraient globalement satisfaites du programme. La thérapie par internet peut ouvrir des portes, certains patients ont notamment décidé de commencer une psychothérapie, décision qu'ils n'auraient peut être pas prise s'ils n'avaient pas fait ce programme. Cette thérapie sur internet serait-elle applicable à des adolescents? On aurait tendance à répondre par l'affirmative étant donné que ceux-ci sont friands de technologie et sont souvent plus à l'aise avec les ordinateurs que leurs aînés. Il n'est pourtant pas certain que ce type de thérapie soit particulièrement indiqué pour les jeunes patients. En effet, suivre une thérapie sur internet implique d'être très responsable et de savoir s'autogérer. Or, les adolescents ont particulièrement besoin de limites et de contrôle. Cette thérapie n'est par conséquent probablement pas la plus adaptée à cette tranche d'âge. Cependant, aucune étude n'a pour l'heure été réalisée sur les adolescents et enfants. Pour appliquer ce système à des jeunes, il



faudrait mettre en place un cadre plus fort, tel que l'obligation d'écrire plus souvent, ou associer la thérapie par internet à des rendez-vous avec des thérapeutes. Il faudrait également sélectionner avec soins les patients, car cette thérapie ne peut se faire qu'avec une adhésion forte du patient.

### III. La prévention

#### 1. *Etiologie de l'épidémie d'obésité ou comment en sommes-nous arrivés là ?*

Le surpoids et l'obésité émanent d'un déséquilibre entre apport alimentaire et dépense énergétique. Les changements environnementaux actuels tendent à augmenter l'apport et à diminuer la dépense : l'équilibre est rompu. Nous allons décrire, ici, certaines des mutations de la société potentiellement responsables de l'épidémie d'obésité : au niveau de l'industrie, au niveau de la famille et au niveau de l'individu.

L'industrie agro-alimentaire moderne pousse à la surconsommation. Les industriels fournissent des produits toujours plus gras, sucrés, en portions plus grandes et de surcroît devenant de moins en moins chers.

***“When McDonald’s first started in 1955, its only hamburger weighed around 1,6 ounces (45gr) ; now, the largest hamburger patty weighs 8 ounces (225gr), an increase of 500 percent”***



**Twenty years ago**  
333 calories



**Today's Burger**  
590 calories

La publicité est abondante et s'adresse à tous les publics, même les plus jeunes, donc les plus influençables. Les étalages des magasins présentent des friandises en nombre, de manière très attractive et surtout à la hauteur des enfants.

La famille moderne a elle aussi subi des mutations. Au niveau alimentaire, les repas sont davantage pris à l'extérieur (le contrôle de ce que l'on mange est réduit : les portions sont plus grandes et plus riches qu'à la maison), le rythme des repas est désorganisé, on mange plus vite et plus souvent, on mange plus gras, plus sucré et en plus grande quantité. La restauration de type fastfood est représentative des modifications du comportement alimentaire de la société : on mange à n'importe quelle heure, on mange vite, on mange « *supersize* », on mange gras, sucré, salé et très peu ou pas de légumes, on boit des boissons sucrées à la place de l'eau. On constate une

suppression des éléments périphériques au plat principal : le plus souvent les entrées de crudités sont abandonnées au profit de prises alimentaires hors repas. De plus, alors que des études montrent que la prise alimentaire est plus importante lorsqu'on regarde la télévision en même temps, les gens prennent de plus en plus leur repas devant l'écran.

Au niveau de l'activité physique, la nouvelle famille bouge moins. Elle se déplace de plus en plus en transport motorisé. La consommation de télévision augmente, de même que celle de l'ordinateur et il est à noter que ces activités sédentaires poussent au grignotage. Selon un article de la revue Médecine et Hygiène de Beatrice Molinari-Büchi « *En Suisse, les enfants passent quotidiennement et en moyenne deux heures et demie devant la télévision et une heure devant l'ordinateur* ».

L'individu moderne semble ne plus manger pour vivre mais semble vivre pour manger. Il ne mange pas forcément par faim : se nourrir est parfois un acte compensatoire pour se guérir d'une angoisse, d'une tristesse, d'une solitude. Cette modification comportementale est entretenue en partie par la facilité à se procurer de la nourriture : les aliments sont prêts à être consommés et on peut se les procurer à toute heure et lieu (Il y a 50 ans, il aurait été difficile de grignoter de la même manière : à cause du prix, de la disponibilité ou encore à cause de l'inexistence des produits prêts à consommer).

On peut citer pour exemple que lors de notre visite aux HUG au service des maladies chroniques nous avons été frappés par la réponse unanime des patients à une des questions des soignants. La question était « pourquoi mangez-vous ? » et la réponse n'était jamais « parce que j'ai faim ». Les patients invoquant toujours des peurs, des angoisses, des habitudes comme raison de manger.

Il semble, à l'heure actuelle, essentiel d'instaurer un programme de prévention pour aider les individus à se prémunir contre les « dangers » de notre environnement « obésogène ». Si on prend la définition wikipedia de la prévention, on obtient : « *la prévention est une attitude ou un ensemble de mesures à prendre pour éviter qu'une situation ne se dégrade, ou qu'une situation ne survienne* ». Pour faire face à l'épidémie d'obésité, il s'agira donc, de tendre vers une stabilisation ou diminution du nombre de nouveaux cas d'obésité dans la population actuelle et vers l'élimination de l'obésité dans les populations à venir. Si l'éradication de l'obésité est encore loin, stopper l'épidémie est une urgence d'aujourd'hui. Afin de diffuser la prévention, différents acteurs de la communauté agissent de concert. Nous avons rencontré certains de ces acteurs et nous avons essayé de résumer dans les lignes suivantes quel est le rôle de chacun.

