

L'adolescent obèse : un casse-tête ou un défi ?

M. Caflish, V. Paris

La prévalence de l'obésité infantile augmente dans tous les pays du monde (tableau 1). Ce fait est lié aux modifications du mode de vie. L'obésité à l'adolescence est un facteur prédictif pour l'obésité à l'âge adulte. Connaître les habitudes alimentaires des jeunes permet de mieux comprendre les adolescents obèses. Derrière un surpoids peuvent se cacher des sentiments de détresse, ces adolescents souffrant souvent d'une mauvaise estime de soi.

Nous proposons une prise en charge en ambulatoire, individuelle ou en groupe et nous abordons avec eux les différents aspects de l'adolescence. L'examen clinique répété est essentiel. S'occuper d'adolescents obèses demande de la patience et de la persévérance. La prise en charge idéale n'existe pas, pas plus qu'une méthode unique de traitement.

Que nous apprend la littérature sur l'obésité à l'adolescence?

La prévalence de l'obésité infantile augmente dans tous les pays du monde (tableau 1). Ce fait est lié aux modifications du mode de vie, de l'environnement familial, à un nouvel équilibre entre les apports alimentaires et les dépenses énergétiques, ainsi qu'aux prédispositions génétiques. On sait aujourd'hui que la probabilité qu'un jeune obèse le reste à l'âge adulte varie entre 20-50% avant la puberté et entre 50-70% après la puberté, ce qui signifie que l'obésité à l'adolescence est un facteur prédictif pour l'obésité à l'âge adulte.(2,3) La prévalence de l'obésité chez l'adulte est de 15-20% en Europe. Une obésité parentale augmente sensiblement le risque d'obésité chez l'enfant.

Pays	Années d'études	Prévalence (%)*
Allemagne	1975/1985/1995	5/5,7/9
Danemark	1940/1980	1/4,5
Etats-Unis	1974/1991	15/22
Finlande	1980/1986	4/4
France	1980/1996	5/12,8
Grande-Bretagne	1972/1981	8,2/12
Japon	1979/1988	7/9,3
Malaisie	1975/1993	1,4/14

Tableau 1. Évolution de la prévalence de l'obésité infantile.

* Les centiles correspondent à des populations de référence différentes.

C'est durant l'adolescence que 15% de la taille définitive et 50% du poids définitif sont acquis et que l'on observe une modification importante de l'activité physique. Lorsque l'on parle d'obésité, la littérature se base principalement sur l'indice de masse corporelle (body mass index = BMI). La définition de l'obésité infantile diffère en fonction des populations étudiées, par exemple en Amérique du Nord elle correspond à un BMI

supérieur au 85e percentile de leurs courbes en fonction de l'âge, et en Europe à un BMI supérieur au 97e percentile de nos courbes en fonction de l'âge.

La revue de la littérature montre qu'il existe une grande variété de suggestions et de programmes pour la prise en charge des adolescents obèses, ayant chacun ses avantages et ses désavantages.

Que sait-on des habitudes alimentaires des adolescents ?

Une étude a été effectuée il y a quelques années sur près de 4000 jeunes vaudois de 10 à 19 ans, dont un des objectifs était de mieux comprendre l'évolution des habitudes alimentaires durant l'adolescence." Les résultats montrent que:

- Seuls 62% des adolescents prennent trois repas par jour.
- Neuf jeunes sur dix ont un repas chaud à midi et six jeunes sur dix le soir.
- Près de 10% ne prennent pas leur petit déjeuner et environ 10% prennent uniquement une boisson le matin (le plus souvent du lait et des jus de fruits).
- Quatre-vingt à nonante pour cent des adolescents consomment des collations, particulièrement l'après-midi, et dont le plus souvent du chocolat, des pâtisseries, des biscuits, du pain, des fruits, des yoghourts ou des produits laitiers. L'apport calorique journalier par les snacks est non négligeable: 23% pour les filles et 20% pour les garçons.

Qu'avons-nous appris auprès des adolescents obèses en consultations de médecine pour adolescents ?

Sur 440 patients suivis dans la consultation pour adolescents à l'Hôpital des enfants de Genève, 47 jeunes (11%) (36 filles et 11 garçons) consultent pour des problèmes d'obésité; leur âge moyen est de 13,5 ans et la diversité culturelle est grande. Une évaluation quantitative montre que parmi ces 47 patients, suivis sur un temps moyen de neuf consultations, 21 (45%) ont réussi à stabiliser ou perdre du poids, 12 (25%) ont pris du poids et 14 (30%) ont interrompu le suivi.

L'évaluation qualitative révèle qu'une majorité de ces adolescents mangent à midi devant la télévision accompagnés par les stars des séries «la petite maison dans la prairie», «la vie de famille» ou «tous sur orbite». Le goûter se passe également devant la télévision en compagnie de «Top models», «Beverly Hills», «Friends» ou «Sunset beach» ! Un grand nombre de ces adolescents avouent avoir recours à la prise d'aliments dans toutes sortes de situations difficiles, le plus fréquemment lorsqu'ils sont seuls à la maison et qu'ils s'ennuient.

