

ANNÉE 2022

N°

**Évaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes adhérents au RCPO
dans la prise en soin des enfants et des adolescents en situation de surpoids ou d'obésité**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 14/11/2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par BARTH Julien

Né(e) le 12/05/1988

à Colmar

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNÉE 2022

N°

**Évaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes adhérents au RCPO
dans la prise en soin des enfants et des adolescents en situation de surpoids ou d'obésité**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 14/11/2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par BARTH Julien

Né(e) le 12/05/1988

à Colmar

Année Universitaire 2022-2023
au 1^{er} Septembre 2022

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Moncef	BERHOUMA	Neurochirurgie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique



M. Sylvain
M. Gabriel
M. Côme

Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine

LADOIRE
LAURENT
LEPAGE

Histologie
Cardiologie
Hépto-gastroentérologie



M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
			(Retraite au 1 ^{er} Novembre 2022)
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	TRUC	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
			(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023)
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2021 au 31/10/2024)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Julie	BARBERET	Biologie et médecine du développement et la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
			(Disponibilité)
M.	Guillaume	BELTRAMO	Pneumologie
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	David	GUILLIER	Anatomie, chirurgie plastique, et esthétique, brulologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
			(Disponibilité pour convenances personnelles)
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	AHO GLELE	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	AHOSSI	Odontologie
M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	PINOIT	Pédopsychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEUGRAND	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale



M. Rémi
M. Olivier
Mme Ludivine

Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine

DURAND
MAIZIERES
ROSSIN



Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
----	----------	---------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Professeur Jean-Michel Petit

Membres : Professeur Marie-Claude Brindisi

Docteur Vanessa Cottet

Docteur Odile Bonomi

Serment d'hypocrate :

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Remerciements

Au Professeur Jean-Michel Petit,
vous m'avez fait l'honneur de présider le jury de ma thèse. J'ai eu la chance d'être interne dans votre service et ce stage a clairement marqué ma manière d'exercer. Ma sensibilité pour ce sujet de thèse émane également de cette expérience.

Au Professeur Marie-Claude Brindisi,
vous avez accepté de participer à mon jury et de juger mon travail dans un domaine dont vous êtes experte, je vous en suis très reconnaissant.

Au Docteur Vanessa Cottet,
nous n'avons jamais eu l'occasion de nous rencontrer mais vous avez accepté volontiers de participer à mon jury. Vos messages remplis de bienveillance et d'enthousiasme ont été une source de motivation pendant mon travail.

Au Docteur Odile Bonomi,
vous avez accepté de diriger mon travail de thèse. J'ai énormément apprécié votre patience, votre bienveillance et votre pédagogie. Vous avez su me guider dans l'élaboration de mon travail et m'avez soutenu. Merci pour la confiance et le temps que vous m'avez accordé.

À ma compagne Lucille pour son soutien et sa patience, tu es vraiment exceptionnelle! À ma fille Celeste qui du haut de ses quelques mois m'a observé du coin de l'œil taper sur le clavier de mon ordinateur des heures durant.

À ma maman Fabienne et mon frère Guillaume, vous avez été là durant toutes mes études. Vos encouragements m'ont permis de tenir jusqu'au bout. Je vous en serai éternellement reconnaissant.

À ma grand-mère Odile, toi qui aurait rêvé d'être médecin, merci pour ton soutien pendant toutes ces années. J'aurai aimé que tu sois encore là pour ma soutenance. Papapa, papy, mamie, et Jean-Louis, je suis très fier de soutenir ma thèse et de vous faire honneur.

À Xavier, on a commencé ensemble, on finira ensemble! Plus que quelques lignes à rédiger de ton côté et tu pourras également soutenir ta thèse. Mon parcours n'aurait pas été le même sans notre amitié. Je te souhaite le meilleur pour ta future carrière. Pierre, de la seconde à la faculté de médecine, tu m'as toujours impressionné par ton sens scientifique, ta rigueur et l'étendue de ta culture. Tes patients sont entre de bonnes mains !

À Adrien, Alexandre, Ludovic, Manu, Pierre-André, Philippe et Lucas, mes meilleurs amis qui n'ont aucun rapport avec le monde médical. Les moments avec vous ces dernières années m'ont permis de prendre de la distance avec mon quotidien. Merci infiniment.

Aux docteurs François Maitre, Paule Bonneval et Coralie Fourmont, votre dévouement à l'égard de vos patients, vos capacités d'écoute et d'analyse et vos approches pédagogiques marqueront à jamais ma manière d'exercer et m'ont donné l'envie d'être maître de stage. Cela a été un honneur d'exercer à vos côtés.

Au docteur Michel Allard, qui m'a soutenu pendant cette année de préparation à la thèse et cela malgré une charge de travail colossale. Ton engagement auprès de tes patients et ton énergie débordante sont une source de motivation pour moi.

À mes super co-internes Barbora, Victor, Hamza, Chiara, Tomy, Eric, les deux Mourad, Mohamed et Sébastien. Merci pour ces moments de partage et de détente, c'est vital pendant l'internat !

Table des matières

Table des tableaux	14
Table des figures	15
1.Introduction	17
1.1)Contexte et objectif de l'étude	17
1.2)Données épidémiologiques	18
1.3)Politiques de santé publique	18
1.4)Définitions, situations à risques de développer une obésité et complications de l'obésité pédiatrique	19
1.4.1)Définitions de l'obésité pédiatrique	19
1.4.2)Situations à risque de développer une obésité	21
1.4.3)Complications de l'obésité pédiatrique	21
1.5)Recommandations françaises concernant la prise en soin des enfants et des adolescent(e)s en situation de surpoids et d'obésité	21
1.5.1)Recommandations de la Haute Autorité de Santé : Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e)(8)	22
1.5.2)Les recommandations du Collège de la Médecine Générale (CMG)(27)	27
1.5.3)La Consultation de Suivi de l'Obésité (CSO)	27
1.6)Éducation thérapeutique et obésité de l'enfant et de l'adolescent	27
1.6.1)Définitions	28
1.6.2)Place de l'ETP dans la prise en soin des enfants et des adolescents en situation de surpoids ou d'obésité	29
1.6.3)Le RCPO jeune, un exemple de réseau d'éducation thérapeutique	29
2. Matériel et méthode	31
2.1)Type d'étude	31
2.2)Population cible	31
2.2.1)Critère d'inclusion	31
2.2.2)Critères de non inclusion	31
2.3)Critères de jugement	31
2.3.1)Critère de jugement principal	31
2.3.2)Critères de jugement secondaires	31
2.4)Cadre réglementaire	31

2.5)Questionnaire	32
2.6)Analyse statistique	32
3.Résultats	33
3.1)Diagramme de flux	33
3.2)Groupe d'étude	33
3.2.1)Caractéristiques socio démographiques et mode d'exercice	33
3.2.2)Formations complémentaires	34
3.3)Critère de jugement principal	34
3.3.1)Dépistage :	34
3.3.2)Annonce	38
3.3.3)Accompagnement	43
3.3.4)Coordination	49
3.4)Critères de jugement secondaires	52
3.4.1)Consultations de suivi et consultation CSO	52
3.4.2)Aisance des médecins généralistes dans la réalisation d'une évaluation multidimensionnelle, la réalisation de séances d'ETP et dans les différentes étapes du parcours du soin	53
5.Discussion	58
5.1)Forces de l'étude	58
5.2)Faiblesses de l'étude	58
5.3)Critère de jugement principal	59
5.3.1)Dépistage :	59
5.3.2)Annonce	61
5.3.3)Accompagnement	63
5.3.4)Coordination	67
5.4)Critères de jugement secondaire :	69
5.4.1)Consultations de suivi et consultation CSO	69
5.4.2)Aisance des médecins généralistes dans la réalisation d'une évaluation multidimensionnelle, dans la réalisation de séances d'ETP et dans les différentes étapes du parcours du soin	69
6.Conclusion	71
Bibliographie	73
Annexes	78