## 2. *Le rôle de l'état*

### a. *Rôle des écoles*

#### i. *Nutrition*

La prévention dans les écoles est une piste qui peut être explorée dans la prévention de l'obésité. Un enfant passe au minimum 8 heures par jour à l'école. Dans certains cantons, comme celui de Neuchâtel, les élèves reçoivent des cours de diététique, dispensés par l'école publique. A Genève, cet enseignement n'est pas mis en place dans les écoles. Toutefois, au cycle d'orientation, il apparaît sous la forme de cours à option, sous la dénomination de cours de cuisine. Ces derniers montrent aux adolescents comment préparer des plats équilibrés et leurs donnent les bases d'une alimentation saine. L'idée serait donc de fournir ces cours de façon obligatoire dans les écoles primaires, mais également au cycle d'orientation.

Jusqu'à aujourd'hui, cette idée n'était pas une priorité. En effet, les résultats du niveau scolaire des écoliers genevois aux tests PISA étant relativement bas, les priorités du DIP<sup>2</sup> allaient plutôt dans le sens d'une amélioration des niveaux de français, de mathématiques ou encore d'allemand. A l'Université de Genève, dans la faculté des Sciences de l'éducation, FAPSE, il existe une commission regroupant des professeurs de français, de mathématiques, d'allemand, ou encore des sciences, qui décide des différents cours qui seront dispensés aux futurs enseignants. Au sein de cette commission, Monsieur André Giordan s'active afin que les cours de sciences prennent plus de place dans la formation. Le but de ces cours vise à montrer aux futurs enseignants qu'enseigner les sciences, peut aussi favoriser l'apprentissage au sujet des problématiques de santé telles que l'obésité, l'anorexie ou encore la boulimie.

C'est justement lors d'un de ces cours, que Monsieur Grégoire Lager, assistant de M. Giordan, a mis en place un séminaire de travail afin d'expliquer aux étudiants de la FAPSE comment enseigner les sciences et comment aborder les problématiques de la santé. Il s'agit de problématiques connues pour Grégoire Lager, qui travaille également comme pédagogue dans le service d'enseignement thérapeutique pour les maladies chroniques (diabète, obésité). Ces cours auraient pour visée de donner envie aux futurs enseignants de proposer ces cours dans leur classe, bien qu'il ne s'agisse pas d'un sujet traité dans les programmes scolaires. Or, à l'automne 2011, un nouveau plan d'études, Le Plan d'études romand, fera son apparition dans les écoles romandes. Ce plan a pour visée d'uniformiser les apprentissages, afin de donner une certaine homogénéité à l'enseignement.

Dans ce nouveau plan d'études, des programmes d'éducation nutritionnelle seront mis en place, afin de fournir aux élèves des cours sur les besoins nutritionnelles, et sur la santé.

---

<sup>2</sup> Département de l'Instruction Publique

## ii. *Activité physique*

On entend souvent qu'il faudrait une activité physique régulière : l'OMS<sup>3</sup> stipule même une activité physique journalière minimale de trente minutes.

Dans les écoles, des temps d'éducation physique sont incorporés dans le programme des leçons. L'Ordonnance Fédérale<sup>4</sup> stipule qu'il faut trois heures hebdomadaires d'éducation physique. Au mieux, les enfants reçoivent deux périodes<sup>5</sup> de cours.

Selon l'Art. 1a : Prise en compte d'activité sportive complémentaire

« Les cantons veillent à ce que, dans le cadre de l'enseignement ordinaire, trois leçons d'éducation physique hebdomadaires en moyenne soient dispensées dans les écoles primaires, dans les écoles du degré secondaire 1 et dans les écoles de formation générale du degré secondaire 2 ».

Une activité physique dispensée par des professeurs de gymnastique est fournie dans les écoles primaires et secondaires. Ces professionnels du sport fournissent des cours de qualité et organisent, sous les demandes des écoles, des journées sportives.

Le service de santé de la jeunesse, s'assure de la bonne qualité de ces cours. Il veille à ce que ces cours soit fournis dans de bonnes conditions et surtout qu'ils soient adaptés aux enfants et aux différents niveaux de ceux-ci.

## iii. *Alimentation scolaire*

### **La "Fourchette Verte"**

L'association "Fourchette Verte" a été créée en 1993, suite aux constatations faites par le bus santé que les personnes mangeaient de moins en moins équilibré. En effet, depuis quelques années, les gens mangent de plus en plus en dehors de leur domicile, et notamment sur leurs lieux de travail. À cette époque, au moment de la création de la "Fourchette Verte", les fondateurs de l'association ont décidé d'inclure dans le programme d'autres acteurs : Carrefour Prévention, l'association des cafés-restaurateurs, le chimiste cantonale, le département de la santé ainsi que les consommateurs.



Le but de la "Fourchette Verte" était d'associer un label à des restaurants qui assuraient des plats équilibrés, une hygiène dans leur établissement, des boissons non alcoolisées moins cher que les boissons alcoolisées, et au moins un quart de leur établissement réservé aux non-fumeurs.

Au début, les cafés-restaurants étaient les plus concernés par la création de l'enseigne "Fourchette Verte". Or, par la suite, ce label a été mis en place, également pour les cantines scolaires, les crèches, ou encore les restaurants d'entreprise.

<sup>3</sup> Organisation mondiale de la santé

<sup>4</sup> Ordonnance Fédérale

<sup>5</sup> Une période est composée de 45 minutes

En 2010, la "Fourchette Verte" s'était étendue jusqu'à sept cantons, en grande partie les cantons romands, mais le label commence à s'étendre, également, dans les cantons alémaniques. Au total, le label "Fourchette Verte" comprend plus de 250 établissements et il existe dix-neuf labels différents au sein de l'association "Fourchette Verte", notamment quatre labels enfants et huit labels pour les tout-petits.

La "Fourchette Verte" est financée par Promotion Santé, la Direction Générale de la Santé, la ville de Genève, mais aussi par les communes qui possèdent des restaurants avec un label sur leur territoire. Il existe aussi un financement par certains sponsors.

### ***Demande d'un label***

Prenons l'exemple d'un restaurant qui souhaiterait faire partie du programme la "Fourchette Verte". Tout d'abord, les restaurateurs doivent commencer par faire une demande d'adhésion. Suite à cela, un questionnaire sur l'établissement leur est adressé. Ils doivent le remplir et le renvoyer avec des menus proposés pour trois semaines.

Une fois le questionnaire rempli et renvoyé, la "Fourchette Verte" envoie le chimiste cantonal pour s'assurer de l'hygiène de l'établissement.

