

**FACULTÉ DE MÉDECINE DE NECKER-ENFANTS MALADES**

Mémoire de Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales  
« Ethique, déontologie et responsabilité médicales »

**L'inclusion  
des enfants de moins de huit ans  
dans le réseau de soins  
REPOP - Ile de France.**

**Amandine CHAUVEAU  
Étudiante en PCEM 2**

**Sous la direction du Dr. Grégoire MOUTEL**

Juin 2004

**Laboratoire d'éthique médicale, de droit de la santé et de santé publique  
Directeur : Pr. Christian HERVE**

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	3
I) INTRODUCTION.....	4
A) Obésité infantile .....	4
1) L'obésité : véritable épidémie.....	4
2) Définition de l'obésité.....	4
3) Origines multifactorielles.....	5
4) Diagnostic de l'obésité.....	5
5) Évaluation initiale .....	6
6) Conséquences et enjeux majeurs de l'obésité .....	6
B) Réseaux .....	6
1) Définition .....	6
2) Histoire.....	7
3) Rôle et objectifs .....	8
II) PROBLEMATIQUE .....	9
A) Les mesures prises pour lutter contre l'obésité.....	9
1) Le PNNS .....	9
2) Les réseaux ville-hôpital .....	9
3) Les mesures générales.....	10
B) L'inclusion des enfants de moins de 8 ans dans le réseau de soins REPOP .....	10
III) MATÉRIEL et MÉTHODE .....	12
A) Contexte de l'étude .....	12
B) Résultats .....	12
1) Distinction entre les enfants de moins et de plus de huit ans.....	12
2) Points essentiels abordés lors de la première consultation .....	13
3) Aborder l'obésité .....	13
4) Aborder la question du changement global d'habitude de vie.....	13
5) Les modalités d'information sur une éventuelle intégration dans le réseau .....	14
6) Les difficultés relevées .....	14
IV) DISCUSSION .....	16
A) Critique de la méthodologie.....	16
1) Sur les critères d'inclusion.....	16
2) Sur le recueil des données :.....	16
B) Huit ans : âge limite pour comprendre et décider ?.....	16
C) Dans quelle mesure les médecins adhérant au réseau informent-ils parents et enfant de moins de huit ans ?.....	17
1) Sur l'obésité infantile et son traitement .....	18
2) Sur le réseau de soins REPOP .....	19
D) Comment obtenir le consentement des parents sans négliger l'avis de l'enfant de moins de huit ans ?.....	21
V) CONCLUSION .....	24
BIBLIOGRAPHIE .....	25
ANNEXES .....	27

## REMERCIEMENTS

Au Dr Nicole LÉVY - LOEB, qui m'a aidé au début de ce travail et qui m'a permis d'assister aux réunions de réseau REPOP à l'hôpital Trousseau

Au Pr. Patrick TOUNIAN, au Dr Hélène CHANTEREAU et au Dr Marlène DREYFUS, qui m'ont chaleureusement accueillie lors des réunions du réseau

Au Dr Myriam DABBAS -TYAN et à Soizic VERBORG, qui nous ont aidé à contacter les médecins du réseau.

À Alexandra SALFATI, qui nous a aidé à rédiger le guide d'entretien et qui m'a soutenu dans la rédaction de mon mémoire.

Au Dr Grégoire MOUTEL et au Pr. Christian HERVÉ, qui m'ont guidé lors des après-midi consacrés aux mémoires des étudiants et qui m'ont fait découvrir l'éthique lors de ma première année de médecine.

À tous les médecins qui ont accepté de nous consacrer un peu de leur temps pour répondre à nos questions.

À Gaëtane NOCTURNE qui m'a aidée à recueillir les propos des médecins.

# I) INTRODUCTION

## A) *Obésité infantile*

### 1) **L'obésité : véritable épidémie**

Depuis 1998, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que l'obésité est une épidémie. Les articles et les enquêtes concernant la progression de l'obésité en France se multiplient dans les revues spécialisées comme dans les quotidiens nationaux.

En voici quelques exemples :

Le 16 septembre 2002, Le Monde publie : « Alors que la France comptait de 5 à 6% d'enfants obèses (de 5 à 12 ans) dans les années 1980, la proportion est passée à 15% en 2000. " En matière d'obésité chez l'enfant, la situation est alarmante " reconnaît le directeur général de la santé » [1].

Le 17 juin 2003, un communiqué de presse fait part des résultats de l'enquête ObEpi 2003. Les enquêtes ObEpi sont des études de référence permettant d'évaluer tous les 3 ans la progression de l'obésité et du surpoids en France et de mesurer la gravité de la situation française. ObEpi 2003, 3ème édition de l'enquête, recense plus de 5,3 millions de personnes adultes obèses (11,3% de la population) et 14,4 millions de personnes (30,3%) en surpoids. La prévalence de l'obésité est passée de 8,2% en 1997 à 9,6% en 2000 à 11,3% en 2003 soit une augmentation de 5% par an [2].

Le Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris du mois de juin 2003 consacre un article à l'obésité de l'enfant. L'obésité de l'enfant est en phase d'accroissement rapide. En 10 ans, sa prévalence a augmenté de 27%. En 2001 en agglomération parisienne, 16,6% des enfants de grande section maternelle (5-6 ans) étaient obèses [3].

Le Monde du 15 mai dernier rapporte : « En France, l'obésité touche près de 12 % de la population, contre 8,2 % en 1997 et 6 % en 1990. " A ce rythme, notre pays devrait atteindre le taux d'obésité américain vers 2020 ", prévient le sénateur socialiste Claude Saunier dans un rapport publié à la fin du mois d'avril. Et le parlementaire d'ajouter : " L'obésité sera à la source d'un désastre sanitaire et d'une implosion financière de l'assurance maladie. " ».

Le magazine des adhérents de la Section MGEN de Paris du mois de mai 2004 consacre un article écrit par un médecin nutritionniste de l'hôpital Necker à propos de la collation matinale dans les écoles maternelles qui est actuellement sur la sellette.

Tous ces articles nous font comprendre qu'il est urgent d'agir car : « En 2020, il se pourrait, si rien n'était fait, que 20% des enfants soient obèses » [4].

### 2) **Définition de l'obésité**

Selon l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES), l'obésité se définit comme « un excès de masse grasse qui peut avoir des conséquences néfastes pour la santé » [5].

L'indice de masse corporelle (IMC) permet d'apprécier la surcharge pondérale en rapportant le poids du patient (en kg) sur sa taille au carré (en m<sup>2</sup>).

Chez l'adulte, l'obésité est définie par un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup> tandis que chez l'enfant, l'obésité se définit par un IMC supérieur au 97<sup>ème</sup> percentile des courbes d'IMC françaises. La définition de l'obésité est plus difficile chez l'enfant car il y a d'importantes variations physiologiques de l'adiposité au cours de la croissance.

### **3) Origines multifactorielles**

L'obésité a longtemps été considérée comme une faillite de la volonté, une punition du pêché de gourmandise..., tout sauf un problème médical [6]. L'obésité est une maladie complexe et chronique.

Il faut prendre en compte 4 grands types de facteurs :

- Facteurs physiologiques : l'hérédité et le comportement alimentaire (surconsommation, mauvaise équilibre et déstructuration des repas) sont des déterminants essentiels.

- Facteurs psychologiques : la solitude, le cafard, l'ennui, la contrariété, le conflit sont des éléments qui favorisent la surconsommation alimentaire tout comme certains facteurs de stress. Les événements familiaux et environnementaux sont sources d'émotions massives pour l'enfant. Il compense alors en mangeant beaucoup trop sans faim et sans besoin physiologique réel. De plus, les repas ont une fonction psychologique et sociale très importante.

- Activités physiques et sédentarité : Il existe un lien indéniable entre l'obésité et l'inactivité physique. L'industrialisation et l'urbanisation ont réduit l'activité physique. Les dépenses et donc les besoins énergétiques ont considérablement diminués. L'activité physique est désormais une activité volontaire. « Pressés, les parents préfèrent courir à l'ascenseur et utiliser la voiture pour emmener les enfants à l'école. Quant aux loisirs – télévisions, jeux vidéos, ordinateurs- ils deviennent de plus en plus passifs » [1]. Le temps passé devant la télévision augmente le risque d'obésité : l'enfant est inactif et reçoit des messages publicitaires alimentaires à profusion.

- Facteurs sociaux : « L'obésité est (...) une manifestation de nos difficultés d'adaptation aux mutations socio-économico-culturelles de notre société » [7]. L'évolution de notre société, du fait de conditions de vie plus confortables et de loisirs sédentaires, a non seulement réduit notre dépense énergétique mais nous a aussi habitué à une abondance et à une variété alimentaires considérables.

Depuis la fin des années 1950, l'enfant est un consommateur cible pour la publicité et son avis est de plus en plus pris en compte par les parents qu'il s'agisse de l'alimentation ou de toute autre chose. De plus, l'idéal corporel est aujourd'hui à la minceur et ce phénomène ne cesse de s'accroître. Il en découle une forte pression sociale.

### **4) Diagnostic de l'obésité**

Le diagnostic de l'obésité repose donc sur la mesure régulière et répétée du poids et de la taille des enfants, le calcul et le report de l'IMC sur les courbes de corpulence.

On parle d'obésité de degré 1 pour des IMC se situant entre le 97<sup>ème</sup> percentile et le percentile correspondant à un IMC de 30 kg/m<sup>2</sup> à 18 ans. Au-delà, on parle d'obésité de

degré 2. Ces courbes de corpulence ont été établies par le Programme national de nutrition santé (PNNS) et l'Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité pédiatrique (APOPOP).

## **5) Évaluation initiale**

Lors de la prise en charge clinique de l'enfant, le médecin doit évaluer la motivation de l'enfant et de sa famille, apprécier le degré de surcharge pondérale, rechercher les éléments cliniques qui lui permettront de s'orienter vers une étiologie et de rechercher d'éventuelles complications de la surcharge pondérale. L'ANAES recommande « une prise en charge visant à obtenir une modification des comportements de l'enfant et de la famille associée à une prise en charge diététique, une incitation à l'activité physique et une réduction de l'inactivité » [5].

## **6) Conséquences et enjeux majeurs de l'obésité [7]**

L'obésité a des conséquences psychologiques importantes. L'enfant a une mauvaise image de son corps et son surpoids est source de rejet social.

D'un point de vue médical, la surcharge pondérale augmente le risque de problèmes orthopédiques, respiratoires, cardio-vasculaires et métaboliques ainsi que le risque de plusieurs types de cancer.

Un certain nombre d'obésités infantiles persistent à l'âge adulte. Le risque d'obésité à l'âge adulte est fonction de l'âge de survenue de l'obésité, des antécédents familiaux, de l'âge de survenue du rebond d'adiposité (remontée de la courbe d'IMC qui survient physiologiquement vers l'âge de 6 ans)... La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie de 20-50 % avant la puberté à 50-70 % après la puberté [5].