Table des tableaux

Tableau 1 : Intervalles de référence des macronutriments pour les enfants de 0 à 3 ans et pour les adultes.....	23
Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques et mode d'exercice.....	34
Tableau 3 : Formations complémentaires.....	34

Table des figures

Figure 1 : Courbe d'IMC concernant les filles présente dans le nouveau carnet de santé.....	20
Figure 2 : Diagramme de Flux.....	33
Figure 3 : Définition de l'IMC.....	34
Figure 4 : Occasions de dépistage de l'IMC.....	35
Figure 5 : Fréquence de report de l'IMC sur le carnet de santé.....	35
Figure 6 : Connaissance de l'âge du rebond d'adiposité.....	36
Figure 7 : Association entre le risque de surpoids et d'obésité et l'âge de survenue du rebond d'adiposité.....	36
Figure 8 : Planification des consultations de suivi en dehors du calendrier vaccinal.....	37
Figure 9 : Distinction des situations de surpoids ou d'obésité complexes et non complexes non complexes.....	37
Figure 10 : Demande d'accord pour aborder la thématique du surpoids ou de l'obésité avec l'enfant ou l'adolescent.....	38
Figure 11 : Demande d'accord pour aborder la thématique du surpoids ou de l'obésité avec les parents	38
Figure 12 : Recherche des représentations qu'ont l'enfant ou l'adolescent du surpoids ou de l'obésité.....	39
Figure 13 : Recherche des représentations qu'ont les parents de l'enfant ou de l'adolescent du surpoids ou de l'obésité.....	39
Figure 14 : Recherche des attentes des enfants ou des adolescents en situation de surpoids ou d'obésité quant à une prise en soin.....	40
Figure 15 : Recherche des attentes qu'ont les parents d'un enfant ou d'un adolescent en surpoids ou obèse quant à une prise en soin.....	40
Figure 16 : Modalités d'entretien avec les enfants de 0 à 6 ans	41
Figure 17 : Modalité d'entretien avec les enfants et adolescents de 6 à 13 ans	41
Figure 18 : Modalité d'entretien avec les adolescents de plus de 13 ans	42
Figure 19 : Attitudes à adopter face à une situation de surpoids ou d'obésité avec un enfant ou un adolescent.....	42
Figure 20 : Prescription systématique de biologies par les médecins généralistes face à une situation de surpoids ou d'obésité d'un enfant ou d'un adolescent	43
Figure 21 : Objectif de perte de poids chez les enfants.....	43
Figure 22 : Objectifs pondéraux chez les adolescents en fin de croissance	44
Figure 23 : Lecture par les médecins généralistes des recommandations du HCSP ou de l'Anses concernant les habitudes alimentaires des enfants et des adolescents.....	44
Figure 24 : Utilisation d'un support pour prodiguer des conseils alimentaires.....	45
Figure 25 : Temps d'activité physique quotidien préconisé avant 5 ans.....	45
Figure 26 : Temps d'activité physique quotidien préconisé entre 5 ans et 17 ans.....	46

Figure 27 : Prescription par les médecins généralistes d'un aménagement de l'activité physique en milieu scolaire.....	46
Figure 28 : Durée maximale quotidienne de temps d'écran préconisée avant 2 ans.....	47
Figure 29 :Durée maximale quotidienne de temps d'écran préconisée entre 2 et 6 ans.....	47
Figure 30 : Durée maximale quotidienne de temps d'écran préconisée entre 6 et 11 ans.....	48
Figure 31 : Évaluation de la qualité et de la quantité du sommeil ainsi que des rythmes de la vie quotidienne.....	48
Figure 32 : Rythme du suivi médical initial proposé face à une situation de surpoids ou d'obésité d'un enfant ou d'un adolescent.....	49
Figure 33 : Médecins généralistes travaillant avec d'autres professionnels dans le cadre d'une prise en soin coordonnée.....	49
Figure 34 : Utilisation d'un support de coordination dans le cadre d'une prise en soin coordonnée avec d'autres professionnels (hors réseau de soin) (effectif = 36).....	50
Figure 35 : Désignation d'un professionnel de santé référent (hors réseau de soin)	50
Figure 36 : Médecins généralistes orientant les enfants ou les adolescents en situation de surpoids ou d'obésité vers un réseau spécialisé en ETP.....	51
Figure 37 : Médecins généralistes orientant les enfants ou les adolescents en situation de surpoids ou d'obésité vers un SSR.....	51
Figure 38 : Connaissance des consultation de suivi prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie.....	52
Figure 39 : Connaissance des codifications CCAM permettant la prise en charge à 100% des consultations de suivi.....	52
Figure 40 : Connaissance de la consultation CSO.....	53
Figure 41 : Connaissance de la codification CCAM de la consultation CSO.....	53
Figure 42 : Sentiment d'aisance des médecins généralistes dans la réalisation d'une évaluation multidimensionnelle.....	54
Figure 43 : Notions de cette évaluation que les médecins généralistes souhaiteraient approfondir.....	54
Figure 44 : Aisance des médecins généralistes dans la réalisation de séances d'ETP avec des enfants ou des adolescents en situation de surpoids ou d'obésité.....	55
Figure 45 : Aisance des médecins généraliste dans le dépistage du surpoids et de l'obésité des enfants et des adolescents.....	55
Figure 46 : Aisance des médecins généralistes dans l'annonce d'une situation de surpoids ou d'obésité d'un enfant ou d'un adolescent.....	56
Figure 47 : Aisance des médecins généralistes dans l'accompagnement.....	56
Figure 48 : Aisance des médecins généralistes dans la coordination.....	57

1.Introduction

1.1)Contexte et objectif de l'étude

La prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents est en hausse depuis plusieurs décennies au niveau mondial(1). En France, après une période de stabilisation apparente depuis 2006(2), cette prévalence tend à augmenter à nouveau(3). L'obésité est une pathologie d'origine multifactorielle mais qui résulte le plus souvent d'un déséquilibre de la balance énergétique(4). La modification de nos modes de vie, marqués par plus de sédentarité et l'accès à des produits transformés expliquent ,entre autres, cette dynamique(5).

Les facteurs favorisant l'obésité sont nombreux :

- "Apports énergétiques excessifs,
- Sédentarité,
- Arrêt ou réduction de l'activité physique,
- Diminution du temps de sommeil,
- Arrêt du tabac non accompagné de mesures adaptées,
- Consommation d'alcool,
- Prise de certains médicaments (antidépresseurs, thymorégulateurs, antiépileptiques, corticoïdes),
- Facteurs génétiques et antécédents familiaux d'obésité,
- Antécédent d'obésité dans l'enfance,
- Grossesse,
- Ménopause,
- Troubles du comportement alimentaire,
- Troubles anxio-dépressifs et périodes de vulnérabilité psychologique ou sociale,
- Facteurs professionnels (stress, travail posté)." (4)

"L'obésité est associée à une augmentation du risque de mortalité et à des complications multiples à la fois somatiques (métaboliques, cardiovasculaires, respiratoires, rénales, digestives, cutanées, neurologiques, gynécologiques et néoplasiques) et psychosociales (dépression, discrimination et diminution de la qualité de vie)" (4)

Les autorités publiques ont saisi les enjeux de cette pandémie en menant des campagnes de santé publique visant à promouvoir un mode de vie plus sain pour la population et en encourageant les professionnels de santé à dépister et accompagner les patients en situation de surpoids ou d'obésité(6,7).