Par la suite, les restaurateurs ont un entretien : on leur explique en quoi consiste le label. Un plat d'adulte pouvant être appelé "Fourchette Verte" doit contenir au minimum 200 grammes de légumes, des féculents à discrétion, et 120 grammes de protéines. Il ne doit pas y avoir d'aliments gras, et l'établissement doit proposer des boissons non alcoolisées moins cher que leur premier prix de boissons alcoolisées.

Enfin, une fois le label mis en place, l'établissement reçoit un diplôme et des dépliants qu'il placera dans son établissement. Ce dernier est soumis à un contrôle régulier, afin de s'assurer qu'il respecte les demandes du label. La Fourchette Vert envoie également des testeurs. Ce sont des gens qui acceptent d'aller manger dans les différents restaurants possédant le label et qui remplissent un questionnaire, vérifiant si les critères imposés par le label sont respectés.

### ***Les écoles labélisées***

De nombreuses écoles et garderies peuvent aussi être labélisées par la "Fourchette Verte". Dans ce cas, les critères du label sont adaptés au type d'établissement. Si c'est une garderie, les critères seront différents et surtout seront adaptés en fonction des personnes qui y mangent, dans ce cas là, des petits enfants, à qui il faut fournir les repas de midi, mais aussi les gouters.

Dans le cas des écoles, le contrôle est assuré par le Service de Santé Jeunesse, qui veille à ce que l'établissement respecte bien les normes inscrites par la "Fourchette Verte".

### ***L'impact sur l'obésité***

Pouvoir fournir dans les écoles des repas équilibrés permet aux enfants de manger de manière plus saine et d'éviter des nourritures de type "junk food".

Dans certains pays comme les Etats-Unis, de nombreux enfants mangent dans les cantines scolaires, mais les repas sont souvent loin d'être équilibrés. "Fourchette verte" permet aux enfants dans les établissements de manger de manière équilibrée.

Favoriser l'alimentation saine dans les établissements scolaires peut avoir un impact sur l'obésité des jeunes, en les sensibilisant aux aliments qu'ils devraient manger à l'école comme à la maison.

### ***Distributeur dans les écoles***

Dans de nombreux pays, comme aux Etats-Unis, de nombreuses écoles possèdent des distributeurs de boissons sucrées, snacks ou autre produit gras ou sucré. Ces distributeurs se trouvent souvent dans les halls des écoles et les enfants peuvent donc à tout moment prendre une boisson sucrée ou une friandise. Donner cette possibilité aux enfants, c'est les pousser à la consommation et donc vers l'obésité.



Dans le canton de Genève, ces types de distributeurs sont éliminés des écoles. Cette action menée il y a 10 ans par le Service de Santé de la Jeunesse a permis d'interdire définitivement ces machines des halls d'école.

### **b. Rôle du canton**

Demander aux enfants de faire plus de sport est souvent facile à dire. Or, pour qu'un enfant fasse du sport, il est nécessaire d'avoir, au sein du canton, des espaces qui lui sont réservés. De plus, il faut insister sur la mobilité : l'enfant doit avoir la possibilité de se déplacer par d'autres moyens que le bus ou la voiture, comme par exemple le vélo. Afin de satisfaire ceci, il faut que le canton soit adapté.

Au sein de la ville de Genève, nous pouvons recenser nonante-quatre places de jeux, y compris les préaux des écoles. Il y a également quinze maisons de quartiers qui fournissent des espaces de loisirs et qui, souvent, organisent des journées sportives et des camps sportifs – camps d'hiver et d'été. Enfin, il existe également onze patageoires et quarante salles de gymnastique.



Suite à ces constatations, une question peut apparaître : Est-ce suffisant? Difficile de pouvoir répondre à cette question sans connaître les taux de fréquentation des enfants dans ces lieux permettant une activité physique. A Genève, un projet est en cours : une campagne menée par le Conseil administratif<sup>6</sup> souhaiterait qu'il y ait cent places de jeux sur le canton, et qu'elles respectent les normes de sécurité. Le but étant de redonner une place importante aux enfants.



Il est d'ailleurs important de souligner qu'il n'y a pas besoin de forcer un enfant à faire du sport. Généralement, il le fait de manière spontanée pour autant qu'on lui en donne la possibilité.

<sup>6</sup> <http://www.jeux-geneve.ch/100places.php>



### **Qu'est-ce que la "mobilité douce" ?**

« On entend par "mobilité douce" toute forme de mobilité non motorisée »<sup>7</sup> comme le vélo, ou les déplacements à pied.

Donner la possibilité aux personnes de pouvoir se déplacer à pied ou à vélo, en toute sécurité, peut pousser les gens à moins utiliser leurs voitures. A Genève, depuis quelques années, la Ville aménage diverses infrastructures afin de pouvoir faciliter et surtout augmenter la "mobilité douce". Le "plan piétons" est un des projets, mis en place par la Ville de Genève. Il regroupe de nombreux parcours de promenade avec une thématique pour chacun : "de quai en quai", "de ville en ville", ou encore "De corps en cœur". Les gens peuvent en effet suivre des parcours de promenade tout en visitant les différentes richesses de notre canton.

*Logo du "plan piéton"  
La population peut suivre les différents parcours fournis par le "plan piéton"*

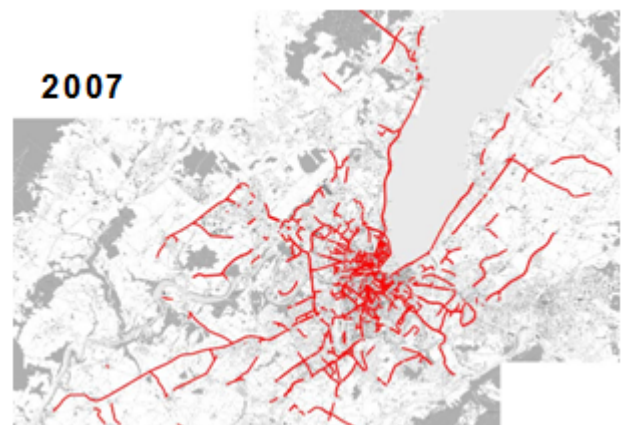


### **Les pistes cyclables**

Nous avons parlé du Plan Piétons, créé par la Ville de Genève. Au niveau cantonal, l'Etat s'est également engagé à augmenter les infrastructures, permettant à la population de se déplacer autrement qu'en voiture. Dès lors, l'Etat a travaillé sur les pistes cyclables. En effet, le vélo est le mode de déplacement le plus rapide en ville. Aujourd'hui, le canton compte environ 365 kilomètres de pistes cyclables, et 100 kilomètres environ pour la Ville.