Les personnes ayant été obèses dans leur enfance ont un risque accru de pathologie cardio-vasculaire. Aux Etats-Unis, « l'obésité est la deuxième cause de mortalité, juste derrière le tabac » [8].

## **B) Réseaux**

### **1) Définition**

La Coordination Nationale des Réseaux donne la définition suivante : «Le réseau constitue à un moment donné sur un territoire donné la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté » [9].

Selon l'ANAES : « Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un terrain donné » [10].

Il faut bien différencier le réseau de santé d'une filière. On parle de filière lorsqu'un patient est orienté vers l'hôpital par son médecin traitant puis, pris en charge par une infirmière libérale à domicile. Tout cela n'est pas organisé ni structuré. Le réseau permet quant à lui une organisation coordonnée de professionnels et d'institutions qui ont des objectifs communs afin d'améliorer la prise en charge des patients, l'éducation à la santé, la prévention...

Un réseau de santé est transversal aux institutions et composé de nombreux professionnels sanitaires, sociaux et médicaux, volontaires pour coopérer.

## 2) Histoire

En 1900, la tuberculose tuait 150 000 personnes par an et il n'y avait aucun traitement actif de la maladie. Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, un véritable plan de prise en charge global de la tuberculose se met en place. La lutte contre la tuberculose fut la première expérience française en matière de réseau [11]. La mise en place de ces réseaux, centrés sur les dispensaires pour isoler et surveiller les sujets contagieux, devait permettre de venir à bout d'une épidémie catastrophique, d'un problème de santé publique.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 met en place la Sécurité sociale et donc, le principe de prise en charge par la collectivité du risque assurance maladie. On sépare alors prévention et soin. L'État finance et met en place des réseaux institutionnels chargés de la prévention des fléaux sociaux ainsi que des soins, et de la réhabilitation des malades.

En 1970, l'hôpital public a un rôle de service public et peut agir dans le domaine de la prévention. Des réseaux sanitaires spécialisés se mettent en place pour lutter contre l'alcoolisme, le tabac, la toxicomanie, les maladies vénériennes...

La loi du 19 janvier 1983 introduit la notion de « réseau de soins coordonnés » en faisant référence aux HMO (Health Maintenance Organization) américains pour une organisation plus rationnelle de la délivrance des soins [10].

À la fin des années 1980, l'apparition du sida constitue un bouleversement important dans le système de santé. Les patients atteints par le VIH réclament une prise en charge plus globale. Les professionnels de santé s'organisent alors en réseau pour prendre en charge les malades hors de l'hôpital. Cependant, ces réseaux restent informels et en dehors de toute réglementation.

En 1991, une loi hospitalière permet le développement des réseaux ville-hôpital avec des financements mixtes entre État et assurance maladie.

Les ordonnances Juppé d'avril 1996 inscrivent dans le code de la Sécurité sociale la possibilité d'expérimenter, dans le cadre de la médecine de ville, des réseaux autour d'une pathologie ou d'une population donnée. « En vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire et par le schéma d'organisation sanitaire, les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins, au sens de l'article L.712-2 (carte sanitaire), ou à certaines pathologies ».

Les ordonnances Juppé officialisent enfin les réseaux de soins. Elles définissent les objectifs des réseaux : « organiser un accès plus rationnel au système de santé, assurer une meilleure

orientation du patient, favoriser la coordination et la continuité des soins (...) et promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité »... [12]

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé vient remplacer les réseaux de soins par les réseaux de santé, visant à « favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires » [13].

### **3) Rôle et objectifs**

Les réseaux de santé ont non seulement pour but la prise en charge et le traitement des patients mais aussi la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé.

« Les réseaux permettent d'additionner des compétences, de diminuer les doublons de prise en charge, d'optimiser les temps de réponses médicales et d'assurer une meilleure coordination des soins apportés aux patients. »

Les réseaux de santé répondent à la demande des patients d'être pris en charge de façon plus globale et plus efficace et ont une importance considérable dans le cadre de maladies chroniques et complexes où une approche pluridisciplinaire est essentielle.

Le patient se trouve au centre du réseau : ce sont les professionnels qui gravitent autour de lui et non le patient qui va de professionnel en professionnel.

Enfin, les réseaux permettent aux professionnels de la santé libéraux de suivre des formations spécifiques, de ne pas oublier le travail en équipe et ainsi de ne pas être isolé.



## II) PROBLEMATIQUE

### ***A) Les mesures prises pour lutter contre l'obésité***

#### **1) Le PNNS [14]**

Pour lutter contre la progression de l'obésité en France, un Programme National Nutrition-Santé (PNNS) a été lancé le 31 janvier 2001 par les pouvoirs publics. Le PNNS a comme objectif général « d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition ». L'un des neuf objectifs nutritionnels prioritaires en terme de Santé Publique est d'interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants. Augmenter la consommation de fruits et légumes ainsi que augmenter l'activité physique sont deux autres objectifs considérés comme prioritaire par le PNNS. Le PNNS souhaite favoriser l'activité physique, améliorer la restauration scolaire, faciliter l'accès à la consultation de nutrition... Depuis septembre 2002, le PNNS a créé le Guide alimentaire pour tous et depuis début 2003 des courbes de référence et un disque de calcul de l'IMC ont été adressés à tous les médecins. Le PNNS a consacré un paragraphe entier au développement des réseaux de proximité.

#### **2) Les réseaux ville-hôpital**

Selon l'âge de l'enfant, le contexte, les difficultés rencontrées dans la prise en charge, le médecin traitant peut s'aider du concours des autres professionnels de proximité, médicaux et autres (scolaires, psychosociaux, etc.) ; une prise en charge multiprofessionnelle est souhaitable [5] . Des réseaux de soins seraient adaptés pour une telle prise en charge.

En 2001, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) a créé un comité d'orientation destiné à mettre en œuvre une politique nutritionnelle dans les établissements de santé. Ce comité, présidé par Claude Ricour, a jugé indispensable d'avoir recours à une stratégie innovante pour faire face à l'augmentation alarmante de la prévalence de l'obésité de l'enfant. Trois sites pilotes (Paris, Toulouse et Lyon) ont été retenus pour initier des réseaux ville-hôpital autour de l'enfant obèse et de sa famille. Ces réseaux ont été créés afin de répondre à un besoin de Santé Publique majeur. En se mobilisant autour de l'enfant obèse et de sa famille, les médecins du réseau prennent en compte l'importance de l'environnement familial et social dans le développement de la maladie.

L'un de ces réseaux est mis en place en Île-de-France, c'est la naissance du Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (REPOP-IdF).

Un site a été créé : [www.repop.fr](http://www.repop.fr)

Le REPOP regroupe médecins traitants, pédiatre ou généraliste, médecins de PMI, de la médecine du sport, médecins scolaires, médecins de proximité et professionnels hospitaliers exerçant dans un des trois grands hôpitaux pédiatriques de Paris participant au réseau : Necker, Trousseau et Robert Debré.

L'élément central, le pivot, reste le médecin traitant, qui a la possibilité d'orienter ses patients vers d'autres médecins ou vers l'hôpital. Ainsi le REPOP permet une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire des enfants et adolescents en surpoids. Tous les acteurs sont formés afin

d'avoir une stratégie et un langage communs dans le dessein d'une plus grande efficacité. Parents et professionnels sont impliqués [15]. Le cadre éthique et déontologique des professionnels de santé, leurs engagements ainsi que celui des patients et de leurs parents sont clairement définis par la charte du réseau. (Annexe 1)

En outre, il existe un document d'information destiné aux médecins (Annexe 2) afin qu'il signe le formulaire d'adhésion des médecins au réseau de soins REPOP (Annexe 3) en toute connaissance de cause. De même, il existe un document d'information de deux pages destiné aux parents et aux enfants que le médecin traitant remet aux patients lorsqu'il leur propose une inclusion dans le réseau (Annexe 4).

Si parents et enfants décident d'adhérer au réseau de soins REPOP, les parents doivent signer un formulaire de consentement parental (Annexe 5) et les enfants de plus de 8 ans doivent signer un formulaire de consentement du patient d'adhésion au réseau de soins REPOP (Annexe 6).

Le 4 décembre 2002, Jean-François Mattéi confie une mission d'expertise sur le développement de ces réseaux ville-hôpital au Professeur Claude Ricour [16].

### **3) Les mesures générales**

Le 4 novembre 2003, l'Académie Nationale de Médecine recommande de mettre en œuvre quatre grandes mesures pour lutter contre l'augmentation de l'obésité chez les jeunes.

La première concerne la prévention de l'obésité dès l'enfance avec une promotion de l'activité physique à l'école, une alimentation diversifiée et équilibrée, une formation spécifique des médecins, des professionnels de santé ainsi que des enseignants et une responsabilité particulière des médecins et infirmiers scolaires.

La deuxième mesure concerne la recherche sur la nutrition.

La troisième regroupe quatre mesures réglementaires : le contrôle de l'étiquetage des produits alimentaires, le contrôle de la publicité concernant les aliments et visant les familles et les enfants, une adéquation des repas servis dans les cantines scolaires et l'interdiction des distributeurs de confiseries et de sodas dans les établissements scolaires. Dans la dernière mesure, l'incitation à un allaitement maternel au moins jusqu'au quatrième mois est recommandée au cours des consultations prénatales [17].

A la fin du mois d'avril dernier, les députés ont adopté les mesures concernant le contrôle de la publicité et l'interdiction des distributeurs dans les établissements scolaires.

Actuellement, le maintien de la collation matinale distribuée à l'école maternelle est en discussion.

### ***B) L'inclusion des enfants de moins de 8 ans dans le réseau de soins REPOP***

À l'occasion de l'évaluation externe du réseau, j'ai choisi de m'intéresser plus particulièrement au contenu et aux modalités de l'information délivrée par le médecin traitant

lors d'une éventuelle adhésion des enfants de moins de 8 ans au réseau REPOP et du rôle donné aux parents dans ce contexte.

La loi du 4 mars 2002 ne fixe pas de limite d'âge en ce qui concerne l'information délivrée au patient [13].

Art. L. 1111-2. – « **Toute personne** a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ».

Cependant cette même loi prévoit une exception pour les mineurs ou majeurs sous tutelle : « Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par **les titulaires de l'autorité parentale** ou par le tuteur. Ceux-ci **reçoivent l'information prévue** par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. **Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle** ». Dans ce même article du Code de la Santé Publique, il est énoncé que les mineurs « ont le droit de recevoir eux mêmes une information d'une manière adaptée à leur degré de maturité ». Quelque soit le texte officiel considéré, l'âge à partir duquel il y a lieu d'associer l'enfant au traitement n'est pas précisé, il revient donc toujours au médecin d'apprécier, au cas par cas, la maturité ainsi que les capacités de compréhension et de discernement de l'enfant.

Le service des recommandations professionnelles de l'ANAES énonce : « La prise en charge est adaptée selon l'âge : centrée sur les parents pour les nourrissons et les enfants de moins de 6 ans, puis sur l'enfant et ses parents chez les enfants de 6 à 12 ans et ultérieurement sur l'adolescent » [5]. L'ANAES considère donc que l'enfant doit avoir un rôle considérable dans la prise en charge de son surpoids à partir de l'âge de 6 ans. Cependant jusqu'à 12 ans, les parents gardent une place importante dans la prise en charge de l'obésité de leur enfant.