Les adolescents obèses ont souvent une mauvaise estime d'eux mêmes: ils sont insatisfaits de leur aspect physique, ils n'aiment pas la forme de leur corps ou parfois juste certaines parties de celui-ci. Ils attachent à cette apparence l'essentiel de leurs critères de valeurs personnelles. La perpétuelle insatisfaction découlant de l'échec renouvelé à atteindre la perfection souhaitée entraîne une auto-dévalorisation répétée.(9) Tout en étant très insatisfaits d'eux-mêmes, ils ont sou-vent beaucoup de peine à parler

de ce qu'ils ressentent. Il leur est plus facile de s'exprimer au sujet des regards que les autres portent sur eux, avec toute la rage et la déception que cela entraîne. Lors des consultations il est essentiel de les aider à découvrir ce qui anime leur intérieur, en prenant de la distance par rapport au problème «poids». Il est important de ne jamais oublier que tout adolescent est impliqué dans une phase de transition qui est caractérisée par un désir d'indépendance ambivalent, des changements de l'image corporelle et la découverte d'un corps sexué.

Surviennent également des changements dans les relations avec les pairs et les parents ainsi que des difficultés pouvant être liées à la scolarité et aux projets d'avenir. Nous avons constaté dans notre consultation qu'il est important d'aborder ces thèmes très concrets pour permettre au patient de comprendre ce qui peut se cacher derrière son excès de poids (tableau 2).

<ul style="list-style-type: none"> - La notion de plaisir et d'ennui - Le temps des loisirs et les activités sportives - Les problèmes scolaires et les projets d'avenir - Les "mauvaises habitudes" et les autres comportements à risque - L'habillement et l'estime de soi - Le regard des autres et le rôle parmi les pairs - Les relations en familles
Tableau 2. Les thèmes utiles à aborder avec les adolescents

Quelle prise en charge proposer?

Dès la première consultation nous essayons d'établir une relation de confiance en s'intéressant à l'histoire personnelle du patient. Tout adolescent obèse a un passé unique et un savoir propre autour de ses troubles du comportement alimentaire. Il a souvent déjà consulté divers professionnels de la santé et essayé de multiples régimes. La compréhension de ses représentations, de son histoire et de son organisation journalière va nous aider à proposer une prise en charge individualisée la plus adaptée possible. Une des grandes difficultés est le manque de motivation pour un suivi régulier à long terme. En effet, ces adolescents ont peu de plaintes somatiques et peu d'inquiétudes pour leur santé, comparés aux autres adolescents qui consultent." L'adolescent obèse est peu réceptif aux conseils diététiques et aux suggestions d'activités sportives. Il ne se projette pas dans un avenir lointain et par conséquent se sent peu concerné par les complications tardives associées à l'obésité. Par contre les désagréments et les frustrations qu'il peut ressentir immédiatement restent des portes d'entrée plus accessibles (tableau 3).

Complications ressenties par l'adolescent	Complications tardives (retrouvées le plus souvent à l'âge adulte)
<ul style="list-style-type: none"> - Ostéo-articulaires: entorses, dorsalgies, gonalgies (épiphysiolyse) - Respiratoires: dyspnée d'effort, hypoventilation, apnée du sommeil - Limitations diverses: physiques, esthétiques, psychologiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Ostéo-articulaires: arthroses - Cardiovasculaires: hypertension artérielle, athérosclérose - Métaboliques: diabète, hyperlipidémie, hypercholestérolémie, hyperinsulinisme - Problèmes hépatiques, cholélithiase
Tableau 3. Complications et comorbidités associées à l'obésité.	

Afin de pouvoir sortir du champ restrictif de l'excès de poids, il est important, lors de l'examen clinique, de rechercher les signes physiques indirects liés à l'obésité, de verbaliser nos constatations et d'en discuter avec l'adolescent (vergetures, intertrigo, sudation excessive). Un examen clinique répété est nécessaire pour aider l'adolescent à réinvestir son corps, à en prendre soin et à l'aimer. Lors du statut clinique nous portons également un intérêt particulier aux caractères sexuels secondaires, sachant que les adolescentes obèses ont fréquemment une puberté avancée avec tout ce que cela implique au niveau psycho-social. Nous recherchons toujours les signes cliniques évoquant l'hypercorticisme, l'hypothyroïdie, l'hyperandrogénie (hirsutisme) et l'hyperinsulinisme (acanthosis nigricans). Lors de la première consultation nous nous posons aussi la question des examens complémentaires à effectuer. Pour la prise en charge immédiate, le bilan de routine est peu utile: il peut donner le sentiment à l'adolescent que tout est encore normal et pas trop inquiétant. L'examen clinique approfondi nous permet de sélectionner les examens nécessaires à l'exclusion du syndrome de Cushing, de l'hypothyroïdie, d'un insulinome, et des syndromes de Prader-Willy, de Laurence-Moon-Bield et de Stein-Leventhal. Par contre le dépistage des complications liées à l'obésité, telles qu'on les retrouve chez l'adulte obèse (tableau 3) est effectué au cours du suivi médical de ces patients.