Chaque année, l'Etat continue à améliorer la sécurité des pistes cyclables, par exemple, en les séparant de manière distincte des routes.

Nous pouvons voir, sur ces deux cartes, que le réseau de pistes cyclables a fortement augmenté dans le canton en l'espace de 20 ans.



<sup>7</sup> [http://etat.geneve.ch/dt/mobilite/mobilite\\_douce-754-4506.html](http://etat.geneve.ch/dt/mobilite/mobilite_douce-754-4506.html)

### **c. Service de Santé de la Jeunesse**

Le Service de Santé de la Jeunesse (SSJ), appartenant à l'Office de la Jeunesse, est un service de santé publique pour l'enfant social et préventif. Il a comme fonction de promouvoir et de protéger la santé des jeunes et de prévenir les maladies et conduites à risque.

Le Service de Santé de la Jeunesse assure dans les écoles, les crèches et d'autres lieux d'accueil, des visites de santé et des accompagnements d'élèves, des programmes d'éducation à la santé. Mais, il assure également la promotion de la santé, de l'hygiène et de la sécurité dans les écoles et crèches. Il est également un acteur actif lors d'interventions en cas d'épidémies, pour la vaccination mais aussi dans les mesures de protection contre les maladies transmissibles.

Contrairement à d'autres cantons de Suisse, le Service de Santé de la Jeunesse fait parti du Département de l'Instruction Publique (DIP) et non du Département de la Santé, géré par Monsieur Pierre-François Unger, qui s'occupe de la santé publique, et de la prévention.

Bien que ceci puisse paraître relativement étrange, on comprend mieux ce système lorsqu'on voit que le Service de Santé de la Jeunesse est très proche des écoles et a de nombreuses actions dans les écoles.

#### ***Prise en charge des enfants en surpoids***

Depuis 20 ans, le SSJ possède une unité nommée "alimentation et mouvement" qui est encadrée par une diététicienne et un médecin. Cette unité fournit un programme de soutien et de suivi pour les enfants en surpoids mais également pour les enfants pratiquant un sport de haut niveau. Les enfants en surpoids sont référés à ce service le plus souvent par l'infirmière scolaire ou le pédiatre, et parfois, par les diététiciens et les parents qui voient les affiches et dépliants dans les écoles. Lorsque l'enfant vient au Service de la Santé de la Jeunesse, il y a un premier entretien, qui permet d'évaluer de nombreux paramètres (le poids et la taille notamment) afin d'évaluer s'il y a un excès de poids. Mais lors de ce premier entretien, on explique également le programme.

Il existe un certain nombre de critères. Tout d'abord, l'enfant doit être âgé entre 6 et 15 ans (1P-9<sup>ème</sup> CO). Ensuite, son BMI doit être situé au-delà du 90<sup>e</sup> percentile. Enfin, l'enfant doit être motivé à participer au programme. Souvent, l'enfant vient en consultation avec les parents. En effet, ces derniers voudraient qu'il perde du poids, mais l'enfant n'en a pas envie. Ceci sera donc un frein à la thérapie. Les objectifs du programme sont définis avec l'enfant et concerne un certain équilibre alimentaire, une stabilisation du poids (et non une perte de poids), l'amélioration des capacités physiques, et une meilleure intégration sociale. Les enfants accueillis dans ce programme viennent souvent parce qu'ils sont rejetés, stigmatisés par leur excès de poids. C'est pourquoi, durant le programme, les enfants consultent également un psychologue.

#### ***Programme***

Le programme, fourni par le Service de Santé de la Jeunesse, est réparti en trois modules par année, commençant en septembre, janvier et avril. Dans ces modules, les enfants sont répartis selon leur âge dans le groupe des "petits", entre 6 et 8 ans, le groupe "primaire" entre 9 et 11 ans et le groupe "ados" entre 12 et 15 ans. Lors de ce programme, les enfants ont dix heures (dix fois



une heure) de cours en groupe d'alimentation et 1h30 par semaine de sport, durant toute l'année. Les parents, qui sont des partenaires important dans la thérapie, sont invités à participer à une, deux ou trois séances avec des médecins et diététiciens pour les sensibiliser sur l'alimentation et l'activité physique.

### ***Les cours d'alimentation***

Les objectifs de ces cours sont de transmettre les notions de base de l'équilibre alimentaire aux enfants, mais aussi de leur apprendre à gérer leur alimentation. Lors de ces cours, on utilise toute sorte de moyens, mis à disposition pour permettre à l'enfant d'apprendre et de comprendre. Ces moyens sont adaptés au niveau scolaire de l'enfant : marionnettes et pâtes à modeler pour les petits enfants et livres pour les plus grands.

On propose aussi à ces enfants, d'autres activités comme des cours de cuisine, des visites de l'Alimentarium à Vevey, etc.

### ***Les cours de sport***

Lors de ces cours, les enfants peuvent faire une activité physique qui leur est adaptée. Mais l'un des objectifs primordiaux, c'est de leur donner le plaisir de faire du sport et leur donner envie d'en faire régulièrement. Pour cela, de nombreuses activités sont proposées comme, la gymnastique, la natation, le football, la lutte, le tennis etc. Mais également des activités en plein air, telles que la marche, le ski de fond, le jogging, etc.

### ***Prévention par le Service de Santé de la Jeunesse***

Le SSJ a un grand rôle dans la prévention chez les enfants. En effet, faisant partie du DIP, il est proche des écoles et peut à tout moment participer aux différentes campagnes de prévention dans les écoles. Il organise également pour le public, des "Journées de la santé", dans lesquelles il sensibilise la population aux différentes problématiques liées à l'alimentation, équilibrée, et aux activités physiques.