La loi du 4 mars 2002 n'ayant pas donné de limite d'âge, Claude Ricour et ses collègues ont pensé que l'âge scolaire élémentaire de 8 ans était un âge à partir duquel l'enfant pouvait être relativement attentif aux informations données par le médecin et ainsi signer le formulaire de consentement de façon éclairée.

Les événements environnementaux et familiaux étant reconnus comme éléments déterminants du surpoids de l'enfant, il m'a semblé intéressant de demander aux médecins dans quelle mesure et sur quels critères ils s'adressaient plus particulièrement aux enfants ou aux parents dans le cadre d'une éventuelle intégration au réseau.

En outre, la relation médecin-parents est intéressante car il ne s'agit pas d'une relation médecin-malade. Le médecin doit informer et obtenir le consentement des tierces personnes que sont les parents du patient tout en gardant à l'esprit que c'est l'enfant qu'il soigne, que c'est le principal intéressé et qu'il doit par conséquent être, dans la mesure du possible, informé de façon adaptée de sa maladie et des soins que ses parents et le médecin ont choisi pour lui.

### **III) MATÉRIEL et MÉTHODE**

#### **A) Contexte de l'étude**

L'étude a été menée à l'occasion de l'évaluation externe du réseau ville – hôpital de prise en charge de l'obésité en pédiatrie.

Afin de répondre à ma problématique, j'ai souhaité interroger les médecins du réseau sur la façon dont ils incluait enfants et parents dans le réseau.

J'ai été invitée à assister aux réunions mensuelles du réseau à l'hôpital Trousseau.

Myriam DABBAS, avec l'aide de Soizic VERBORG, a contacté les médecins du réseau et m'a ensuite communiqué la liste des médecins volontaires pour participer à l'étude. J'ai alors pris rendez-vous avec eux pour un entretien.

L'étude a été menée à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès des médecins, généralistes et pédiatres, adhérant au réseau et se portant volontaires pour participer à l'étude, qu'ils se soient ou non investis dans la mise en œuvre du réseau REPOP. Le choix d'entretiens semi-directifs a permis aux médecins de répondre de façon libre mais concise, sans leur prendre trop de temps. Chaque entretien a duré environ une demi-heure, en face à face, selon un guide d'entretien (Annexe 7) défini préalablement.

Ce guide a été réalisé avec l'aide d'Alexandra SALFATI et de Grégoire MOUTEL et a ensuite été approuvé par Myriam DABBAS. Il comporte 13 questions.

Les cinq premières questions portent sur :

- l'information délivrée aux parents et aux enfants sur l'obésité et son traitement
- les modalités d'information utilisées sur une éventuelle intégration dans le réseau
- les outils d'information proposés par le réseau REPOP
- les difficultés rencontrés chez les parents et chez les enfants à l'information d'une éventuelle intégration dans le réseau.

Les huit autres viennent compléter l'entretien et permettent de recueillir, auprès des praticiens, des informations sur les modalités de leur inclusion dans le réseau ainsi que sur le bon fonctionnement du REPOP.

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits dans leur intégralité avec l'accord des médecins interrogés.

#### **B) Résultats**

Avec l'aide de Gaëtane Nocturne (étudiante en DCEM 1), j'ai interrogé cinq médecins appartenant au réseau.

##### **1) Distinction entre les enfants de moins et de plus de huit ans**

Parmi les 5 médecins interrogés :

➤ 2 ne font pas de réelle distinction mais fonctionnent plus au cas par cas en ce qui concerne l'information délivrée à l'enfant. Ces 2 médecins n'étaient pas au courant de la limite formelle de 8 ans pour faire signer l'enfant et font signer l'enfant de toute façon, à

partir du moment où ils savent tenir un crayon pour faire un dessin, une croix ou une vraie signature.

➤ 1 médecin est au courant de la limite formelle de huit ans mais il lui arrive de faire signer des enfants plus jeunes. Pour lui, c'est leur capacité à comprendre qui fait la réelle distinction. De plus, « leur faire signer un consentement a une valeur symbolique énorme car les enfants ne mettent pas leur signature au bas d'une page tous les matins !!! »

➤ 2 médecins connaissent la limite formelle de huit ans en ce qui concerne la signature et le consentement et la respecte. Pour l'un d'entre eux, 8 ans lui paraît encore trop jeune. Le deuxième a remarqué que lorsque la maladie entraîne des souffrances sociales et psychologiques importantes, il peut mobiliser l'attention des enfants même jeunes. Cependant, les deux s'adressent le plus tôt possible aux enfants car ce sont eux les principaux intéressés.

## **2) Points essentiels abordés lors de la première consultation**

Quatre grands points sont le plus souvent abordés par les médecins :

- La motivation de l'enfant et des parents,
- L'alimentation de l'enfant (afin de détecter des erreurs nutritionnelles),
- Les retentissements d'un surpoids,
- La prise en charge à long terme (pas de régime ni de formule magique).

## **3) Aborder l'obésité**

Les cinq médecins recensent 2 cas :

➤ L'enfant est adressé par le réseau ou du moins, parents et enfants viennent consulter pour un problème de surpoids. Les médecins leur donnent une information complémentaire mais ils n'ont pas à annoncer de diagnostic.

➤ L'enfant vient consulter pour une maladie aiguë ou pour une consultation de suivi. La partie est moins facile car il faut annoncer le surpoids de l'enfant qui n'est parfois absolument pas suspecté. Dans ce cas-là, ils montrent la courbe staturo-pondérale et expliquent où se trouve l'enfant sur cette courbe. Ils font tous part des complications que peut entraîner un surpoids. Enfin, ils expliquent qu'il faut réapprendre à bien manger, que cela va être long mais qu'il n'est pas question de faire un régime.

Dans les deux cas, les médecins essaient de ne pas stigmatiser l'enfant et de parler de l'obésité ou du surpoids sans alarmisme.

La plupart des médecins se sont aperçus qu'avec la médiatisation actuelle autour de l'obésité de l'enfant, les parents en ont entendus parler et sont moins réticents.

## **4) Aborder la question du changement global d'habitude de vie**

Parmi les cinq médecins :

➤ 2 considèrent que les changements pour l'enfant vont impliquer des changements pour toute la famille mais ils en parlent avec circonspection car les parents sont déjà bousculés dans leur vie lorsqu'on leur fait part du surpoids de leur enfant. Ces deux

médecins ont remarqués que l'implication de toute la famille se fait au fur et à mesure sans qu'ils aient besoin d'en parler car ils ont souvent un retour des changements de mœurs de la famille.

➤ 1 médecin explique que le but est de modifier le comportement alimentaire de toute la famille sans contrainte et pour que tout le monde en tire bénéfice.

➤ 2 médecins expliquent qu'il va falloir modifier la façon de manger mais aussi le mode de vie (activités physiques par rapport aux heures écran...). Ils essaient de faire comprendre aux parents que la diététique n'est pas le seul élément déterminant dans le surpoids et que leur implication est essentielle pour aider leur enfant.

## **5) Les modalités d'information sur une éventuelle intégration dans le réseau**

Tous les médecins expliquent ce qu'est un réseau et quel est le but d'une telle structure. Certains parents savent déjà ce qu'est un réseau de soins.

Un des médecins explique que le REPOP a été fondé pour répondre au problème de l'obésité infantile car c'est aujourd'hui un véritable problème de Santé Publique.

En ce qui concerne le consentement, la signature du formulaire :

➤ Un médecin commente et simplifie la charte puis fait signer l'enfant et ses parents lors de la consultation. Il propose un temps de réflexion uniquement lorsque les parents et l'enfant hésitent.

➤ 3 médecins expliquent les formalités mais ne lisent pas la charte avec eux par manque de temps. Ils donnent tous les papiers aux parents pour qu'ils les lisent chez eux avec leur enfant. Les parents rapportent lors de la consultation suivante les formulaires signés ou non, après réflexion.

➤ 1 médecin ne s'est pas prononcé.

En ce qui concerne l'engagement des parents et de leur enfant, la plupart des médecins marquent bien leur liberté à quitter le réseau REPOP avant la fin des deux ans de suivi.

Tous les médecins regrettent fortement qu'il n'y ait pas plus d'outils pédagogiques développés par le réseau pour les aider à informer les enfants. Les médecins impliqués dans l'organisation du réseau nous ont confié que de nombreux outils pédagogiques étaient en cours d'établissement.

## **6) Les difficultés relevées**

Le médecin commentant la charte n'a relevé aucune difficulté avec les patients. Il a l'impression qu'un réseau donne une image de sérieux auprès des parents.

Parmi les quatre autres :

➤ 1 médecin rencontre plus de difficultés à l'annonce du diagnostic d'obésité qu'à l'intégration dans le réseau.

➤ 1 médecin s'est rendu compte que certains parents étaient réticents à intégrer leur enfant dans le réseau parce qu'ils ont peur de se retrouver coincés et parce qu'ils n'ont pas l'habitude que leur médecin de ville fasse partie d'un système de santé organisé.

➤ 1 médecin relève une difficulté formelle de signature et un problème dans le suivi. Il arrive qu'après une intégration dans le réseau, le patient et ses parents ne reviennent plus en consultation.

➤ 1 médecin remarque que beaucoup de parents appréhendent le changement global de vie et l'engagement pour 2 ans.

La plupart des médecins interrogés ont relevé un manque de temps considérable tant au niveau de l'information pour une éventuelle inclusion dans le réseau, qu'au niveau de l'inclusion en elle-même. Le dossier obésité à remplir lors de la consultation qui suit l'inclusion dans le réseau est très long. Tous les médecins le remplissent en plusieurs fois car c'est un travail fastidieux. De nombreuses remarques ont été faites à ce sujet lors des réunions mensuelles du réseau REPOP à l'hôpital Trousseau.

## **IV) DISCUSSION**

### ***A) Critique de la méthodologie***

#### **1) Sur les critères d'inclusion**

Cette étude présente des biais de recrutement à prendre en compte dans l'analyse des résultats. En effet, parmi les 5 médecins qui se sont portés volontaires, 3 étaient largement impliqués dans le réseau ou avaient même participé à la mise en œuvre du réseau. Nous n'avons interrogé ni nutritionniste ni psychologue.

Le réseau s'est mis en place depuis 2 ans environ mais les médecins volontaires n'ont intégré le réseau que depuis quelques mois. Les médecins interrogés n'ont donc pas beaucoup d'expérience ni de recul dans le domaine de l'obésité et certains n'avaient pas intégré un seul patient au sein du réseau.

Pour finir, nous ne pouvions pas contacter directement les médecins pour leur proposer de participer à l'étude, la multiplication des étapes intermédiaires nous a freiné dans notre travail et aucun contact direct n'a pu être entrepris à l'occasion des réunions mensuelles à l'hôpital Trousseau.