D'après les études la probabilité pour qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 à 50% avant la puberté, de 50 à 70% après la puberté(4).

La morbi-mortalité associée à l'obésité ainsi que les données épidémiologiques sus-citées nous ont donné l'impulsion de réaliser cette thèse. A la lumière de la parution en mars 2022 par la Haute Autorité de Santé du "guide du parcours de soin : "surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e)"(8), l'objectif de notre thèse réalisée en collaboration avec le Réseau Cardio Prévention Obésité Alsace était de dresser un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes, et d'identifier des axes de

pratiques, et des compétences à améliorer, afin de développer des projets de sensibilisation et de formation ou des outils d'aide à la pratique.

1.2)Données épidémiologiques

Au niveau mondial les taux d'obésité chez les enfants et les adolescents sont passés de moins de 1% en 1975 à près de 6% chez les filles et près de 8% chez les garçons en 2016. Leur nombre est passé de 11 millions en 1975 à 124 millions en 2016. 213 millions étaient considérés en surpoids en 2016 mais restaient en dessous du seuil de l'obésité.(1)

En France, selon l'étude ESTEBAN en 2015, la prévalence du surpoids chez les enfants âgés de 6 à 17 ans était estimée à 17 %, dont 4 % en situation d'obésité. Cette prévalence était restée stable depuis 2006(2).

En 2020, l'étude Obépi-Roche a mis en évidence les chiffres suivants(3) :

- 34% des enfants de 2 à 7 ans étaient en surpoids dont 18% en situation d'obésité tandis que 21% des enfants de 8 à 17 ans étaient en surpoids dont 6% en situation d'obésité. (selon les seuils de l'International Obesity Task Force(IOTF)),
- Parmi les enfants de 8 à 17 ans en situation d'obésité, on retrouve une surreprésentation des garçons (62%),
- 57% des enfants de 8 à 17 ans en situation de surpoids ou d'obésité présentent un parent en situation de surpoids ou d'obésité,
- 75% des enfants de 8 à 17 ans en situation de surpoids ou d'obésité sont issus de catégories socioprofessionnelles populaires ou inactives.

Bien qu'il ne soit pas possible de comparer directement les résultats de ces deux études qui diffèrent par leurs effectifs et la population d'étude retenue, il semble exister une tendance récente à l'accroissement de la prévalence du surpoids et de l'obésité infantile en France.

En Alsace, en 2016, 23% des élèves de 6ème étaient en surpoids dont 6% en situation d'obésité.(9)

1.3)Politiques de santé publique

Au niveau mondial, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) proposait depuis 2004 une stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé pour s'attaquer à la progression de la prévalence et de la charge des maladies non transmissibles dont le surpoids et l'obésité.(6)

En 2016, l'OMS a publié un rapport intitulé "mettre fin à l'obésité de l'enfant"(10) reposant sur 6 mesures :

- "Mettre en œuvre des programmes complets favorisant la consommation d'aliments sains et diminuant celle des aliments nocifs pour la santé et des boissons sucrées, chez l'enfant et l'adolescent,
- Mettre en œuvre des programmes complets favorisant l'activité physique et réduisant les comportements sédentaires chez l'enfant et l'adolescent,
- Renforcer les orientations pour la prévention des maladies non transmissibles et les intégrer à celles en vigueur actuellement pour les soins avant et pendant la grossesse, afin de réduire le risque d'obésité de l'enfant,

- Fournir des orientations et un soutien concernant l'alimentation saine, le sommeil et l'activité physique pendant la petite enfance afin que les enfants grandissent correctement et prennent de bonnes habitudes,
- Mettre en œuvre des programmes complets favorisant des milieux scolaires sains, la connaissance de la santé, de la nutrition et de l'activité physique pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents,
- Fournir aux enfants obèses et aux jeunes obèses des services centrés sur la famille et le mode de vie et comportant de multiples éléments afin de les aider à gérer leur poids”.

En 2018 l'OMS a établi un nouveau plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique (2018-2030)(11) s'inscrivant dans le programme de développement durable 2030 des Nations Unies. Il propose des actions gouvernementales efficaces et faisables pour accroître l'activité physique partout dans le monde.

En France, le gouvernement a mis en place depuis 2011 les Plans Nationaux Nutrition Santé (PNNS) dont l'objectif est d'améliorer la santé de la population par l'alimentation et l'activité physique(7). Quatre plan nationaux se sont succédés depuis, aboutissant au PNNS 4 (2019-2023)(12) qui s'articule autour de 5 axes :

- “Améliorer pour tous l'environnement alimentaire et physique pour le rendre plus favorable à la santé,
- Encourager les comportements favorables à la santé,
- Mieux prendre en charge les personnes en surpoids, dénutries ou atteintes de maladies chroniques,
- Impulser une dynamique territoriale,
- Développer la recherche, l'expertise et la surveillance en appui de la politique nutritionnelle.”

En mars 2022 est publiée, une nouvelle recommandation de la HAS(8) actualisant celle de 2011(13) afin d'optimiser le parcours de soins de l'enfant et de l'adolescent en situation de surpoids ou d'obésité et accompagner les professionnels de santé dans sa mise en œuvre. Cette recommandation s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé «Ma santé 2022»(14) et est en lien avec la feuille de route interministérielle sur l'obésité (2019-2022)(15) qui s'articule étroitement avec le PNNS 4 (2019-2023) dont l'un des objectifs est une diminution de 20% la prévalence du surpoids et d'obésité chez les enfants et les adolescents.

1.4)Définitions, situations à risques de développer une obésité et complications de l'obésité pédiatrique

1.4.1)Définitions de l'obésité pédiatrique

Les Nations-Unies ont défini les enfants comme toute personne âgée de moins de 18 ans(16). L'OMS a défini l'adolescence comme la période s'étendant de 10 à 19 ans.(17)

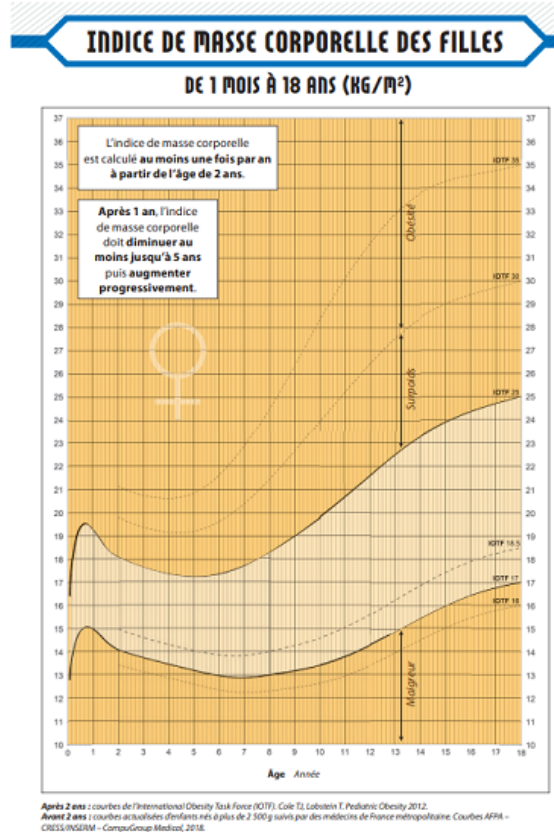
Selon l'OMS, le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. (5)