Le SSJ propose des campagnes d'affichage dans les écoles, qui sensibilisent les enfants mais également les parents. Dans toutes les écoles, il y a une infirmière scolaire. Elle a comme fonction, d'être un intermédiaire pour prendre en charge les enfants et les adresser au service le plus compétant. Enfin, le Service de Santé de la Jeunesse s'assure et contrôle que les cantines scolaires proposent des plats équilibrés, notamment des plats avec le label "Fourchette Verte" et veille à ce que toutes les conditions soient respectées pour fournir une nourriture équilibrée aux enfants. Ils veillent également que les cours de gymnastique soit de bonne qualité et qu'ils soient adaptés aux enfants en fonction d'éventuelle maladie qu'ils pourraient avoir. En effet, le SSJ veut que tous les enfants puissent pratiquer un sport en fonction de leur capacité: "le sport pour tous" En proposant ceci, le SSJ s'assure que même l'enfant avec des problèmes de santé puissent également avoir une activité physique.

### ***3. Lorsque la publicité contribue à l'obésité***

Aujourd'hui, chaque fois que nous allumons la télévision, nous sommes submergés de publicité vantant différents produits alimentaires. Quelques soient les émissions ou les films, ils sont entrecoupés de publicités sur la nourriture qui poussera à la consommation. Le consommateur sera tenté d'acheter tel ou tel produit dès qu'il le verra sur les étagères d'un supermarché. Cependant, cette publicité n'atteint pas que les adultes, qui pourraient encore faire la différence. En effet, les enfants sont également visés par les créateurs des publicités. Ce sont des cibles faciles pour les industries agroalimentaires. En plus, de passer de nombreuses heures devant la télévision et de ne pas avoir une activité sportive, les enfants sont accablés de publicité pour plusieurs types de produits, tels que Coca-Cola® ou Kellogg's®, produits dont ils sont friands. En 2006, une étude tessinoise a recensé trente-et-un spots en moyenne pour une heure d'émissions pour les enfants. Dans ces différents spots, 26% concernaient les aliments et 23% les jouets.

Dans le groupe "spots alimentaires", 24% avaient comme cible les fast-foods, 13% pour les céréales de petit-déjeuner, 12% pour les barres chocolatées et 11% pour les boissons sucrées. Mais la question est de savoir si ces spots publicitaires augmentent la consommation de ces aliments par les enfants ? Des études sur les comportements ont montré que si un enfant est exposé à ces publicités, sa consommation d'aliments trop gras ou sucrés augmente. De plus, ils en consomment plus qu'un enfant qui n'a pas été soumis à cette publicité.

Un grand nombre de pays européens comme l'Angleterre ont pris comme décision de bannir la publicité d'aliments dans les émissions pour enfants. Le Canada, la Suède et la Norvège ont également interdit la publicité qui vise les enfants.

En Suisse, en 2004, les médecins exigeaient les mêmes mesures. L'OFSP, en 2004, est entré en négociation avec l'industrie agroalimentaire afin d'avoir un étiquetage clair sur les produits et également d'arrêter ces publicités ciblant les enfants. En 2007, trois ans après le début des négociations, il n'y avait pas eu de mesures prises par les industries agroalimentaires concernant la projection de publicités visant les enfants, ni sur les étiquetages clairs des aliments. Ce n'est qu'en 2011, que six fabricants (Coca-Cola®, Kellogg's®, Mars®, Nestlé®, Pepsico® et Unilever®) ont déclaré qu'ils allaient arrêter en Suisse, les publicités pour les aliments peu équilibrés pendant les émissions destinées aux enfants de moins de 12 ans. Baptisé Swiss Pledge, cet engagement volontaire reprend des principes appliqués aussi dans l'UE et dans une dizaine d'autres pays. Cependant, bien que cet engagement ait été salué par l'OFSP, il n'a pas valeur d'obligation. En plus, il s'agit de supprimer uniquement la publicité télévisée : que faire de tous les autres moyens de pressions qui s'abattent sur les enfants. Par ailleurs, le nouveau Plan d'Etudes Romand du DIP va mettre en place, dès l'automne 2011, des cours d'éducation aux médias y compris le décryptage des publicités.

#### 4. Une prévention mal adaptée

En 2007, une campagne de prévention de l'obésité financée par "Promotion Santé Suisse" est apparue en Suisse avec comme image, des jeux d'enfant dont les sièges étaient surdimensionnés, afin de rendre les gens attentifs sur le problème de l'obésité.

Cette campagne de prévention avait comme cible, d'après "Promotion Santé Suisse", les parents d'enfants qui n'étaient pas encore en surpoids pour les sensibiliser à la problématique.

Pour réaliser cette campagne, aucun professionnel de la santé en charge de personnes obèses n'a été sollicité pour réaliser une bonne prévention. Cette campagne de publicité devait se dérouler sur quatre ans, en utilisant des affiches, des annonces, des spots TV et des sites internet.

Comme "Promotion Santé Suisse" l'affirmait, cette campagne de prévention avait pour cible les personnes pas encore en surpoids ou dont le surpoids n'était pas encore très grave. Le problème est que environ 2,3 millions des suisses sont concernés par le surpoids et également un enfant sur cinq en souffre : ces affichés frappent ces personnes en les accablant et en les stigmatisant. Ceci peut conduire à une certaine discrimination et peut augmenter les stéréotypes négatifs liés à l'obésité.

De plus, il est important à signaler que souvent ces affiches de prévention se trouvent à proximité de publicités qui donnent une information strictement contradictoire, comme de très grands sandwiches à des prix toujours plus bas.