#### **2) Sur le recueil des données :**

Au début de l'étude, nous étions trois étudiants en médecine à nous intéresser au réseau de soins REPOP. Le guide d'entretien devait pouvoir répondre à nos trois problématiques et à des questions posées par la coordinatrice médicale du réseau. Ceci explique que peu de questions sont en rapport direct avec ma problématique. Nous nous sommes répartis les cinq entretiens. Avec si peu de médecins participant à l'étude, il nous a été difficile d'améliorer le guide d'entretien au fur et à mesure des rencontres. Avec plus de médecins volontaires, nous aurions eu plus de travail mais l'étude aurait été moins biaisée et nous aurions appris à mener correctement les entretiens de manière à ce que les réponses permettent réellement d'engager la discussion sur nos problématiques.

### ***B) Huit ans : âge limite pour comprendre et décider ?***

Les fondateurs du réseau de soins REPOP-IdF ont décidé de faire signer un formulaire de consentement aux enfants à partir de l'âge de huit ans. Quels éléments leur ont permis de prendre cette décision ? Pourquoi avoir choisi l'âge de huit ans ?

Il est vrai qu'à huit ans, la plupart des enfants savent lire, c'est l'âge scolaire élémentaire. Ils peuvent donc théoriquement lire tous les documents concernant le réseau REPOP et leurs engagements. Cependant, de nombreux mots de vocabulaire sont encore obscurs pour eux et le document d'information destiné aux parents et aux enfants ainsi que le formulaire de consentement du patient d'adhésion au réseau de soins REPOP ne sont absolument adaptés à



l'enfant. Le document d'information destiné aux parents et aux enfants fait deux pages, des expressions telles que « élément pivot du réseau » ne leur évoquent rien et des mots comme « multidisciplinaire », « incombent » ne font pas partie du vocabulaire habituel d'un enfant de huit ans.

En outre, « à huit ans on est davantage une “personne” », « l'enfant de huit ans écoute attentivement une conversation entre adultes. Il étudie l'expression des visages, il reste à l'écoute et observe les indices et points de repère que lui fournit son entourage » [18].

L'enfant de huit ans est donc plus mature, plus apte à écouter attentivement le médecin ou ses parents mais est-il pour autant capable de prendre une décision telle que d'adhérer à un réseau ? A-t-il même saisi la notion de réseau ? Que représente la signature d'un jeune enfant ? Peut-elle être considérée comme un réel consentement écrit ?

Faire signer le formulaire de consentement d'adhésion au réseau de soins par les enfants de plus de huit ans suppose qu'ils aient reçu une information claire, loyale et adaptée à leur âge et à leur degré de maturité comme le prévoit l'article 35 du Code de déontologie.

À partir de quel âge peut-on considérer que l'enfant est non seulement apte à comprendre, à intégrer l'information délivrée par le médecin mais aussi apte à décider d'adhérer ou non à un réseau de soins ? Il est vrai que, indépendamment de l'âge, cette question se pose pour tous les patients. Elle est d'autant plus prégnante aux âges extrêmes de la vie.

Afin de s'assurer que l'enfant de huit ans a réellement été informé, il faudrait que médecin et/ou parents prennent le temps de discuter avec l'enfant de son surpoids, de lire avec lui le document d'information et d'expliquer à l'enfant tout ce qu'il ne comprend pas.

Mais il me semble que faire signer les mineurs de plus de huit ans permet que les enfants se sentent plus concernés et donc qu'ils s'impliquent davantage. D'ailleurs un des médecins interrogés remarque que : « leur faire signer un consentement a une valeur symbolique énorme car les enfants ne mettent pas leur signature au bas d'une page tous les matins !!! ».

### ***C) Dans quelle mesure les médecins adhérant au réseau informent-ils parents et enfant de moins de huit ans ?***

Les consultations doivent comporter un contenu d'éducation : information sur ce qu'est l'obésité, ses complications, son traitement, notamment éducation diététique, rôle et modalités de l'activité physique. Ces consultations permettent de fixer avec l'enfant et sa famille les objectifs à atteindre, d'évaluer régulièrement les acquis et d'analyser avec eux les difficultés rencontrées [5].

La Charte du patient hospitalisé énonce que « les mineurs sont informés des actes et examens nécessaires à leur état de santé en fonction de leur âge et de leur facultés de compréhension, dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux ». Le médecin doit informer l'enfant des actes médicaux envisagés dès qu'il est en mesure d'en comprendre la nature et la portée et a également l'obligation, sauf cas particuliers, d'informer les parents de l'enfant [19].

## 1) Sur l'obésité infantile et son traitement

Les médecins expliquent à l'aide de la courbe staturo-pondérale que l'enfant est en surpoids. Cet outil sert uniquement pour les parents car un enfant de moins de huit ans n'est pas capable de lire une courbe. Il faudrait donc lui expliquer qu'il pèse trop lourd par rapport à sa taille mais, dans un souci de non-stigmatisation, la plupart des médecins refusent d'employer le mot « gros » et utilisent de préférence le terme « surpoids » qui ne me semble pas faire partie du vocabulaire courant de l'enfant de moins de huit ans. Cependant, il est vrai que le mot « gros » est cru et agressif, surtout pour un enfant qui souffre socialement et psychologiquement de son surpoids.

Les médecins font ensuite part des conséquences d'un surpoids sur la santé de l'enfant. Les médecins vont la plupart du temps employer des termes compliqués pour parler des maladies que peut engendrer l'obésité à long terme. Il est souvent difficile pour le médecin d'adapter le discours médical à son patient, a fortiori lorsqu'il s'agit d'un enfant de moins de huit ans. Le médecin tente de parler avec des mots très simples durant toute la consultation en essayant de capter le regard, l'attention de l'enfant pour l'impliquer au maximum. Même si le médecin arrive à faire cet effort, les retentissements de l'obésité ont des impacts différents en fonction du caractère de l'enfant. Chez un enfant soucieux, ils risquent de l'effrayer tandis que chez un enfant qui vit au jour le jour et qui a encore du mal à se projeter dans l'avenir, ils n'ont aucun impact. L'information sur les risques de l'obésité concerne donc essentiellement les parents.

En ce qui concerne l'évaluation de l'alimentation de l'enfant, le médecin va essentiellement s'adresser aux parents dans un souci de rapidité, d'efficacité et de précision. Cependant il peut demander à l'enfant de moins de huit ans ce qu'il aime manger ou même citer quelques aliments et lui demander ceux qu'il préfère mais cela prend du temps et le médecin n'aura pas d'information sur l'équilibre et la répartition des repas de l'enfant sur une longue durée. Le rôle des parents est donc essentiel pour une bonne évaluation des habitudes alimentaires.

Tous les médecins interrogés expliquent aux parents et à l'enfant que la prise en charge sera longue. C'est peut-être dans ce cadre là que les médecins s'adressent le plus à l'enfant. Il faut que l'enfant comprenne que le médecin ne va pas lui interdire de manger ce qu'il aime mais va lui apprendre à mieux manger. Il faut aussi qu'il comprenne bien que le médecin souhaite l'aider et qu'il ne va pas le punir s'il a du mal à perdre des kilos. Le rôle des parents dans l'éducation nutritionnelle de l'enfant est fondamental.

De plus en plus d'outils pédagogiques sont développés pour aider les parents à jouer ce rôle. Par exemple, il existe une sorte d'affiche où un certain nombre d'aliments sont classés en trois catégories représentées par les feux tricolores : vert, orange et rouge. L'enfant doit manger occasionnellement les aliments de la catégorie feu rouge, de temps en temps les aliments de la catégorie feu orange... D'autres outils leur permettent de savoir combien de gouttes d'huile ou combien de morceaux de sucre il y a dans l'aliment qu'ils ont dans leur assiette... De plus, l'augmentation des allergies alimentaires chez l'enfant nous a montré que l'enfant était tout à fait capable, même jeune et sans savoir lire, de refuser tel ou tel aliment ou de reconnaître le mot fatidique sur une étiquette alimentaire à partir du moment où parents et médecins l'ont correctement informé dès l'enfance. Il est donc possible avec la participation active des parents d'éduquer le jeune enfant à manger équilibré.

L'éducation nutritionnelle de l'enfant passe par celle des parents. Ils sont responsables de ce qui se trouve dans les placards et les réfrigérateurs, ainsi que de la régularité et de l'équilibre des repas. Ce sont eux qui font à manger, qui nourrissent leur enfant.

L'obésité, le surpoids, la sédentarité, la déstructuration et la mauvaise équilibration des repas constituent des problèmes de santé publique majeurs pour toutes les classes d'âge et toutes les classes sociales. L'éducation nutritionnelle des parents permet donc une éducation globale à la santé.

Lorsque les médecins vont aborder le changement global d'habitude de vie, ils vont s'adresser aux parents car cela leur permettra d'évaluer la motivation des parents mais aussi à l'enfant pour savoir s'il aime faire du sport ou s'il préfère jouer aux jeux vidéo. Là encore l'évaluation précise des heures écran de l'enfant et de la fréquence de ses activités sportives se fera auprès des parents. De même ce sera avec les parents que le médecin essaiera de trouver une activité physique qui plaise à l'enfant et qui ne soit pas trop contraignante. Le médecin insistera sur le plan de l'activité physique auprès de l'enfant. Il doit aussi convaincre les parents de l'importance de l'activité physique pour la santé de leur enfant afin qu'ils lui proposent des activités physiques, qu'ils prennent les escaliers et non plus l'ascenseur, qu'ils l'encouragent à faire plus de sport... L'avis des parents est primordial pour l'enfant de moins de huit ans. Les parents et les proches ont un rôle de modèle pour l'enfant. Le mode de vie du jeune enfant est totalement régi par ses parents. Pour une bonne prise en charge de l'enfant de moins de huit ans, la coopération active des parents est donc indispensable.

## **2) Sur le réseau de soins REPOP**

Tous les médecins interrogés expliquent ce qu'est un réseau de soins. Les médecins tâchent d'être le plus explicite possible pour les parents en un temps restreint. Ils doivent expliquer ce qu'est un réseau de soins, qui en fait partie en citant toutes les catégories de médecins présents dans le réseau ainsi que tous les autres intervenants. Ils sont également censés expliquer comment fonctionne un réseau de soins et quels sont les objectifs d'une telle structure. Afin que les parents soient correctement informés et qu'ils signent le formulaire d'adhésion de façon éclairée et avec moins de réticence, les médecins devraient prendre le temps de préciser toutes ces informations par rapport au réseau de soins REPOP plus particulièrement et d'expliquer les avantages d'une prise en charge dans le réseau. Cependant trois médecins sur cinq se reposent sur le document d'information destiné aux parents et aux enfants après les avoir brièvement informés sur le réseau REPOP. En effet, les médecins ont déjà passé beaucoup de temps à évaluer le surpoids de l'enfant puis à annoncer le diagnostic, à faire part des retentissements d'un surpoids, à évaluer les habitudes alimentaires et physiques de l'enfant, à évaluer son mode de vie, et enfin à proposer une prise en charge. Ils ne peuvent pas se permettre de passer beaucoup de temps à informer les parents sur l'intégration de leur enfant dans le réseau REPOP, aussi importante que ce soit cette étape.