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure du poids (exprimée en kilogramme) par rapport au carré de la taille (exprimé en mètre) permettant d'estimer le surpoids (IMC > 25

Kg/m²) et l'obésité (IMC > 30 Kg/m²) chez l'adulte. Ces seuils ne sont pas valables chez l'enfant et l'adolescent en croissance(4). Face à ce paramètre évolutif des courbes d'IMC de référence ont été élaborées en fonction de l'âge et du sexe et sont présentes dans le nouveau carnet de santé édité en 2018. Avant 2 ans, la courbe est adaptée spécifiquement à la population française (courbe AFPA-CRESS/INSERM), et après 2 ans la courbe est adaptée à la population internationale (courbe IOTF) (18,19) :

- La corpulence dite normale correspond à un IMC compris entre les seuils IOTF 17 (Kg/m²) et 25 (Kg/m²) ou un IMC compris entre le 3e et le 97e percentile des références françaises (AFPA – CRESS/INSERM).
- Le surpoids correspond à un IMC compris entre les seuils IOTF 25 (Kg/m²) et 30 (Kg/m²) ou un IMC ≥ 97e percentile des références françaises.
- L'obésité correspond à un IMC > au seuil IOTF 30 (Kg/m²)
- L'obésité sévère correspond à un IMC > au seuil IOTF 35 (Kg/m²)(8)

Figure 1 : Courbe d'IMC concernant les filles présente dans le nouveau carnet de santé(19)



La corpulence augmente la première année de la vie, puis diminue jusqu'à l'âge de 6 ans, puis augmente à nouveau jusqu'à la fin de l'adolescence. La remontée physiologique de la courbe de l'IMC survenant en moyenne à 6 ans est appelée rebond d'adiposité. Plus il est précoce plus le risque de devenir obèse est élevé. Le calcul et le report de l'IMC des enfants sur les courbes spécifiques permet d'identifier précocement une accélération excessive de la prise pondérale qui conduira à un surpoids, voire une obésité(4).

La SFE fait la distinction entre obésité génétique, secondaire (caractérisée par un ralentissement de la vitesse de croissance staturale faisant rechercher une cause sous jacente (hypercorticisme, hypothyroïdie)), et commune (accompagnée d'une accélération de la croissance mais jamais d'un ralentissement). La majorité des obésités sont des obésités communes liées à des facteurs environnementaux qui s'implantent sur une prédisposition génétique complexe. Le mécanisme principal est toujours un déséquilibre de la balance énergétique(4). Cette thèse évalue uniquement les pratiques des médecins généralistes dans la prise en soin des enfants et des adolescents en surpoids ou en situation d'obésité commune.

1.4.2) Situations à risque de développer une obésité

Bien qu'il s'agisse d'une pathologie hétérogène et multifactorielle, les situations à risque d'obésité pédiatriques énumérées par la SFE sont les suivantes(4) :

- "Surpoids et obésité parentale, notamment de la mère au début de la grossesse,
- Prise de poids excessive durant la grossesse, tabagisme maternel, diabète maternel,
- Excès ou défaut de croissance fœtale (macrosomie/hypotrophie),
- Gain pondéral accéléré dans les deux premières années de vie,
- Difficultés socio-économiques des parents et cadre de vie défavorable,
- Manque d'activité physique et sédentarité,
- Troubles du sommeil,
- Attitudes inadaptées de l'entourage par rapport à l'alimentation,
- Dépression, hyperphagie boulimique, négligences ou abus physiques,
- Médicaments (certains antiépileptiques et les glucocorticoïdes à forte dose)".

1.4.3) Complications de l'obésité pédiatrique

Les complications peuvent être somatiques et psychologiques. Les principales complications somatiques mises en avant par la SFE sont :

- "Cardiovasculaires (hypertension artérielle),
- Métaboliques (insulinorésistance avec glycémie normale, hypertriglycéridémie, diminution du HDL-Cholestérol),
- Hépatiques (stéatose non alcoolique),
- Orthopédiques (rachialgies, gonalgies, troubles de la statique vertébrale associés à un désalignement des membres inférieurs, épiphysiolyse de la tête fémorale)"(4).

D'un point de vue psychologique, "il existe un risque d'isolement social de l'enfant et de l'adolescent, mais également d'échec scolaire. Chez les adolescents en situation d'obésité sévère on note une diminution de la qualité de vie et une augmentation des conduites à risque"(4).

1.5) Recommandations françaises concernant la prise en soin des enfants et des adolescent(e)s en situation de surpoids et d'obésité

1.5.1) Recommandations de la Haute Autorité de Santé : Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e)(8)

Ce guide paru en mars 2022 réactualise les dernières recommandations de 2011(13) et décrit les différentes étapes du parcours de soins de l'enfant et de l'adolescent(e) en situation de surpoids ou d'obésité. Il est destiné à l'ensemble des professionnels de santé, médicaux, paramédicaux et médico-sociaux pouvant être impliqués.

Dépistage

La HAS rappelle l'importance d'un dépistage précoce du surpoids et de l'obésité associé à une évaluation des habitudes de vie de l'enfant ou de l'adolescent(e). Il repose sur la réalisation de mesures anthropométriques (poids en kilogramme et taille en mètre) et le calcul de l'IMC (poids/taille²). Chez tout enfant/adolescent(e), le suivi de la corpulence doit être régulier pour s'assurer d'une évolution attendue de la courbe de croissance dans les seuils d'IMC définis par rapport à l'âge et au sexe.

- "Hors facteurs prédisposants ou de risque de développer un surpoids ou une obésité, le calendrier des examens obligatoires de santé suffit au suivi de la corpulence et de la croissance staturo-pondérale avant l'âge de 6 ans. Après 6 ans, un suivi annuel est préconisé (plus fréquent que les examens obligatoires)."
- "Chez les enfants/adolescents ayant des facteurs prédisposants ou de risque de développer un surpoids ou une obésité, le calendrier des examens obligatoires de santé suffit au suivi avant 3 ans. Au-delà de l'âge de 3 ans, un suivi tous les 6 mois est préconisé "
- "Une ascension continue de la courbe de corpulence (IMC) depuis la naissance, un rebond d'adiposité précoce (en particulier avant l'âge de 3 ans), un changement rapide de couloir de la courbe de corpulence vers le haut et une obésité précoce et sévère associée à d'autres signes comme un retard du développement psychomoteur ou une pathologie endocrinienne doivent conduire à une évaluation plus approfondie de la situation."
- Selon la HAS la prescription d'un bilan biologique est réservée aux situations d'obésité avérées (IMC \geq au seuil IOTF 30) et selon les antécédents familiaux, l'historique et la dynamique de la courbe de croissance et l'histoire clinique. Ce bilan biologique comprend une glycémie à jeun, une exploration des anomalies lipidiques et un bilan hépatique comprenant ALAT et ASAT.

Évaluation des habitudes de vie

La HAS recommande d'évaluer les habitudes alimentaires, les habitudes de pratique d'activité physique, la sédentarité, la qualité du sommeil et des rythmes de vie et également le bien-être de l'enfant ou de l'adolescent.