Les conseils diététiques donnés aux adolescents doivent prendre en considération leurs préférences alimentaires (tableau 4).(12) On ne connaît que trop bien leur aversion pour les légumes et leur souhait de faire comme leurs pairs. Le «fast-food» prend une place importante dans l'alimentation des jeunes. Il détermine le choix des restaurants (bon marché et service rapide) et des repas qu'ils préparent à domicile (vite cuisinés et faciles à manger). En consultation nous proposons une réflexion sur «manger bien», «manger mal», «manger trop» et «manger sain». Nous essayons de fixer un objectif commun avec l'adolescent, par exemple éviter les boissons sucrées et diminuer le grignotage, sans modifier l'alimentation trop rapidement. N'oublions pas que l'adolescent obèse est encore fortement ancré dans son milieu familial, qui peut être un obstacle aux changements. C'est l'adolescent lui-même qui nous montrera le rythme à prendre et qui reste le prescripteur de son propre plan alimentaire.(13) Notre premier objectif est donc une stabilisation à l'aide de moyens simples. La perte pondérale est envisagée dans un second temps. La prise en charge nécessite une perspective à long terme, le suivi est individualisé et la fréquence des consultations est fixée avec l'adolescent (de bihebdomadaire à trimestrielle).

Aliments préférés	Aliments les plus rejetés
<ul style="list-style-type: none"> - Pizza - Glaces - Spaghettis - Pommes frites - Hamburger - Pudding - Corn flakes - Chips - Pop-corn - Fruits 	<ul style="list-style-type: none"> - Foie - Poisson - Chou-Fleur - Choux de Bruxelles - Choucroute - Pot-au-feu - Camembert
<p>Tableau 4. Les aliments, les préférés et les plus rejetés par les adolescents.</p>	

En pratique, nous proposons différentes approches individuelles ou en groupe. Nous effectuons un examen clinique régulier et proposons des examens complémentaires en fonction de celui-ci. Notre prise en charge fait partie d'un réseau interdisciplinaire plus vaste incluant les consultations d'endocrinologie, le Service Santé jeunesse, les pédiatres, les médecins généralistes et les diététiciennes.

Quelles conclusions ?

L'obésité se trouve au carrefour entre «symptôme», «maladie chronique» et «problème psycho-social». S'occuper d'adolescents obèses demande de la patience et de la persévérance, ils nous interpellent par leurs soucis de poids mais également par leur vécu d'adolescents. Nous comprenons l'obésité comme une sorte de forteresse protectrice derrière laquelle l'adolescent s'abrite des sentiments dépressifs et d'ennui. La prise en charge idéale n'existe pas, mais le plaisir que nous avons à travailler avec ces adolescents nous encourage à chercher de nouvelles approches.

Bibliographie

- 1 Frelut ML, Cathelineau L, Bihain BE, Navaho J. Prévalence de l'obésité infantile dans le monde. Quelle évolution ? *Med Nut* 1995; 6: 293-7.
 - 2 Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz W. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997; 337: 869-73.
 - 3 Expertise collective. Obésité: dépistage et prévention chez l'enfant. Paris: Les éditions INSERM, 2000.
 - 4 Archambaud MP, Jacquin P. L'Obésité. In: AMn P, Marcelli D (Eds): Médecine de l'adolescent Collection Pour le praticien. Paris: Masson, 1999.
 - 5 Berkowitz RI. Treating adolescent obesity. *Adolesc Med State Art Rev* 1997; 8: 181-95.
 - 6 Story M, Neumark-Sztainer D. Promoting healthy eating and physical activity in adolescents. *Adolesc Med State Art Rev* 1999; 10: 109-23.
 - 7 Tauber M, Jouret B, Fouroux M, Rnhirrinf P Pri.Ga an rharua H.- l'obésité de l'enfant et de l'adolescent: on doit se mobiliser. *Arch Pediatr* 1998; 5: 5955.
 - 8 Cavadini C, Decarli G, Grin J. Habitudes alimentaires des adolescents: enquête alimentaire 1996-1997. Centre de recherche Nestlé et IUMSP, Université de Lausanne, 1997.
 - 9 Neumark-Sztainer D, Story M, Faibisch L. Perceived stigmatization among overweight africanamerican and caucasian adolescent girls. *J Adolesc Health* 1998; 23: 264-70.
 - 10 Pesa JA, Syre TR, Jones E. Psycho-social differences associated with body weight among female adolescents: The importance of body image. *J Adolesc Health* 2000; 26: 330-7.
 - 11 Caflisch M, De Guillenchmidt C, Alvin P. Les symptômes flous à l'adolescence. *Ann Pediatr (Paris)* 1998; 45: 295-302.
 - 12 Diehl JM. Préférences alimentaires des garçons et filles de 10 à 14 ans. *Schweiz Med Wochenschr* 1999; 129: 151-61.
 - 13 CI Theubet MP. L'approche de l'obésité. In: Michaud PA, Alvin P, et al. La santé des adolescents: approches, soins, prévention. Lausanne: Payot, 1997; 249-57.
- Reproduit de:** *Médecine&Hygiène* 2327-8, 20 décembre 2000, 2566-2568.