"Exemple d'affiches de la campagne de prévention menée par Promotion Santé Suisse"

#### Qu'est-ce qu'une bonne prévention ?

Une campagne de prévention a, comme but premier, dans le cas de l'alimentation, d'induire des changements de comportement et d'intervenir sur l'environnement au sens large du terme. Une bonne campagne de prévention possède quelques caractéristiques telles que :

- *Un impact à long terme.* La prévention se base sur une action continue qui s'étend sur plusieurs années.
- *L'absence d'un message unique et ponctuel.* En effet, une seule phrase comme "manger moins gras" ou "manger moins" n'est pas suffisant pour faire changer des habitudes alimentaires qui ont été bâties sur des décennies.
- *Une intervention de type pluridisciplinaire, médicales, éducationnelles, gouvernementales, économiques.* En effet, on peut voir que la campagne de prévention de "Promotion Santé Suisse" n'ayant pris en compte l'avis d'aucun spécialiste de santé et ne faisant pas participer ces derniers, ne peut pas aboutir à une prévention efficace.

Les cibles dans le cas d'une prévention doivent être clairement définies. D'après les recommandations de l'OMS et de l'International Task Force on Obesity (ITFO) trois niveaux de prévention sont définis :

- La *prévention générale*, qui s'adresse à la population générale sans aucune distinction. Cette approche a comme but de réduire la prévalence d'obésité, mais a comme inconvénient de ne pas cibler et de s'adresser à des gens qui ne sont pas dans une situation à risque d'obésité.
- La *prévention sélective* s'oriente vers un sous-groupe de gens qui sont potentiellement à risque à cause de conditions socio-économiques, environnementales ou autres.
- La *prévention ciblée* s'adresse quant à elle, directement aux personnes ayant un problème de surpoids. Cette prévention concerne des gens en surpoids qui ne sont pas encore obèses. Le but est, justement, d'éviter qu'ils ne le deviennent et de prévenir l'apparition de complications au niveau métabolique.

Finalement, une campagne de prévention efficace pour une population générale doit favoriser le bien-être et la santé plutôt que la pathologie. Il faut éviter des slogans qui affichent des valeurs statistiques, ou qui stigmatisent les gens en les pointant du doigt. Ce type de prévention ne peut que susciter un mal-être de la part des gens qui sont déjà dans une situation difficile, tant au niveau physique que psychologique.

## **5. Le rôle du médecin de famille**

Les médecins généralistes et les pédiatres sont les plus susceptibles de dépister un début de surpoids. Ils connaissent l'enfant depuis la naissance de même que l'histoire familiale (présence d'obésité dans la famille). En cas de suspicion de risque de surpoids, ils peuvent agir très précocement et ainsi éviter une évolution problématique. Pour traiter du rôle du médecin généraliste et du pédiatre, nous avons interrogé la Dresse Farpour Lambert, pédiatre aux HUG responsable du programme contre poids, ainsi que la Dresse Guillermain Spahr.

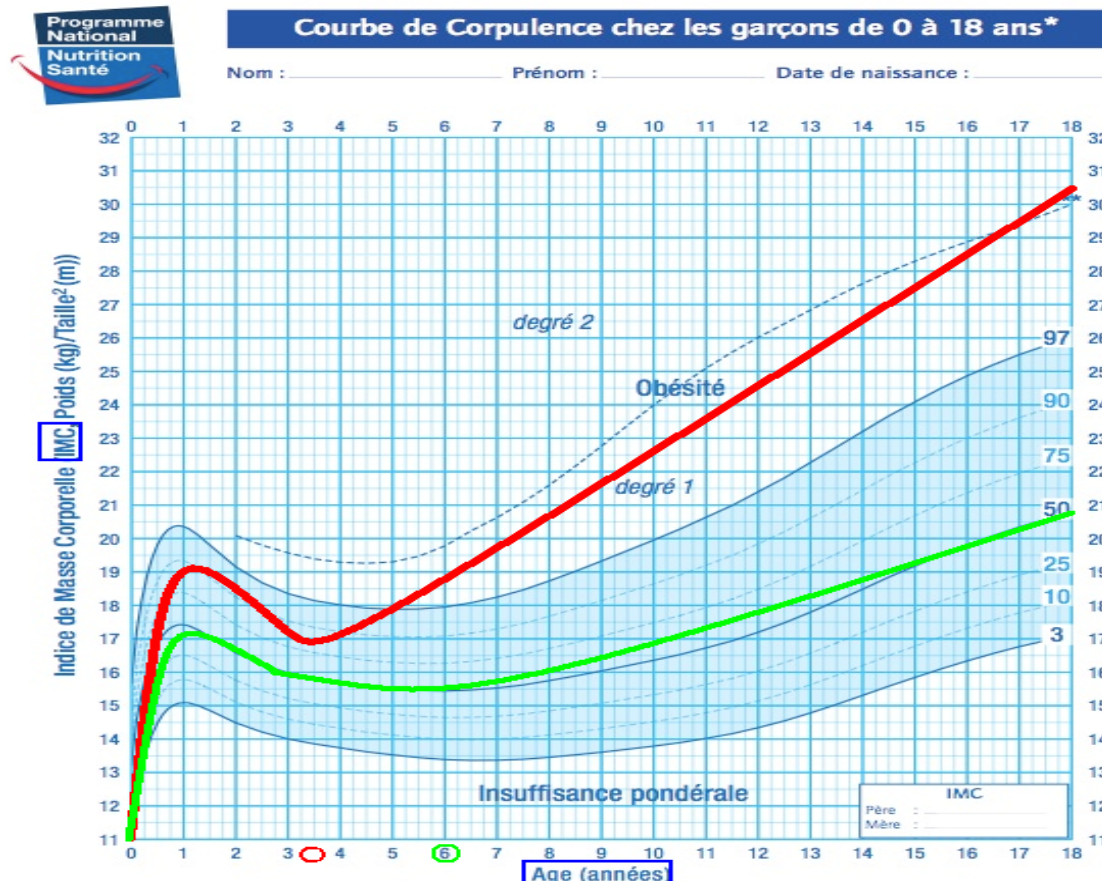
### **a. Dépister le risque d'obésité chez l'enfant**

Le dépistage précoce pour le risque d'obésité futur repose sur plusieurs critères :

- L'anamnèse familiale positive d'obésité est recherchée systématiquement (grands-parents, parents et fratrie) : l'obésité parentale augmente le risque pour l'enfant de devenir obèse

de deux à trois fois et l'influence de l'obésité parentale est à la fois génétique et environnementale.