➤ **Concernant l'évaluation des habitudes alimentaires**, le praticien peut se référer selon la HAS à la "Révision des repères alimentaires pour les enfants de 0-36 mois et de 3-17 ans" du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)(20), ou aux recommandations de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire Alimentation, Environnement, Travail (Anses) pour les enfants de 0 à 3 ans(21) et de 4 à 17 ans(22)

- Alimentation lactée :

Avant la diversification alimentaire, le lait maternel ne peut être remplacé que par des préparations pour nourrisson. Durant la première année de vie, les apports lactés sont la base de l'alimentation de l'enfant et doivent être apportés à hauteur de 500 ml par jour jusqu'à l'âge de 1 an. Cette quantité doit ensuite diminuer progressivement entre 1 et 3 ans à la faveur des aliments solides(21). L'allaitement maternel, en comparaison aux préparations infantiles, peut influencer l'acceptation des aliments à des âges plus avancés : il peut modifier le développement de l'acceptation des saveurs, des capacités orales nécessaires pour s'alimenter et des capacités de contrôle des apports énergétiques(23).

- Diversification alimentaire et apports énergétiques totaux :

L'Anses recommande de débiter la diversification alimentaire entre 4 et 6 mois afin de réduire les risques d'obésité, d'infections, de maladie coeliaque et d'allergies alimentaires.(21)

Les besoins en lipides rapportés à l'apport énergétique total (AET) sont en grande partie couverts par le lait maternel ou les préparations infantiles au début de la diversification. Au fur et à mesure que la consommation de lait maternel ou de préparations infantiles diminue, les lipides doivent être apportés par l'alimentation solide, notamment les petits pots du commerce ou les préparations maison auxquelles des matières grasses doivent ainsi être incorporées. Il est également recommandé d'en incorporer dans les petits pots du commerce lorsqu'ils ne contiennent pas de matières grasses ajoutées. Il est important de varier les matières grasses utilisées en privilégiant les huiles riches en acide alpha linoléique (telles que l'huile de colza et de noix). Les besoins en protéines des enfants de moins de 3 ans rapportés à l'AET sont plus faibles que ceux des adultes et en partie couverts par le lait maternel ou les préparations infantiles. Il est recommandé de proposer des quantités de viande, poisson et oeuf de 10 grammes par jour entre 6 et 12 mois, 20 grammes par jour entre 1 et 2 ans et 30 grammes par jour entre 1 et 3 ans(21).

Les intervalles de référence en macronutriments rapportés à l'AET sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Intervalles de référence des macronutriments pour les enfants de 0 à 3 ans et pour les adultes(21)

	0-5 mois	6-11 mois	12-35 mois	Adultes
Intervalle de référence en lipides (% de l'AET)	50-55 %	Décroit progressivement jusqu'à 45-50 %	45-50 %	35-40 %
Intervalle de référence en protéines (% de l'AET)	7-15 %		6-15 %	10-20 %
Intervalle de référence en glucides (% de l'AET)	40-50 %			40-55 %

AET : apport énergétique total

Afin de favoriser des habitudes alimentaires saines à l'âge adulte, il est recommandé, dès la diversification alimentaire, de limiter la consommation de produits sucrés (tels que les pâtisseries, biscuits, chocolats et les boissons sucrées), de fritures, de produits salés (tels que les biscuits apéritifs) et de charcuteries. De la même façon, il recommande ne pas ajouter de sel lors de la préparation des repas et la consommation des aliments.(21)

Pour favoriser les capacités du nouveau-né et du jeune enfant à réguler lui-même ses apports énergétiques selon ses besoins, l'Anses suggère de respecter les signaux de faim et de rassasiement de l'enfant, quel que soit son âge. Il est recommandé de ne pas forcer l'enfant à finir son biberon ou son assiette. A table, il est conseillé de servir d'abord une petite quantité du plat puis de le proposer de nouveau si l'enfant a encore faim. L'adéquation des apports énergétiques peut être vérifiée par la surveillance régulière de la croissance staturo pondérale de l'enfant.(21)

Au delà de 3 ans, l'Anses suggère de se rapporter aux repères nutritionnels en vigueur pour les adultes(22,24). Ces repères permettent de couvrir l'ensemble des besoins nutritionnels des enfants de toute classe d'âge à partir de 3 ans. L'ensemble de la famille peut consommer les mêmes plats tant qu'ils s'inscrivent dans le respect des repères alimentaires. D'un point de vue quantitatif, les besoins énergétiques des enfants étant différents de ceux des adultes, la quantité des aliments doit être adaptée à l'exception des aliments sources de fer (viande, poisson) et de calcium (produits laitiers)(22).

L'Anses insiste sur la nécessité de limiter les apports en sucre et de proposer aux enfants des fruits frais, des produits laitiers nature ou peu sucrés, des fruits secs ou des fruits à coque ainsi que de l'eau, en particulier lors du goûter, en substitution des pâtisseries/biscuits/gâteaux et des boissons sucrées. Les apports en sodium chez l'enfant doivent être limités afin d'acquiescer dès le plus jeune âge, des préférences alimentaires et des habitudes de consommation compatibles avec les repères alimentaires et les recommandations destinées aux adultes (22).

➤ **Concernant l'évaluation du niveau d'activité physique**, la HAS suggère de se référer aux repères d'activité physique proposés par l'Anses(24) ou l'OMS(25) :

- Avant 5 ans, il est préconisé au moins 3h d'activité physique quotidienne modérée à soutenue.
- Entre 5 et 17 ans, il est préconisé au moins 1h d'activité physique quotidienne modérée à soutenue. Selon l'OMS il convient d'intégrer des activités aérobiques soutenues et des activités qui renforcent le système musculaire et osseux au moins 3 fois par semaine.

➤ **“L'évaluation de la sédentarité**, concerne le temps passé au quotidien en position assise ou allongée en dehors des temps de sommeil et le temps consacré aux écrans”. Concernant le temps d'exposition aux écrans, la HAS se réfère aux recommandations formulées par l'Anses. (24)

- Les enfants de moins de 2 ans ne doivent pas être exposés aux écrans.
- Les enfants entre 2 et 5 ans ne doivent pas être exposés plus d'1 h par jour.
- Les enfants entre 6 et 11 ans ne doivent pas être exposés plus de 2 h par jour aux écrans de loisirs (temps d'écrans hors temps scolaire).

➤ **“L'évaluation du sommeil** concerne la quantité et la qualité du sommeil, la recherche d'une désorganisation du cycle veille-sommeil ainsi que la recherche d'une régularité ou d'une désorganisation des rythmes de la vie quotidienne.”

Concernant le temps de sommeil, la HAS n'a pas précisé de repères dans son référentiel. Ceux préconisés par l'Anses(24) sont :

- entre 11 et 14 heures chez les enfants de moins de 6 ans,
- entre 9 et 11 heures chez les enfants âgés de 6 à 11 ans,
- entre 8h30 et 9h30 chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans.

➤ **“L'évaluation du bien-être** appréhende aussi bien le bien-être physique que le bien-être psychique.” La HAS suggère d'évaluer “l'estime de soi, le sentiment d'être respecté, les relations avec la famille et les amis, le fait d'avoir ou non des activités épanouissantes. Il est recommandé de rechercher une souffrance psychologique ou des difficultés en milieu scolaire (harcèlement, résultats scolaires en chute).”

Annonce

Selon la HAS, “tout professionnel par son attitude et le choix de ses mots évite de blesser, de culpabiliser, de stigmatiser et construit un langage commun avec l'enfant/l'adolescent(e) et ses parents, valorise l'importance d'une croissance harmonieuse et tout progrès même minime.”

La HAS donne des repères pour communiquer avec un enfant ou un adolescent en surpoids ou obèse ainsi qu'avec ses parents. Elle préconise, “d'adopter une attitude de non jugement et d'ouverture, de demander l'accord à l'enfant ou l'adolescent ainsi qu'à ses parents d'aborder la thématique du surpoids ou de l'obésité, de recueillir les connaissances et représentations qu'ont l'enfant ou l'adolescent ainsi que ses parents du surpoids et de l'obésité, de recueillir leurs attentes quant à une prise en soin et de porter une attention particulière au vécu présent et passé du parcours de soin.”