Le temps est un véritable problème pour les médecins libéraux. Les consultations pour obésité infantile dans le cadre du réseau ont deux raisons d'être plus longues que des consultations « standards » : du fait de la prise en charge en réseau mais aussi du contexte de pédiatrie. Il

s'agit d'une relation triangulaire où le médecin doit jongler entre parents et enfant et non d'une relation médecin/patient « simple ».

L'inclusion des patients dans le réseau de soins est très longue. Elle mériterait de durer au moins une heure. Un médecin libéral percevra pourtant les mêmes honoraires que pour une consultation banale. Lors des réunions du réseau auxquelles j'ai assisté, le problème du temps a été évoqué à plusieurs reprises, non seulement pour l'inclusion mais aussi pour la prise en charge. En effet, après les formalités d'inclusion, les médecins adhérant au réseau doivent remplir avec les patients un « dossier obésité » de dix pages. Ce dossier, trop long, a engendré de nombreuses discussions lors des réunions. D'après trois des médecins interrogés, une formation plus soutenue et un développement plus important des outils pédagogiques permettraient d'être plus efficace et plus professionnel.

Du côté des patients, la durée de la consultation est aussi un problème. Les enfants, a fortiori lorsqu'ils ont moins de huit ans, commencent à cette étape de la consultation à saturer, ils sont fatigués et ne sont plus attentifs à ce que raconte le médecin. Un réseau de soins est une notion totalement abstraite pour un enfant, il se sent beaucoup moins concerné que lorsque le médecin lui explique comment faire pour perdre du poids. À ce stade de la consultation, cela fait plus d'une demi-heure que les adultes discutent et que l'enfant est assis sur une chaise. À l'âge de l'école maternelle, les enfants sont beaucoup moins attentifs, beaucoup moins posés et matures qu'à l'âge de huit ans.

Le document d'information permet d'avoir la trace écrite d'une information et protège les médecins en cas de litige : *Art. L. 1111-2.de la loi du 4 mars 2002* « En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. » . Pourtant, l'information orale reste primordiale. Le travail de réflexion de l'ANAES sur la loi du 4 mars 2002 met bien en avant l'importance de l'information orale : « 1. **La primauté de l'information orale** : Le dialogue qu'implique l'information nécessite qu'elle soit transmise oralement. L'information orale est primordiale car elle peut être adaptée au cas de chaque personne. Il est nécessaire d'y consacrer du temps et de la disponibilité, et, si nécessaire, de la moduler en fonction de la situation du patient. Elle requiert un environnement adapté. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes du patient. Elle peut nécessiter d'être délivrée de manière progressive. Lorsque la personne est étrangère, il est recommandé de recourir si besoin à un traducteur.

## **2. L'information écrite : un complément possible à l'information orale**

Lorsque des documents écrits existent, il est souhaitable qu'ils soient remis au patient pour lui permettre de s'y reporter et/ou d'en discuter avec toute personne de son choix, notamment avec les médecins qui lui dispensent des soins » [20].

Pour des raisons pratiques et conceptuelles, l'information que le médecin délivre à l'enfant concerne essentiellement son surpoids et non le réseau. Toutes les informations délivrées par le médecin doivent être entendues et comprises par les parents qui s'avèrent être les intermédiaires privilégiés entre le médecin et l'enfant. Les parents pourront donner une information plus délayée, plus claire à leur enfant car ils sont à ses côtés quotidiennement. Ce

sont eux qui devront lui rappeler à quel point il est important de bien manger et de faire du sport. Pour cela, il faut que le médecin entretienne une bonne relation avec les parents, que l'information délivrée soit très claire pour les parents et enfin que les parents acceptent d'être des acteurs de la santé de leur enfant.

### ***D) Comment obtenir le consentement des parents sans négliger l'avis de l'enfant de moins de huit ans ?***

Nous venons de voir qu'il est très difficile pour les médecins d'avoir un discours adapté et compréhensible par un enfant de moins de huit ans, de savoir si l'enfant a bien compris ce qui a été dit. Il est également difficile de garder l'attention d'un enfant de moins de huit ans pendant un long moment même si un des médecins interrogés rapportent que «lorsque la maladie entraîne des souffrances sociales et psychologiques importantes, il est plus facile de mobiliser l'attention des enfants même jeunes». Si l'information n'a pas été assez claire, complète et adaptée à l'enfant, on ne peut pas parler de consentement éclairé de l'enfant.

Pourtant la loi du 4 mars 2002 dans l'*article L 1111-4* énonce que : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et préconisations des professionnels de santé, les décisions concernant sa santé. », qu' « aucun acte médical, aucun traitement ne peut être pratiqué sans son consentement libre et éclairé » et que « ce consentement peut être retiré à tout moment » [13].

Peut-on réellement parler de consentement éclairé chez l'enfant de moins de huit ans contenu du fait que les informations sont trop complexes, trop riches et trop concentrées pour un si jeune enfant ? En principe, l'enfant, le patient mineur ne peut consentir lui-même à un acte médical en raison de son incapacité juridique. Ce droit est donc exercé par ses parents ou son représentant légal. L'article 42 du code de déontologie médicale prévoit aussi que « un médecin appelé à donner des soins à un mineur doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement ». L'obligation d'information du médecin a pour objet de permettre aux parents de donner un consentement ou un refus éclairé à l'adhésion de leur enfant dans le réseau. Le médecin doit donc s'adresser aux parents, les informer de façon loyale, claire et appropriée afin d'obtenir leur consentement libre et éclairé. Cependant il ne peut pas s'adresser uniquement aux parents car l'enfant est présent et c'est le principal intéressé, c'est lui le patient et non ses parents. Le pédiatre a souvent l'habitude d'évoluer dans une relation à trois, dans une relation médecin-patient indirecte, passant par une tierce personne mais dans le cas de maladie chronique comme l'obésité, la motivation et l'implication de l'enfant sont essentielles. Il ne suffit pas que les parents pensent à donner un médicament à leur enfant deux fois par jour pour traiter la maladie. Le traitement de l'obésité est long et l'enfant doit comprendre qu'il va falloir réapprendre à manger et changer ses habitudes pour laisser la sédentarité de côté. Si le médecin ne s'adresse qu'aux parents, les considérant comme tierce personne, prenant les décisions pour leur enfant, il lui est ensuite difficile de savoir si les parents vont discuter avec leur enfant, lui dire ce qu'ils en pensent, lui expliciter les documents d'information (que l'enfant sache lire ou non), lui demander s'il y a des choses qu'il n'a pas comprises, si cela l'embête d'aller voir un médecin pour perdre des

kilos... Le médecin doit s'assurer lui-même que l'enfant ne veut plus être en surpoids, qu'il a compris qu'il faut faire quelque chose car c'est mauvais pour sa santé d'être en surpoids et qu'il est d'accord pour essayer de faire des efforts et de manger de façon plus équilibrée ou de manger un peu moins. L'article 371-1 du Code civil précise depuis la loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale que « les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité ». C'est au médecin d'apprécier, au cas par cas, ses capacités de compréhension et de discernement. De plus, de nombreux textes énoncent la nécessité d'associer l'enfant au traitement médical : la Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe précise que le patient mineur « doit être associé à la prise de décision, dans toute la mesure où ses capacités le permettent » et la Convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine énonce que « l'avis du mineur est pris en considération comme un facteur de plus en plus déterminant, en fonction de son âge et de son degré de maturité » [19].

En ce qui concerne le caractère libre du consentement de l'enfant, je ne pense pas qu'un enfant de moins de huit ans a une réelle liberté de décision. En effet, les parents ont une place très importante dans la tranche d'âge considérée et la décision revient aux parents. Avant qu'ils aillent à l'école, l'image qu'ont les enfants de leur corps vient essentiellement de l'image que leur renvoient leurs parents. Par contre, lorsque les enfants sont en contact avec d'autres enfants, ils sont souvent sujets à des moqueries et peuvent ressentir une réelle souffrance sociale due à leur surpoids. Dans ce cas, ils peuvent exprimer cette souffrance auprès de leurs parents qui leur proposeront peut-être d'aller voir un médecin. D'ailleurs lorsque parents et enfant viennent consulter pour le surpoids de l'enfant, il est important que le médecin repère si l'enfant a été traîné à son cabinet ou si c'est une décision commune ou bien encore, plus rarement, que l'enfant a supplié ses parents de l'aider à perdre du poids car il en souffre trop. Il suffit que le médecin s'adresse à l'enfant et lui demande pourquoi il vient le voir. Si l'enfant tourne la tête vers sa mère avant de parler, ce n'est vraisemblablement pas lui qui a souhaité venir pour un problème de surpoids.

Dans *l'article L 1111-4* de la loi du 4 mars 2002, il est dit : « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision » [13].

Comment savoir si l'enfant est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ?

La loi ne le dit pas... Ce que l'on peut affirmer c'est qu'un enfant de moins de huit ans n'est absolument pas indépendant et ne peut, de fait, prendre aucune décision seul, de façon libre et éclairée.

Reconnaître le droit de l'enfant à consentir à des soins implique qu'il puisse également refuser ces soins or, en droit, l'enfant en est incapable, ses parents ont toujours le pouvoir de consentir pour lui à une intervention ou à des soins. Même si le consentement du mineur doit être recherché de façon systématique, son avis ne peut venir contrebalancer son intérêt car l'enfant doit bénéficier, en raison de sa faiblesse particulière et de son absence d'un complet discernement, d'une protection spéciale afin d'arriver à l'âge adulte dans le meilleur état de santé physique et mental possible [19].

Nous avons vu que trois des cinq médecins interrogés font signer le formulaire de consentement du patient d'adhésion au réseau de soins REPOP à tous les enfants, même ceux

de moins de huit ans, à partir du moment où ils sont capables de tenir un crayon à la main pour faire une croix, un dessin ou une signature. On peut se demander quelle est la valeur d'une croix ou d'un dessin sur le formulaire de consentement et qu'est-ce qui pousse les médecins à demander aux jeunes enfants de signer mais il est clair que la participation, la contribution de l'enfant aussi mince soit-elle a une valeur symbolique. L'un des médecins interrogés pense qu'à travers leur « signature » du formulaire de consentement, les enfants expriment qu'ils sont d'accord pour venir régulièrement en consultation et qu'ils ont compris qu'il fallait changer petit à petit leur alimentation et leurs habitudes de vie.

Peut-on dire que le dessin d'un jeune enfant au bas d'une page dont il ne connaît pas le contenu (car il ne sait pas lire) est l'expression de son accord à adhérer au réseau de soins REPOP ? Cela dépend de son âge, de sa maturité, de son caractère ainsi que de son sens plus ou moins développé des responsabilités et des engagements. Le médecin doit essayer de détecter tous ces éléments avec l'aide des parents pour intégrer l'enfant dans la consultation de la manière la plus adaptée possible.