- Le niveau d'éducation rentre dans l'évaluation car un bas niveau de scolarité des parents est corrélé avec un risque accru d'obésité chez leurs enfants.
- Le rebond d'adiposité de l'enfant est étudié car s'il est prématuré (normalement à l'âge de 6 ans) il est prédisposant (l'âge de rebond de l'IMC est l'âge où l'IMC a été le plus bas avant l'ascension jusqu'à l'âge actuel) : chez l'enfant obèse il en moyenne égal à 3 ans et toujours inférieur à 6ans.



En rouge on peut voir l'évolution de l'IMC d'un cas d'obésité et en vert l'évolution de l'IMC d'un cas normal.

- La documentation sur le poids de naissance est essentielle. En effet, un petit poids de naissance prédisposerait par le phénomène de rattrapage de croissance et un gros poids de naissance prédisposerait par le phénomène de stress oxydatif (influençant le métabolisme des adipocytes).
- Enfin, il s'agira pour le médecin de s'informer sur les habitudes de vie : le comportement alimentaire, la dose d'activité physique ainsi que le temps de sommeil.

Il est important de déceler les troubles du comportement alimentaire de l'enfant précocement : déjà, car en les corrigeant, on limite efficacement la prise de poids et, ensuite, car le comportement des enfants est d'autant plus malléable que l'enfant est jeune. Par ailleurs, il faut aussi porter une attention toute particulière à l'attitude des parents face à la nourriture : un parent obèse pourrait influencer un trouble chez l'enfant par mimétisme et un parent hypercontrôlé pourrait générer une réaction inverse chez l'enfant qui aura tendance à braver les interdits et/ou à montrer un comportement compulsif face à la nourriture.



L'évaluation de la dose d'activité physique est tout aussi essentielle que l'évaluation nutritionnelle. En abaissant seulement le temps de télévision, sans agir sur l'alimentation, on pourrait selon certaines études maintenir ou diminuer le poids. Les interrogations du médecin portent sur le temps passé à faire du sport, le moyen de transport pour aller à l'école et les activités à la récréation. Le médecin peut ainsi aider l'enfant à augmenter son activité en lui montrant où celle-ci fait défaut dans son quotidien et en l'incitant à diminuer ses activités sédentaires.

Un raccourcissement ou un accroissement du temps de sommeil seraient corrélés avec une augmentation du risque d'obésité. Le risque d'être obèse est d'autant plus important que les enfants dorment moins ou plus de 7 à 8 heures par nuit. Des raisons invoquées seraient la sécrétion nocturne de l'hormone de croissance et des modifications dans l'axe du cortisol.

### **b. Modifier l'environnement familial**

La prévention de l'obésité chez l'enfant commence avant la naissance. La femme enceinte doit être motivée par son médecin à adopter un comportement sain en matière d'alimentation et d'activité physique. Le diabète de la femme enceinte qui apparaît chez les mamans à la suite d'un manque d'activité physique et d'une mauvaise alimentation aura des répercussions sur la santé future de l'enfant. A la naissance, l'allaitement devrait être encouragé : il a été montré, qu'allaité, au moins six mois, un enfant avait moins de risque d'obésité.

Les parents sont inclus dans la prévention de l'obésité chez leur enfant. Si ce dernier est détecté comme étant à risque d'obésité par le dépistage précoce, ils vont pouvoir aider l'enfant à modifier ses habitudes.

Au niveau alimentaire, ce sont les parents qui préparent les repas et c'est donc principalement sur eux que repose la responsabilité de fournir une nourriture plus saine à leur enfant. Le médecin de famille peut motiver les parents en leur expliquant les risques pour l'enfant et en leur montrant les bénéfices du changement d'alimentation. Il est aussi important de noter qu'une modification de l'alimentation de l'enfant conjuguée à la modification de celle des parents est plus efficace : cela évite que l'enfant se sente « puni » étant donné que tout le monde est au même « régime » et l'exemple parental est important. Les petits enfants adoptent très tôt les bonnes et les mauvaises habitudes des adultes et les gardent souvent toute leur vie.

L'amélioration nutritionnelle se base à la fois sur la qualité des aliments (moins gras et moins sucrés), sur la quantité (importance d'adapter la quantité à l'âge et au besoin : une stratégie possible peut consister à réduire la taille des assiettes des enfants et à mettre hors de vue les plats pour éviter qu'ils ne se resservent automatiquement) ainsi que sur le rythme (limiter les grignotages, manger à heures fixes quatre repas par jour). Il faut noter qu'en aucun cas il ne faut mettre en place un apport hypocalorique chez l'enfant : d'abord à cause de la croissance et ensuite à cause de l'effet secondaire qu'aurait la frustration sur la santé psychologique de l'enfant. Le médecin généraliste pourra aussi décourager l'usage des « aliments pour enfants » qui contiennent souvent beaucoup de sucre, de graisse et d'additifs : ces aliments spécifiques représentent d'avantage une opération marketing qu'une réelle solution anti-obésité. Aussi, il pourra être conseillé de ne pas se décourager devant un enfant qui « n'aime rien » (en particulier les légumes) :

les enfants doivent goûter plusieurs fois les aliments pour s'habituer au goût. Enfin, un dernier conseil pourra être donné aux parents : il ne faut pas forcer son enfant à terminer son assiette : l'enfant sent très bien combien de calories il lui faut et il devrait pouvoir décider lui-même la quantité qu'il veut manger.

Au point de vue de l'activité physique, c'est le même combat pour les parents : s'ils augmentent leur activité et promeuvent celle de leur enfant ils vont diminuer le risque pour celui-ci de devenir obèse. Ceci est par ailleurs difficile à mettre en œuvre dans la pratique: durant les consultations de pédiatrie auxquelles on a pu assister, on pouvait entendre de la part des parents : « *c'est super si mon enfant fait du sport, mais j'espère que moi-même je n'aurais pas besoin d'en faire durant la thérapie familiale* ». Pourtant, il est important que toute la famille s'active car cela encourage grandement l'enfant.