Soins et accompagnement

“Quelle que soit la corpulence, l'objectif principal des soins et de l'accompagnement est de promouvoir la santé et le bien-être sans chercher à atteindre une valeur d'IMC définie. La perte de poids n'est pas un objectif prioritaire sauf en cas de complications sévères.” La HAS propose “d'accompagner les changements des habitudes de vie grâce à une éducation thérapeutique complémentaire du suivi médical”. Il n'existe pas, en 2022, de traitements médicamenteux autorisés en France dans la prise en soins des enfants et des adolescents en situation de surpoids ou d'obésité. La chirurgie bariatrique ne peut être envisagée que dans des situations très exceptionnelles et une fois la croissance terminée. Un séjour en soin de suite pédiatrique peut également être proposé dans certaines situations.

Chez l'enfant en cours de croissance l'objectif de la prise en soins est de ralentir la prise de poids tandis que la croissance se poursuit (inflexion de la courbe de corpulence). Chez l'adolescent(e) en fin de croissance, l'objectif est de stabiliser le poids.

Des objectifs spécifiques sont poursuivis en fonction de l'évaluation multidimensionnelle de la situation individuelle et familiale, et donc de sa complexité.

➤ Évaluation multidimensionnelle

Les dimensions à explorer selon la HAS regroupent “l'histoire et les comorbidités somatiques et psychiques individuelles et familiales, les habitudes de vie et l'environnement de vie, les aspects culturels, le retentissement sur l'état de santé, l'histoire des prises en charge antérieures, la réceptivité aux changements des habitudes de vie, les aspects psychologiques, affectifs et psychopathologiques, la situation sociale et économique, la scolarité, et la situation familiale”.

➤ Complexité de la situation

Afin de graduer et de moduler les soins et l'accompagnement, la HAS distingue une situation de surpoids ou d'obésité non complexe d'une situation d'obésité complexe tout en s'appuyant sur l'évaluation multidimensionnelle présentée ci dessus.

“Une situation de surpoids ou d'obésité est dite non complexe en cas d'IMC situé entre les seuils IOTF 25 et 30 OU en cas d'IMC > seuil IOTF 30 sans complications et sans cumul de facteurs qui sont la cause ou la conséquence d'une obésité. Par exemple, une problématique sociale ou psychologique ou scolaire associée n'entraîne pas obligatoirement une complexité si elle trouve des réponses accessibles en proximité.”

Dans cette situation la HAS préconise un suivi médical mensuel pendant au moins 3 mois, puis si possible trimestriel pendant 2 ans si l'évolution est favorable. Elle préconise également des séances d'éducation thérapeutique (ETP) tous les deux mois pendant 6 à 12 mois.

“Une situation d'obésité est dite complexe du fait de la sévérité de l'obésité (IMC > seuil IOTF 30) et du cumul de facteurs associés : complications ou comorbidités somatiques ou psychiatriques, individuelles ou familiales associées ; obésité de causes rares (soit génétiques, soit dites lésionnelles) ; situation de handicap, de déficience, antécédents d'échecs du traitement de l'obésité ; retentissement important sur la vie quotidienne et la qualité de vie ; troubles des conduites alimentaires associés à des troubles psychopathologiques, problématiques sociales, familiales, scolaire”

Dans cette situation la HAS préconise un suivi médical au minimum mensuel pendant 1 an, puis trimestriel pendant 1 an si l'évolution est favorable, soit plus longtemps en cas d'écart par rapport aux objectifs attendus. Elle préconise également des séances d'ETP mensuelles pendant 6 à 12 mois.

Coordination

La HAS insiste dans ces recommandations sur la possibilité de recourir à d'autres professionnels dans l'évaluation de la situation initiale mais également dans le suivi de l'enfant ou de l'adolescent en situation de surpoids ou d'obésité.

En cas de situation non complexe, le médecin assurant le suivi de l'enfant ou de l'adolescent peut se référer à l'expertise d'un autre professionnel pour compléter son évaluation ou formuler des objectifs (médecin scolaire, pédopsychiatre, psychologue, travailleur social, infirmier, diététicien, enseignant en activité physique adaptée, kinésithérapeute; ergothérapeute, psychomotricien).

Dans une situation complexe, l'évaluation de la situation peut nécessiter d'emblée d'être complétée ou approfondie en s'appuyant sur l'expertise de l'équipe d'une structure spécialisée dans l'obésité. Dans cette situation une RCP est organisée avec l'élaboration d'un plan individualisé de coordination en santé définissant le rôle de chaque intervenant, la formulation d'objectifs et la programmation d'un suivi. Un référent de proximité est désigné pour répondre à un besoin de coordination complémentaire à celle du médecin qui suit l'enfant/l'adolescent(e).

Dans les deux types de situations il est préconisé d'utiliser un support à la coordination.

Les notions d'évaluation multidimensionnelle et de complexité de situation du surpoids ou de l'obésité n'apparaissent pas dans les précédentes recommandations de la HAS publiées en 2011(13) qui proposaient un suivi selon 3 niveaux de prise en charge qui se succédaient en cas d'échec (premier recours : prise en charge de proximité par le médecin habituel; deuxième recours : prise en charge multidisciplinaire organisée à l'échelle d'un territoire; troisième recours : prise en charge organisée à une échelle régionale et coordonnée par un médecin et une équipe spécialisés. En 2011 la HAS recommandait que la prise en soin des enfants ou adolescents en surpoids ou obèses prenne en compte les principes de l'ETP. Cependant cet aspect était peu développé en comparaison avec les dernières recommandations qui placent l'ETP au cœur du soin, en proposant notamment un rythme de suivi en fonction de la complexité de la situation.

Par ailleurs, les recommandations 2022 insistent sur la coordination avec d'autres professionnels afin de réaliser l'évaluation multidimensionnelle et assurer la prise en soin commune du patient. Le rôle de chaque intervenant est détaillé dans des fiches spécifiques à l'attention des médecins généralistes et pédiatres(26). Enfin, si ces recommandations définissent un cadre de soin et un rythme de suivi en fonction de la complexité, il est précisé régulièrement dans ce document de la HAS que le rythme de suivi et des interventions est à adapter aux préférences des patients et/ou de leur famille afin de favoriser l'observance.

1.5.2) Les recommandations du Collège de la Médecine Générale (CMG)(27)

En 2018, le CMG a publié une recommandation intitulée "Les 10 points clés de la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant". Les facteurs de complexité présentés se recoupent avec ceux de la HAS et regroupent : "des complications biomécaniques (douleurs rachidiennes, gonalgies), des conséquences morphologiques et esthétiques, une souffrance psychologique (maltraitance, violences intrafamiliales, de voisinage ou scolaires), une image du corps négative, un retard des acquisitions, des comportements alimentaires compulsifs, une situation de précarité." Le Collège de Médecine Générale suggère de sélectionner le niveau de recours de soins pertinent pour les enfants en fonction des comorbidités et de la complexité. Il propose de s'aider du score EOSS-Pédiatrique(28) (annexe 1).