## V) CONCLUSION

L'obésité est une maladie chronique aux origines multifactorielles dont la prévalence ne cesse d'augmenter en France. Le réseau de soins REPOP-IdF est une stratégie innovante dans le domaine de l'obésité. En se mobilisant autour de l'enfant et de sa famille, il permet une prise en charge médicale complète autour de la diététique, des activités physiques mais aussi des habitudes de vie familiales. Le médecin doit s'adresser à l'enfant, principal concerné et aux parents, acteurs de la santé de leur enfant. Le réseau le conçoit mais une consultation à trois demande beaucoup plus de temps qu'une relation « simple » médecin/patient. Lors des entretiens, presque tous les médecins libéraux ont évoqué le problème du temps. Dans un souci d'amélioration et d'efficacité, la plupart des médecins interrogés souhaiteraient disposer de plus d'outils pédagogiques et auraient aimé avoir un peu plus de formation.

Une évaluation professionnelle du réseau de soins REPOP incluant tous les intervenants ou presque serait intéressante afin de connaître leur comportement lors des consultations et de savoir quel est le pourcentage d'enfants inclus dans le réseau qui ont réussi à obtenir un poids convenable et stable. Peut-être une étude comparative entre une population d'enfants obèses pris en charge hors réseau et une population d'enfants adhérant au réseau serait une bonne évaluation de l'efficacité du réseau. Il serait aussi très enrichissant de connaître l'avis des adhérents sur le réseau, sur la façon dont ils sont pris en charge.



## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Blanchard S, Mathieu M. **L'alarmante augmentation du nombre d'enfants obèses.** *Le Monde*, 16 septembre 2002.
- [2] Institut Roche de l'Obésité. **ObEpi 2003 : 3ème enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids en France.** Dossier de presse, 17 juin 2003, Paris. Disponible sur Internet : [www.tns-sofres.com/etudes/sante/190603\\_obesite.pdf](http://www.tns-sofres.com/etudes/sante/190603_obesite.pdf)
- [3] Ricour C. **L'obésité de l'enfant... une épidémie à haut risque.** *Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris*, juin 2003, n°87.
- [4] Plumey L. **La collation de la matinée : amenée à disparaître ?** *Trait d'union MGEN-Paris*, mai 2004, n°77, p.14.
- [5] ANAES. Service des recommandations professionnelles. **Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.** Paris ; Septembre 2003.
- [6] Genieys S. **Du traitement médical à l'accompagnement médico-social : une approche renouvelée de l'obésité infantile.** CAFDES : Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001.
- [7] Maillard C. **L'obésité infanto-juvénile, priorité de Santé Publique.** *Le concours médical*, 17 février 2001, tome 123-06, p.362 -364.
- [8] Blanchard S. **Epidémie des temps modernes, l'obésité ne cesse de progresser.** *Le Monde*, 15 mai 2004.
- [9] Bonnet de Paillerets F. **Réseaux de soins et les relations entre l'Hôpital et la médecine de ville.** Rapport du Comité Français d'Education pour la Santé.
- [10] **Le réseau : en être ou pas ?** *Le concours médical*, 30 novembre 2002, tome 124-37, p.46-50
- [11] Viñas J-M. **L'avènement des réseaux : de la tuberculose aux ordonnances de 1996.** *Actualité et Dossier en Santé Publique* septembre 1998, n°24, p.13-14.
- [12] **Ordonnances Juppé** n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. J.O. du 25 avril 1996.  
Disponible sur Internet : [www.unilim.fr/medecine/fmc/ordonnance\\_24\\_avril\\_1996.pdf](http://www.unilim.fr/medecine/fmc/ordonnance_24_avril_1996.pdf)

[13] **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Titre II et III. J.O n° 54 du 5 mars 2002 page 4118 texte n° 1. Disponible sur Internet : [www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MESX0100092L](http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MESX0100092L)

[14] Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés. **Programme National Nutrition-Santé 2001-2005**. Communiqué de presse, 31 janvier 2001, Paris.  
Disponible sur Internet : [www.sante.gouv.fr/htm/actu/34\\_010131.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34_010131.htm)

[15] Loury-Guillotin A. **Un réseau contre l'obésité de l'enfant**. *Le quotidien du médecin*, le 23 janvier 2004, n°7462, p.8.

[16] Mattéi J-F. **Lettre à Claude Ricour**. Paris, le 4 décembre 2002.  
Disponible sur Internet : [www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nutri\\_hosp/let\\_ricour2002.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nutri_hosp/let_ricour2002.pdf)

[17] Académie Nationale de Médecine. **Communiqué sur l'obésité**. Paris, le 4 novembre 2003. Disponible sur Internet: [www.academie-medecine.fr/upload/base/avis\\_86\\_fichier\\_lie.rtf](http://www.academie-medecine.fr/upload/base/avis_86_fichier_lie.rtf)

[18] Gesell A, Ilg F L. **L'enfant de 5 à 10 ans**. PUF, février 1999. Chapitre VIII, **8 ans**, p.158-165.

[19] Duval-Arnoud D et M. **Droit et santé de l'enfant**. Masson, Paris, 2002. Chapitre 2, **La relation enfant/médecin**, p.25-29.

[20] Segard J-F. **Commentaire pratique du texte de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé**, p. 7-8. Lille, SPPSline société d'avocats. Disponible sur Internet : [www.laportedudroit.com/htm/juriflash/droit\\_medical/loikouchner.pdf](http://www.laportedudroit.com/htm/juriflash/droit_medical/loikouchner.pdf)

## **ANNEXES**

**Annexe 1 : Réseau pour la Prise en charge et la Prévention en Pédiatrie en Ile de France « REPOP IdeF »**

**Annexe 2 : Document d'information destiné aux médecins**

**Annexe 3 : Formulaire d'adhésion des médecins au Réseau « REPOP - I de France »**

**Annexe 4 : Document d'information destiné aux parents et aux enfants**

**Annexe 5 : Formulaire de consentement parental d'adhésion au Réseau « REPOP - I de France »**

**Annexe 6 : Formulaire de consentement du patient d'adhésion au Réseau « REPOP - I de France »**

**Annexe 7 : Guide d'entretien**

## CHARTRE

### Réseau pour la Prise en charge et la Prévention en Pédiatrie en Ile de France « REPOP IdeF »

*La charte générale précise le cadre éthique et déontologique de l'intervention des professionnels et des engagements respectifs. Cette charte définit les engagements des professionnels adhérant au réseau « REPOP », et l'engagement du réseau « REPOP » par rapport aux institutions partenaires. Elle concerne l'ensemble des professionnels du réseau, qu'ils soient hospitaliers, libéraux, ou communautaires. Elle définit aussi les engagements réciproques des professionnels de santé et des patients.*

- 1) Les professionnels du réseau s'engagent à faire bénéficier de la prise en charge « réseau, REPOP », tout patient dont l'état de santé le justifie.
- 2) Le patient et ses parents reçoivent une information précise et complète sur le réseau, en particulier sur la possibilité de recours à d'autres professionnels si cela est nécessaire à la prise en charge.
- 3) Le patient et ses parents sont libres de leur décision, mais ils doivent donner leur consentement par écrit, pour être pris en charge par le réseau. Cela constitue de leur part un engagement clairement établi avec le médecin.
- 4) Les professionnels du réseau s'engagent à dispenser des soins de qualité en accord avec les principes de prise en charge élaborés par le réseau.
- 5) Le réseau met en œuvre les processus nécessaires à la circulation de l'information, et garantit le libre accès de chaque professionnel aux informations utiles à sa pratique.
- 6) Les professionnels du réseau s'engagent à participer à la tenue d'un dossier médical commun informatisé.
- 7) Le réseau assure la protection de la confidentialité et la sécurité des dossiers et informations médicales notamment lors de la circulation des informations nominatives.
- 8) Les professionnels du réseau s'engagent à participer aux réunions de formation, ainsi qu'aux réunions de travail et de coordination du réseau.
- 9) Les professionnels rémunérés forfaitairement pour la prise en charge des patients s'engagent à respecter les conditions prévues dans ce cadre.
- 10) Les professionnels du réseau s'engagent à se soumettre aux règles d'évaluation concernant leurs activités et leurs pratiques.
- 11) Le réseau s'engage à assurer le libre accès de chaque institution partenaire, aux informations nécessaires à l'évaluation externe de l'activité du réseau, permettant en particulier de s'assurer de l'utilisation adéquate des financements fléchés.
- 12) Les institutions partenaires s'engagent à mettre en place les moyens nécessaires au fonctionnement du réseau.

# RESEAU DE PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE EN PEDIATRIE

Annexe 2

## EN ILE - DE -FRANCE ( REPOP-IdeF)

### Document d'information destiné aux médecins

**L'obésité de l'enfant** est devenue en France, en quelques années, un problème majeur de **Santé Publique**. Elle est en effet en constante augmentation et particulièrement en région parisienne.

A **Paris**, le nombre d'élèves scolarisés dans le premier et le second degré, dans 1138 établissements scolaires, publics et privés sous contrat en 2001 était de **328 706 élèves**. Une enquête des Services de Santé Scolaire de la Ville de Paris, faite en 1996 sur 3621 élèves scolarisés en CM2 (âge moyen de 10 ans et 6 mois) et représentatifs de tous les arrondissements, a montré un pourcentage **d'obésité** de 13.5 %. Selon une autre enquête nationale réalisée en 2001 par l'Education Nationale à partir d'un échantillon de 30 000 élèves âgés de 6 ans, 14 % des enfants présentent une obésité. Les enfants des grandes agglomérations sont plus fréquemment touchés avec un pourcentage à **16.6 % en agglomération parisienne**.

Face à l'explosion épidémique de cette **pathologie à haut risque**, les solutions proposées jusqu'à présent pour sa prise en charge, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, ont été marquées par **l'échec**.

**Une stratégie différente et novatrice** s'avère par conséquent indispensable. Dans cet objectif, il est proposé qu'autour de l'enfant obèse et sa famille soit mis en place **un réseau de prise en charge**, réunissant, dans un maillage étroit, les multiples compétences professionnelles des acteurs de santé de **ville et d'hôpital**.

Ce réseau de santé autour de l'obésité de l'enfant répond à un besoin urgent de tenter de résoudre ce problème de Santé Publique qui constitue une pathologie chronique nécessitant des compétences pluridisciplinaires à plusieurs niveaux d'action avec une parfaite interaction et une pérennisation de sa prise en charge ; par ailleurs le rôle de la prévention tant primaire que secondaire est primordial.

### I- Les objectifs du réseau :

1. Favoriser **l'implication** de tous les professionnels au contact des enfants et les liens avec les différentes instances institutionnelles et associations.
2. Promouvoir **la prise en charge**, en réseau, des enfants et adolescents obèses.
3. Promouvoir et mettre en place le **dépistage précoce** de l'obésité.
4. Promouvoir **la formation et l'information** sur l'obésité ; développer et mettre en commun des pratiques et des outils pour améliorer la prise en charge de l'enfant obèse.
5. Promouvoir **la prévention** de l'obésité et ses complications.
6. Promouvoir des actions de **recherches** cliniques, thérapeutiques, épidémiologiques et fondamentales dans le cadre de l'obésité et de ses complications.
7. **Evaluer** la qualité et l'efficacité de cette prise en charge et les résultats ainsi obtenus.