La promotion du mouvement s'appuie sur deux points : à la fois réduire les activités sédentaires en augmentant les activités sportives et à la fois changer les comportements quotidiens pour privilégier les gestes simples qui permettent d'augmenter la quantité de mouvement. Pour le premier point, il s'agit de limiter le temps consacré à la télévision et à l'ordinateur tout en organisant des activités sportives en famille ou en club. Pour le deuxième point, il s'agit ici de déceler les opportunités de mouvements dans le quotidien : monter par l'escalier plutôt que par l'ascenseur, aller à l'école à pied plutôt qu'en voiture, etc.

Pour clore ce chapitre, il nous a semblé intéressant de faire part d'une étude citée dans l'article "*Family in pediatric obesity management : A literature review*" paru dans International Journal Of Pediatric Obesity. Cet article traite d'études sur l'efficacité de la prise en charge familiale de l'obésité de l'enfant. Une étude en particulier nous a interpellés. Il s'agit d'une étude randomisée contrôlée menée par Flodmark et al. dans un hôpital pédiatrique. Il s'agissait, ici, d'analyser le bénéfice (modification du poids de l'enfant) d'une thérapie familiale visant à améliorer le climat émotionnel et le « coping » de la famille (plutôt que d'agir sur le fonctionnement familial en termes de nutrition et d'activité physique). L'étude montre une perte de poids significative chez les enfants traités par rapport aux contrôles. Cette étude nous montre combien la prise en charge de l'obésité d'un enfant implique sa famille et combien il est important de prendre en compte l'aspect psychologique du problème de poids.

## IV. Conclusion

En conclusion, suite à ce travail, nous pouvons nous rendre compte du problème sociétal qu'est l'obésité. Aujourd'hui, l'obésité est devenue une épidémie. C'est un problème de santé publique : il concerne directement de nombreux acteurs de la communauté et plus largement chacun d'entre nous.

Pour être efficace, la prise en charge de l'obésité se doit d'être pluridisciplinaire et doit être menée sur le long terme. Chaque acteur a sa fonction et celle-ci est essentielle dans le processus de prise en charge.

Autant l'individu *lambda*, que le médecin de famille, que les parents ou encore que l'Etat, jouent un rôle dans la prise en charge, ainsi que dans la prévention de l'obésité.

Enfin, si la prévention est essentielle, il est important de faire attention aux différents abus possibles : par exemple, les campagnes de prévention mal réfléchies qui peuvent avoir un effet dévastateur sur les personnes obèses, notamment en créant des stéréotypes.



## V. Remerciements

- **Service d'éducation thérapeutique pour maladie chronique HUG**
  - **Dr Golay**, Médecin chef
  - **Dresse Bobbioni-Harsch**, Médecin adjoint et tutrice
  - **Dr Pataky**, Chef de clinique et tuteur
  - **Dr Sittarame**
  - **Mme Cristina Anzules**, Responsable du programme d'art-thérapie dans les soins
  - **Mme Muller-Pinget**, Danse-thérapeute, psychothérapeute
  - **M. Lagger**, Pédagogue
- **Le service de Santé de la Jeunesse**
  - **Dr Mahler**, Directeur du Centre de médecine d'exercice, Service de Santé Jeunesse
  - **Mme Batelaan**, Diététicienne
- **Département de l'enfant et de l'adolescent HUG**
  - **Dresse Farpour Lambert**, Pédiatre, médecin du sport, spécialiste de l'obésité et responsable du programme de soins Contrepoids
  - **Les pédiatres du programme contrepoids**
  - **Les éducateurs sportifs du programme contrepoids**
  - **Les enfants et leurs parents**
- **Dresse Guillermain-Spahr**, Médecin interniste au Centre Cressy santé
- **La fondation sportsmile**
- **Mme Lehmann**, Coordinatrice fourchette verte, diététicienne diplômée HES
- **Mme Carrard**, Psychologue responsable du projet de thérapie par internet
- **Claude-Alain Macherel**, Directeur aménagement Ville de Genève
- **Mme Debenay**, Cheffe du Service promotion Santé au département de la Santé Genève

## VI. Bibliographie

- AUBERT C. « *Se raconter autrement* ». Pulsations cahier spécial «*Etre acteur de sa maladie*». juin 2011.
- AUBERT C. « *Auto-traitement par le web* ». Pulsations cahier spécial «*Etre acteur de sa maladie*». juin 2011.
- BAKER J.L. , FARPOUR-LAMBERT N. , NOWICKA P. , PIETROBELLI P. , 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*”. The European Journal of Obesity. April 6, 2010.
- BASDEVANT A., GUY-GRAND B. Médecine de l’obésité. Paris : Flammarion, 2004. (Médecine-Sciences).
- COSTA G. « *On gère mieux sa maladie quand on la connaît* ». Pulsations cahier spécial «*Etre acteur de sa maladie*». juin 2011.
- ETAT DE GENÈVE. *Ville de Genève* [en ligne]. Disponible sur : [http://etat.geneve.ch/dt/mobilite/mobilite\\_douce-754-4506.html](http://etat.geneve.ch/dt/mobilite/mobilite_douce-754-4506.html)
- FARPOUR-LAMBERT N., NYDEGGER A., J. PUDER J. , KRIEMLER S. , L’ALLEMAND D.. « *Comment traiter l’obésité de l’Enfant ? Importance de la prévention primaire* ». Médecine et Hygiène. 2008. 146.
- KOLLER A. « *La motivation, clé du changement* ». Pulsations cahier spécial «*Etre acteur de sa maladie*». juin 2011.
- MONOD A. « *Malbouffe plus discrète à la TV* ». La Liberté. 2011.
- MOLINARI-BÜCHI B. et al. « *Surcharge pondérale et obésité : les acquis et les nouvelles tendances* ». Médecine et Hygiène. 2010. 249.
- NOWICKA P. , FLODMARK C.-E. . “*Family in pediatric obesity management: A literature review*”. International Journal of Pediatric Obesity. 2008.
- PROMOTION SANTE SUISSE. *Promotion Santé Suisse* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.gesundheitsfoerderung.ch>
- TSR. « *L’obésité : les raisons d’un fiasco* ». 36°9. 2007.