1.5.3) La Consultation de Suivi de l'Obésité (CSO)

La CSO a été mise en place en 2017 par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) pour les consultations de suivi et de coordination des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité (29). Le médecin traitant déclaré de l'enfant peut la proposer 2 fois par an et est rémunéré 46 euros par consultation. La codification CCAM permettant l'application de ce tarif est CSO ou CCX. (30)

1.6) Éducation thérapeutique et obésité de l'enfant et de l'adolescent

1.6.1) Définitions

Le concept d'ETP a émergé au début des années 1970 aux États-Unis sous l'influence des travaux de Leona Miller (diabétologue). L'objectif de son approche de pédagogie thérapeutique était d'aider les patients diabétiques à gagner en autonomie et à mieux contrôler leur diabète. (31). Le succès de ses travaux, qui reposent sur un transfert de compétence entre le soignant et le patient, a ouvert la voie à de nombreux programmes d'ETP à travers le monde.

Selon l'OMS en 1998, "l'éducation thérapeutique du patient a pour but de former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur propre maladie, et à leur permettre de faire face au suivi quotidien. Elle contribue également à réduire les coûts des soins de longue durée pour les patients et la société.

L'éducation thérapeutique du patient doit être réalisée par des soignants formés à l'éducation du patient, et doit être conçue pour permettre au patient (ou à un groupe de patients et aux familles) de gérer le traitement de leur maladie et de prévenir les complications, tout en maintenant ou en améliorant leur qualité de vie. Son but principal est de produire un effet thérapeutique complémentaire à ceux de toutes les autres interventions (pharmacologiques, kinésithérapie, etc.)." (32).

Les finalités spécifiques de l'ETP sont l'acquisition et le maintien de compétences d'autosoin, et la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation par le patient.

Les compétences d'autosoins correspondent aux décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé. Les compétences d'adaptation correspondent aux compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci(33).

Les compétences spécifiques d'autosoin et d'adaptation, à acquérir selon la HAS par les enfants et les adolescents (ainsi que leurs parents) en situation de surpoids ou d'obésité sont définies dans les recommandations dont fait l'objet cette thèse(8).

Tout professionnel de santé impliqué dans la prise en soin d'un enfant ou d'un adolescent en situation de surpoids ou d'obésité (et au sens plus large tout patient atteint d'une pathologie chronique) peut informer son patient de la possibilité de bénéficier d'une ETP(32). Un programme d'ETP est personnalisé et centré sur le patient : il tient compte des besoins éducatifs du patient et de ses attentes. Les compétences à acquérir ainsi que la planification du suivi sont élaborées en concertation avec le patient.

Un programme d'ETP n'est pas figé : les compétences acquises sont évaluées et une nouvelle offre d'ETP peut être proposée si des besoins nouveaux ou des compétences méritent d'être renforcées.

Le programme d'ETP peut s'étendre sur une durée de plusieurs mois et plusieurs offres d'ETP peuvent être proposées tout au long de la vie d'un patient atteint d'une maladie chronique.

En France, l'ETP s'inscrit depuis 2009 dans le Code de santé publique, à travers la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) (loi du 21 juillet 2009) qui régit son cadre, ses finalités et ses modes de financement. Cette loi donne un statut à ce domaine d'exercice et en reconnaît l'importance pour l'amélioration de l'état de santé des personnes(34).

1.6.2)Place de l'ETP dans la prise en soin des enfants et des adolescents en situation de surpoids ou d'obésité

Comme le recommande la HAS, les recommandations internationales (INESS (Quebec)(35), CTFPHC (Canada)(36), NHMRC (Australie)(37), NICE (Royaume-Uni)(38), BASO (Belgique)(39), ESE (Europe)(40), PES(40), USPSTF(41) et APA (Etats-Unis)(42) préconisent toutes une ETP personnalisée fondée sur les besoins éducatifs, dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité chez un enfant ou un adolescent.

En 2016, la CTFPHC(43) (Canada) recommandait aux praticiens de premier recours d'orienter les enfants et les adolescents en situation de surpoids ou d'obésité vers un programme régulier, intensif et structuré d'interventions comportementales (associant des interventions axées sur l'alimentation, l'activité physique et la gestion du comportement). Ces programmes comportent de nombreuses interventions s'étalant sur plusieurs semaines ou mois et incluant la famille de l'enfant ou de l'adolescent. Ces recommandations se basent sur les résultats d'une revue de littérature (Pearson et Al.)(44) dont les résultats ont prouvé l'efficacité des interventions comportementales sur la baisse de l'IMC, de la pression artérielle systolique et diastolique et sur l'amélioration de la qualité de vie.

En 2017, la USPSTF(41) (États-Unis) s'accordait avec les recommandations de la CTFPHC en se basant sur une autre revue systématique de littérature (O'Connor et Al.)(45). Cette dernière a mis en évidence qu'un programme complet et intensif d'interventions comportementales (axées sur l'alimentation, la promotion de l'activité physique et la gestion du comportement) avec un total de 26 heures ou plus sur une durée de 2 à 12 mois permettait une perte de poids ou une diminution de l'IMC mesurée 12 mois après l'intervention. Un programme dépassant les 52 heures de contact avec l'enfant ou l'adolescent et sa famille entraînait une plus grande perte de poids et une amélioration des facteurs de risques cardiovasculaires et des paramètres métaboliques.

L'Association Américaine de Psychologie en se basant sur les résultats de cette revue de littérature (O'Connor et Al.) a mis en évidence qu'il n'y a pas d'association entre la gravité du degré d'adiposité, l'obésité parentale, la race ou l'origine ethnique dans les résultats des interventions comportementales. Face à l'hétérogénéité des programmes d'interventions comportementales étudiés, il n'a pas été possible de mettre en évidence un type de programme spécifique ayant de meilleurs résultats.

Les deux revues de littératures mentionnées soulignent l'absence d'effets indésirables des interventions comportementales.

1.6.3)Le RCPO jeune, un exemple de réseau d'éducation thérapeutique

Il existe différents réseaux de prise en soin des pathologies métaboliques en Alsace : REDOM (Réseau Diabète Obésité et Maladie Cardiovasculaire) RSC (Réseau Colmar Santé), PRECOSS (Prise En Charge Coordonnée des enfants Obèses et en Surpoids de Strasbourg) et RCPO (Réseau Cardio Prévention Obésité Alsace)

Le RCPO est un réseau de professionnels de santé créé en 2000 couvrant le Centre-Alsace et présentant des antennes dans les villes de Schirmeck, Molsheim, Saint Nabor, Erstein, Sainte Marie aux Mines et Sélestat qui a pour mission :

Les différents intervenants en son sein sont des infirmier(e)s, des diététiciens(ne)s, des enseignant(e)s en Activité Physique et Adaptée (APA), des psychologues, un pédiatre, un pédo-psychiatre vacataire et une coordinatrice médicale. L'équipe est formée en ETP et a déposé un programme d'ETP auprès de l'Agence Régionale de Santé intitulé "jeunes en situation de surpoids et d'obésité et leur entourage"

Il a pour mission :

- La prise en soin en ETP de patients adultes présentant des facteurs de risques cardiovasculaires (en prévention primaire et secondaire), et depuis 2010, par le biais de la filière RCPO jeune, les enfants et les adolescents (jusqu'à 18 ans) ainsi que leur entourage, dans la gestion de leur surpoids (ou obésité),
- La promotion de l'activité physique pour toute la population par le développement de la Maison Pôle Santé Nature(46) et l'adhésion au dispositif Prescri'move(47),
- La promotion et l'éducation à la santé pour tout public par le biais d'ateliers ou de conférences : scolaires, salariés, jeunes, personnes en situation de précarité, gens du voyage,
- L'appui aux professionnels de santé dans la promotion et l'éducation à la santé par le biais de formations.