### II- L'organisation du réseau:

#### A- Les partenaires:

L'enfant et sa famille sont au centre de l'organisation des professionnels de santé et des autres partenaires qu'ils constituent

**1. Les soins de ville :** les médecins traitants, les kinésithérapeutes, les diététiciens, les psychiatres et les psychologues, les services sociaux **Le médecin traitant est l'élément pivot du réseau.**

2. **La médecine communautaire** : les médecins scolaires et de PMI assurent le dépistage et accompagnent les enfants pendant leur prise en charge.

3. **Les centres hospitaliers référents** : les 3 CHU parisiens **Necker Enfants-Malades, Armand- Trousseau et Robert- Debré**, participent **au suivi et à la prise en charge** des cas les plus sévères en liaison avec le médecin traitant. Ils sont à même d'effectuer l'évaluation pluridisciplinaire et les **explorations complémentaires** et d'assurer les hospitalisations lorsqu'elles sont nécessaires. Ils assurent aussi la **formation** des membres du réseau et coordonnent les liens entre eux. Ils possèdent des structures de **recherche** et **d'éducation thérapeutique**.

Tous ces acteurs travaillent en lien avec d'autres partenaires : Les structures Jeunesse et Sport, la médecine du sport, les maisons à caractère sanitaire, l'Education Nationale, les équipes d'adultes s'occupant de l'obésité. . .

## **B- La prise en charge:**

Les acteurs du réseau partagent une approche commune des objectifs et des modalités de la prise en charge des enfants obèses.

### **1. Les objectifs de la prise en charge:**

- Stabiliser l'Indice de Masse Corporelle, le diminuer dans les cas d'obésité morbide.  
\*Modifier de façon durable les comportements de l'enfant et de sa famille sur le plan alimentaire et du mode de vie.
  
- Pratiquer régulièrement une activité physique structurée.  
\*Prendre conscience des différents facteurs impliqués dans l'obésité, compréhension de ces facteurs et acceptation et validation des objectifs qui vont être définis avec la famille.

### **2. Les modalités de la prise en charge.** Elles reposent sur les principes suivants:

- ***Multi - disciplinarité***, assurée de façon collective et concertée à l'aide d'un dossier médical commun et informatisé.
  
- \* ***Adhésion de l'enfant*** et de sa famille aux objectifs de prise en charge. \*

Nécessité d'une ***triple prescription***:

- diététique, excluant les régimes restrictifs et reposant sur l'éducation et l'apprentissage de l'équilibre alimentaire. Cette prescription peut être faite par le médecin traitant ou par une diététicienne.
- d'activité physique, soit simple conseillée par le médecin traitant ou plus précise par le médecin de sport.
- de changement de comportement et de mode de vie.

\* Importance de ***l'éducation thérapeutique***, et donc de l'accompagnement de l'enfant et de sa famille pendant la durée du suivi par un ou plusieurs membres du réseau, avec

réévaluations régulières permettant d'adapter le type de la prise en charge et son niveau (ambulatoire de proximité et/ou hospitalier) à l'évolution de l'IMC.

### **III- Le financement:**

Les modalités de financement sont

-La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins ( DHOS ) soutient ce réseau dans le cadre du Programme National Nutrition Santé pour les moyens concernant la coordination, l'évaluation, et le système d'information.

- les Caisses d'Assurance Maladie participent au fonctionnement grâce à une subvention spécifique destinée aux médecins libéraux adhérents au réseau dans le cadre du FAQSV. Si le principe d'accord de FAQSV est acté pour le réseau, ses modalités d'application sont actuellement en cours de discussion / pour tout renseignement, s'adresser à:

APRETOP (Association pour la Prévention et le Traitement de l'Obésité Pédiatrique)  
Chez le Dr MANO  
21 Bd Garibaldi  
75015 Paris

- D'autres sources de financement sont également sollicités : la région, la municipalité,

### **III- Evaluation du projet:**

Le réseau s'engage à procéder à une évaluation interne continue et évolutive, et à une évaluation externe périodique.

L'analyse des données du dossier commun permettra l'évaluation des résultats par rapport aux objectifs fixés, **Tous ces résultats seront rendus anonymes et globaux.**

D'autres indicateurs d'évaluation sont également prévus : le fonctionnement du réseau et la satisfaction des patients et des partenaires...

Tous les acteurs du réseau

- cosignent **la charte qualité du réseau**
- et sont structurés en une association " **REPOP Ile de France.**"

# RESEAU DE PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE PEDLATRIQUE EN ILE - DE - FRANCE (REPOP I de F)

## Modalités de la prise en charge - Arbre décisionnel

### I- PRISE EN CHARGE INITIALE

Le bilan initial (cf. dossier médical) permet

- De définir le type de prise en charge de l'enfant : ambulatoire (niveau I), hospitalier ou mixte (niveaux II et III)
- Et d'identifier les partenaires nécessaires à la prise en charge.

Dans tous les cas, quel que soit le niveau de prise en charge, c'est le médecin traitant qui est le professionnel référent pour l'enfant et sa famille.

#### I- Définition des niveaux de prise en charge:

Le niveau de prise en charge est fonction de l'importance de l'obésité (évaluée sur l'IMC) et du contexte familial (voir l'arbre décisionnel)

##### 1) Niveau I : Prise en charge ambulatoire

Elle s'adresse aux enfants qui ont une obésité de degré 1 sur les courbes de référence et impose un milieu familial favorable ainsi que des possibilités de prise en charge de proximité. Consultations pluridisciplinaires, un seul site ou plusieurs sites, compétences complémentaires des acteurs...

##### 2) Niveau II : Prise en charge mixte, ambulatoire et hospitalière

Elle est indiquée en cas de nécessité d'un bilan hospitalier en raison de l'existence de facteurs de risque de morbidité ou de complications Elle peut également être indiquée dans l'optique d'un encadrement médico-éducatif. Cette prise en charge mixte est ponctuelle et inclue le suivi régulier par le médecin traitant.

On peut distinguer selon les cas

Niveau II a : bilan hospitalier initial puis suivi ambulatoire strict.

Niveau II b : éducation thérapeutique structurée en groupe (journées, courts séjours).



Niveau II c : co-morbidité nécessitant une prise en charge ponctuelle hospitalière ( HTA, DNID, complication orthopédique ou respiratoire, résistance à l'amaigrissement ...)

### 3) Niveau III : Prise en charge hospitalière

Elle se définit par une hospitalisation supérieure à 3 semaines ou en centre de long séjour justifiée par une obésité morbide ou par un contexte familial justifiant une séparation

#### **B- Identification des partenaires**

- Quelque soit son niveau, la prise en charge sera toujours pluridisciplinaire.
- Le médecin traitant (généraliste ou pédiatre) est dans tous les cas le médecin référent.
- D'autres partenaires de proximité peuvent selon les cas venir se joindre à lui autour de l'enfant
  - dans le milieu scolaire : le médecin scolaire, l'infirmière scolaire ou le professeur d'éducation physique.
  - un médecin de sport en relation avec les centres médico-sportifs, un éducateur sportif ou un kinésithérapeute.
  - une assistante sociale.
  - un psychologue ou un psychiatre.

**Dans tous les cas au moins deux professionnels sont donc en permanence présents autour de l'enfant obèse et de sa famille.**

## **II- MODALITES DE LA PRISE EN CHARGE AU COURS DU SUIVI**

L'enfant et la famille doivent être suivis pendant au moins 2 ans.

#### **A- La fréquence des consultations**

Elle est décidée en fonction de la synthèse qui découle du bilan initial.

Initialement l'enfant doit être vu tous les mois pendant 6 mois;

Ultérieurement, la fréquence est adaptée en fonction des modifications de comportement et des résultats sur l'IMC. L'intervalle entre les consultations n'est jamais supérieur à 3 mois pendant les 2 années initiales.

**B- la décision d'une modification de la prise en charge** ne peut être faite avant trois mois car il faut du temps pour obtenir une modification des comportements et une évolution significative de l'IMC.

**C- L'adaptation du niveau de la prise en charge la prise en charge est fonction de l'évolution de l'IMC et de celle des comportements (comportement alimentaire, sédentarité, activité physique..).**

1) Si l'IMC augmente

- Sans modification du comportement, il convient de redéfinir la prise en charge.
- Si les comportements se modifient, on peut proposer d'emblée ou dans les 3 mois qui suivent de réaliser un complément de bilan (psychologique, diététique...) afin de réorienter la prise en charge.

2) Si l'IMC est stable : C'est l'objectif initial de la prise en charge

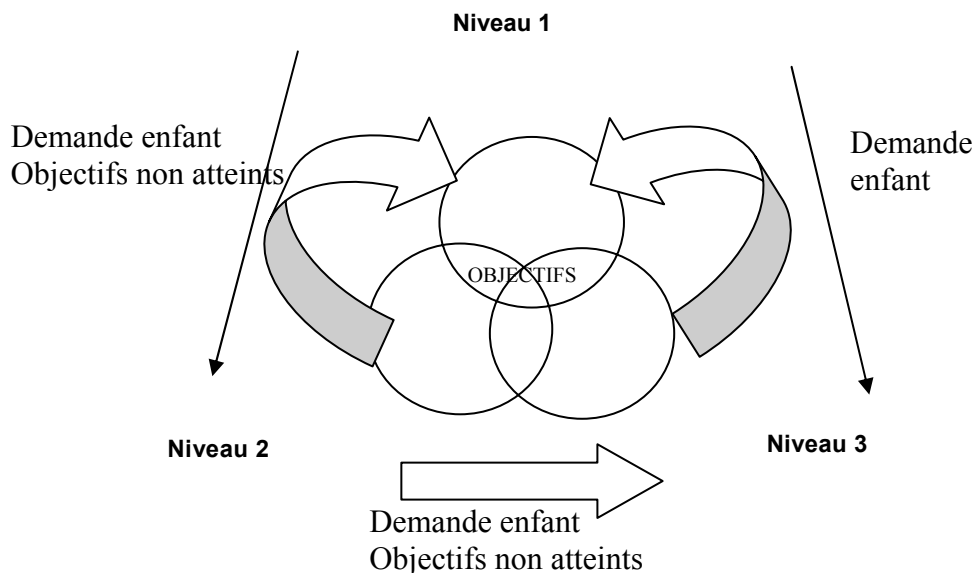
- Très probablement il y a des modifications du comportement : il faut renforcer la prise en charge sans la modifier totalement en recherchant éventuellement un autre partenaire ou en augmentant la fréquence du suivi.
- Toutefois, en cas d'obésité important, l'absence de diminution de l'IMC peut conduire, si elle se prolonge plus de 6 mois , à un changement du niveau de la prise en charge.

3) Si l'IMC diminue

- la prise en charge est adaptée, il faut la poursuivre mais également vérifier que l'amaigrissement n'est trop rapide afin qu'il soit durable et que les modifications du comportement persistent

**En aucun cas un enfant ne doit sortir du réseau du fait de ses résultats.**

## Réévaluation



## Formulaire d'adhésion des médecins au Réseau « REPOP - I de France »

Je soussigné(e) Docteur....., installé(e)  
à....., certifie adhérer au Réseau pour la Prise en charge et la  
prévention de l'Obésité en Pédiatrie (REPOP - I de F).

Ce réseau a pour objectifs :

1. De favoriser **l'implication** de tous les professionnels au contact des enfants et les liens avec les différentes instances institutionnelles et associations, en particulier celles s'occupant des adultes obèses.
2. De promouvoir **la prise en charge**, en réseau, des enfants et adolescents obèses.
3. De promouvoir et mettre en place le **dépistage précoce** de l'obésité.
4. De promouvoir **la formation et l'information** sur l'obésité ; développer et mettre en commun des pratiques et des outils pour améliorer la prise en charge de l'enfant obèse.
5. De promouvoir **la prévention** de l'obésité et ses complications.
6. De promouvoir des actions de **recherches** cliniques, thérapeutiques, épidémiologiques et fondamentales dans le cadre de l'obésité et de ses complications.
7. **D'évaluer** la qualité et l'efficacité de cette prise en charge et les résultats ainsi obtenus.

### **J'ai bien reçu les informations suivantes pour éclaircir ma décision :**

- Le réseau a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la continuité et la pluridisciplinarité de la prise en charge.  
Il doit promouvoir les actions concernant l'éducation à la santé et la prévention ainsi que les actions du dépistage et de l'amélioration de la qualité des soins. L'enfant obèse bénéficiera de l'intervention adaptée et coordonnée de chaque acteur sur ses problèmes médicaux.
- Le médecin libéral du réseau est l'interlocuteur permanent et le correspondant principal du patient et de sa famille, et sera le garant de la globalité de la prise en charge et de sa cohérence dans cette pathologie. Il est le pivot de cette prise en charge.
- En adhérant au réseau, je m'engage à tenir le dossier médical selon le protocole défini et à participer aux formations mises en place et à l'évaluation du service médical rendu aux patients. Je serai destinataire des résultats de cette évaluation comme mes autres confrères participant aux réseaux de soins.

**Je m'engage pour participer activement au réseau et je cosigne la charte de qualité du réseau.**

Le.....

Nom du médecin et signature

# RESEAU DE PRISE EN CHARGE ET PREVENTION DE L'OBESITE PEDIATRIQUE

Annexe 4

EN ILE – DE – FRANCE (REPOP – IdeF)

## Document d'information destiné aux parents et aux enfants

**L'obésité de l'enfant et de l'adolescent** est devenue en France, en quelques années, un problème majeur de **Santé Publique**. Elle est en effet en constante augmentation, particulièrement en région parisienne. C'est pourquoi un Réseau ville – hôpital de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie s'est constitué en Ile de France (REPOP – IdeF).

Le but de ce réseau de santé est **d'améliorer la qualité des soins** en assurant **une meilleure coordination des professionnels** qui interviennent dans **la prévention, le dépistage et la prise en charge multidisciplinaire** des enfants obèses et de leurs parents.

### 1- L'organisation du réseau:

Les enfants et leurs parents sont au centre de l'organisation qui regroupe différents professionnels de santé:

- Les soins de ville : les médecins traitants, les kinésithérapeutes, les diététiciens, les psychiatres et psychologues, les services sociaux. **Le médecin traitant est l'élément pivot du réseau**, il est l'interlocuteur permanent et votre correspondant principal. Il sera le garant de la globalité de la prise en charge et de sa cohérence dans cette pathologie.
- La médecine communautaire : les médecins scolaires et de P. M. I. assurent le dépistage et accompagnent les enfants pendant leur prise en charge.
- Les centres hospitaliers référents : Les hôpitaux **Armand Trousseau, Robert Debré et Necker – Enfants Malades** participent à l'évaluation, au suivi et à la prise en charge des cas les plus difficiles en liaison avec le médecin traitant.

### 2- Les modalités de la prise en charge:

La prise en charge est multidisciplinaire avec plusieurs niveaux d'actions:

- modification des habitudes de vie, diététique,
- activité physique,
- prise en charge des complications et des facteurs associés favorisant l'obésité.

Tous les partenaires mènent une action cohérente et dans le même sens. Cette prise en charge est individualisée et définie pour chaque enfant en fonction de ses besoins.

L'engagement dans un réseau de santé implique la tenue **d'un dossier médical de suivi commun** à l'ensemble des médecins et des professionnels paramédicaux qui interviennent auprès de votre enfant. Les données ainsi recueillies sont confidentielles et protégées par le secret médical : vous pouvez à tout moment en demander le contenu à votre médecin traitant. Le dossier médical est informatisé pour permettre aux partenaires du réseau un accès rapide et une coordination efficace : les responsables du réseau s'engagent à assurer la protection de la confidentialité et la sécurité des informations médicales et nominatives. Enfin les informations recueillies pourront être utilisées de manière anonyme et globale avec les données des autres enfants du réseau dans un but épidémiologique et d'évaluation du réseau.

Tous les acteurs du réseau

- ont cosigné **la charte du réseau**
- et sont structurés en une association : « **REPOP Ile de France** ».

Annexe 5

**Formulaire de consentement parental d'adhésion au Réseau  
« REPOP - I de France »**

Je soussigné(e) M..... (père) et/ou Mme.....(mère), de (nom et prénom de l'enfant) .....titulaire(s) de l'autorité parentale, demeurant à .....certifie que le Docteur .....nous a proposé la prise en charge, de notre enfant au sein du réseau de soins pour la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent pour Paris et l'Ile de France « REPOP-I de France ».

Ce réseau est promu par des médecins communautaires (scolaires et PMI), des médecins pédiatres et généralistes de ville ainsi que par des médecins hospitaliers des pôles pédiatriques Necker - Enfants Malades, Armand Trousseau, Robert Debré. Le pivot central de ce réseau est le médecin traitant.

Il nous a été précisé par notre médecin que nous sommes libres d'adhérer ou de refuser de participer à ce réseau. Nous avons été informés que nous pouvons retirer notre enfant du réseau à tout moment. Cette décision ne pourra pas influencer sur les relations avec notre médecin pour le traitement de notre enfant.

Notre engagement dans le réseau se situe aussi au niveau du protocole de suivi qui nous sera proposé par notre médecin et pour une durée minimale de 2 ans.

**Avant de prendre notre décision, nous avons pris connaissance des informations suivantes (contenues dans le document d'information ci-joint) :**

1. Le but d'un réseau de santé est d'améliorer la qualité des soins en assurant une meilleure coordination des professionnels qui interviennent dans la prévention et la prise en charge précoce des enfants et adolescents obèses.
2. L'engagement dans un réseau de santé implique la tenue d'un dossier de suivi par l'ensemble des médecins et des professionnels paramédicaux qui interviennent auprès de notre enfant. Ces données pourront être utilisées de manière anonyme dans un but épidémiologique.
3. La mise en place d'un réseau vise à faciliter, pour le patient, l'accès aux soins par un dépistage précoce et une prise en charge pluridisciplinaire à plusieurs niveaux d'actions : diététique, activité physique, psychologique et social.
4. L'objectif étant un changement durable de mode de vie dans le but d'une diminution de la morbidité liée à l'obésité de l'enfant.

Le.....

Nom du patient :

le Père

la Mère

le Médecin

Signatures :

Annexe 6

**Formulaire de consentement du patient d'adhésion au Réseau  
« REPOP - I de France »**

Après avoir écouté les explications données par le docteur....., et répondu à mes questions et demandes d'explications, et après avoir pris connaissances des informations concernant le réseau, j'accepte d'être pris en charge pour mon obésité au sein du réseau de soins « REPOP - I de F ». Je m'engage à participer activement aux recommandations qui me seront proposées pour une période d'au moins 2 ans.

Mon adhésion au réseau et mon consentement ne déchargent en rien les médecins qui me soignent des responsabilités qui leur incombent.

Je suis libre à tout moment d'arrêter ma participation au réseau après en avoir informé mon médecin traitant qui en tiendra informé le coordinateur de réseau.

J'autorise le médecin coordinateur du réseau à utiliser les données extraites de mon dossier médical afin de procéder à l'évaluation du réseau et à toute amélioration de la qualité de la prise en charge de ma maladie. Le traitement de ces données sera anonyme et respectera le secret médical, et je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires au coordinateur du réseau ou à mon médecin traitant.

J'accepte d'être pris en charge pour mon obésité au sein du réseau REPOP d'Ile de France.

Le.....

Nom et signature

le Patient

le Médecin

Accord des parents  
(Titulaires de l'autorité parentale)

Nom et signature

le Père

la Mère

## GUIDE D'ENTRETIEN

Les personnes visées par cet entretien sont des médecins libéraux, membres du réseau REPOP Ile-de-Fr.  
Il est prévu pour ne durer que 30 minutes.

### INCLUSION AU NIVEAU DES PARENTS ET ENFANTS

#### Question préalable

Faites-vous une distinction entre les enfants de moins et de plus de 8 ans ?

#### **1- Quels sont les points essentiels que vous abordez dans l'information délivrée ?**

- Avec les parents
- Avec les enfants

- a- Comment abordez-vous la question de l'obésité ?
- b- Pour les parents abordez-vous la question du changement global d'habitude alimentaire, de vie et le rôle que cela implique pour l'entourage de l'enfant ?

#### **2- Quelles sont les modalités d'information dont vous disposez sur une éventuelle intégration de votre patient dans le réseau ?**

#### **3- Utilisez-vous les outils proposés par le réseau REPOP?**

#### **4- Ces outils d'information vous semblent-ils adéquat ?**

#### **5- Quels ont été les difficultés que vous avez relevées à l'information d'une éventuelle intégration ?**

- Chez les parents
- Chez les enfants de plus et de moins de 8 ans

### CONSULTATION POST-INCLUSION

#### **6- S'il y a des problèmes particuliers qui se révèlent lors des consultations post inclusion, le réseau vous permet-il de diriger de manière adéquate et rapide vos patients intégrés ?**

<b>INTEGRATION AU NIVEAU DES PRATICIENS</b>
---

**7- Comment avez-vous été contacté par le réseau ?**

**8- Ce moyen vous a-t-il semblé adéquat et complet ?**

**9 - Les contraintes administratives ne vous ont-elles pas semblé trop lourdes ?**

**10-La formation offerte par le réseau vous a-t-elle paru adéquate ?**

Si non expliquez pourquoi et quels seraient les points à améliorer ?

**11- Vous sentez-vous bien assistée par le réseau ?**

**12- Le réseau vous apporte-t-il une plus value dans l'exercice de votre profession ?**

**13- Le contact avec les gestionnaires et les coordinatrices du réseau sont-ils bons?**