Au moment de l'inclusion dans le réseau une consultation individuelle est proposée avec les différents intervenants à l'issue de laquelle est élaboré un plan personnalisé de soin qui sera proposé par un(e) infirmier(e) au patient adulte ou à l'enfant (ou l'adolescent) ainsi qu'à son accompagnant (parent(s) ou éducateur.) Un programme d'éducation thérapeutique est élaboré sur un période de 1 an à l'issue de laquelle une réévaluation est faite par le médecin référent ainsi que l'équipe pluridisciplinaire. Si besoin, une deuxième année de prise en soin peut être proposée.

Concernant le RCPO jeune, différents programmes avec des ateliers collectifs centrés sur l'alimentation (travail sur l'équilibre alimentaire, le choix éclairé des aliments, les sensations alimentaires, l'éviction des restrictions cognitives), l'activité physique et la lutte contre la sédentarité (promotion d'une activité physique adaptée à l'âge et en famille, promotion des modes actifs de déplacement, travail sur les sensations corporelles et psychiques en lien avec l'activité physique, réduction du temps d'exposition aux écrans), et l'acquisition de compétences psychosociales (connaissance de soi et des autres, travail sur l'estime et la confiance en soi, empowerment) sont proposés en fonction de l'âge (de 3 à 6 ans, de 7 à 12 ans, et de 13 à 15 ans). Au delà de 16 ans, seuls sont proposés des ateliers individuels.

Les parents sont invités à s'engager avec les enfants. Ils ont également la possibilité de participer à des ateliers sur la parentalité sans leurs enfants, ainsi qu'à des groupes de parole. Un soutien social est également proposé au sein du RCPO.

2. Matériel et méthode

2.1) Type d'étude

Pour répondre aux objectifs de l'étude, nous avons choisi d'effectuer une étude descriptive quantitative et transversale, réalisée au moyen d'auto-questionnaires anonymes.

2.2) Population cible

2.2.1) Critère d'inclusion

La population cible de cette étude était représentée par les médecins généralistes adhérents au RCPO. Les médecins adhérents n'interviennent pas au sein du RCPO mais bénéficient d'informations concernant les actions de prévention et les formations réalisées à l'échelle locale.

2.2.2) Critères de non inclusion

Les médecins spécialistes (pédiatres, endocrinologues), et les autres professionnels adhérents au RCPO n'ont pas été inclus.

2.3) Critères de jugement

2.3.1) Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la comparaison des connaissances et des pratiques des médecins généralistes dans les différentes étapes du parcours de soin des enfants et des adolescents en situation de surpoids et d'obésité (dépistage, annonce, accompagnement et orientation) avec les recommandations de la HAS parues en mars 2022.

2.3.2) Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires étaient l'évaluation de la connaissance par les médecins généralistes des consultations de suivi gratuites des enfants et des adolescents mises en place par la CPAM depuis 2019(48) ainsi que la connaissance de la consultation CSO, et l'évaluation de l'aisance des médecins généralistes dans la réalisation d'une évaluation multidimensionnelle, dans la réalisation de séances d'ETP et dans les différentes étapes du parcours de soin.

2.4) Cadre réglementaire

Cette étude évaluant les connaissances et les pratiques des médecins généralistes n'entre pas dans le cadre de la loi Jardé relative à la recherche impliquant la personne humaine. Ainsi nous n'avons pas dû déposer de dossier auprès d'un comité de protection des personnes.

Nous nous sommes engagés « à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de la recherche » via une déclaration formulée auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

2.5) Questionnaire

Un questionnaire comprenant 52 questions réparties en 5 parties (annexe 2) a été élaboré via le logiciel de questionnaire en ligne LimeSurvey.

La partie 1, intitulée “Groupe d’étude” permettait de décrire les médecins répondants.

Les parties 2, 3, 4 et 5 évaluaient respectivement la conformité des connaissances et des pratiques des médecins généralistes dans, le dépistage, l’annonce, l’accompagnement et l’orientation des enfants et des adolescents en situation de surpoids ou d’obésité, par rapport aux recommandations de la HAS parues en mars 2022. Des questions supplémentaires ont été posées pour évaluer la connaissance des consultations gratuites de suivi des enfants et des adolescents ainsi que la connaissance de la consultation CSO.

L’aisance des médecins était évaluée après chaque lot de question évaluant chaque étape du parcours de soin par le biais d’une échelle de Likert en 5 points (1: Pas à l’aise du tout; 2: Un peu à l’aise 3: Moyennement à l’aise 4: Très à l’aise 5: Parfaitement à l’aise). Des questions supplémentaires évaluaient l’aisance des médecins généralistes dans la réalisation de l’évaluation multidimensionnelle et dans la réalisation de l’ETP. La diffusion du questionnaire a été réalisée par l’intermédiaire de la mailing-list du RCPO. Un premier envoi a eu lieu le 01/08/2022, une relance a été effectuée le 05/09/2022. Les réponses aux questionnaires étaient possibles jusqu’au 01/10 /2022.

2.6) Analyse statistique

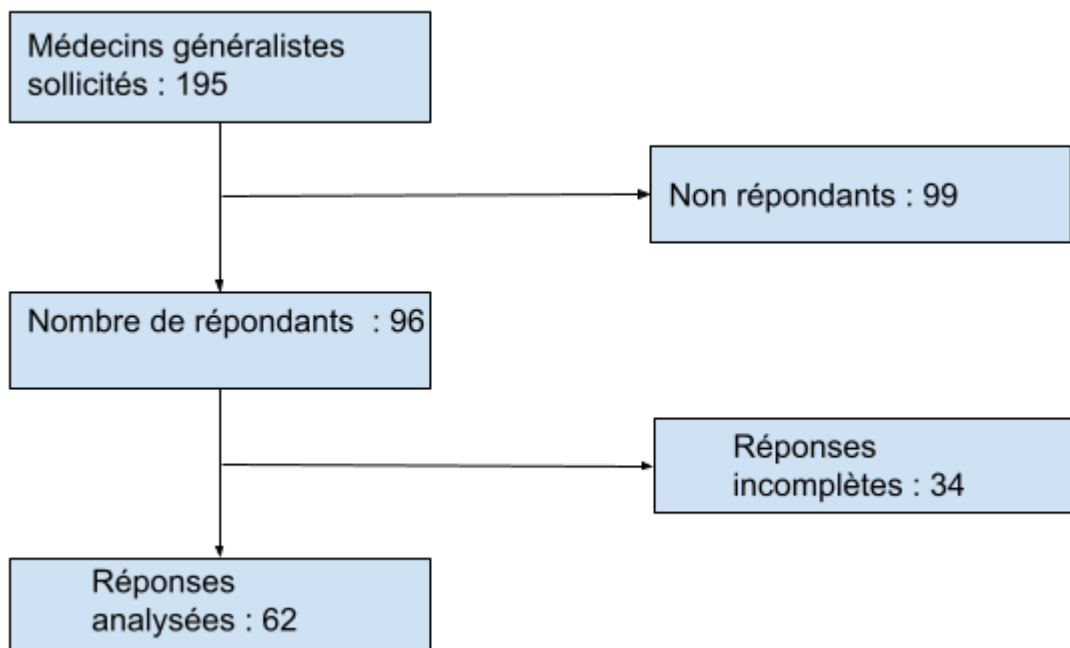
Les résultats du questionnaire en ligne ont pu être extraits au format Google Sheet permettant un traitement des données et la réalisation des graphiques par le biais du tableur Google Sheet. Les réponses ont été présentées en pourcentages et en effectifs pour les questions dichotomiques et à choix multiples.

3. Résultats

Les résultats présentés en diagrammes circulaires affichent à la fois la valeur absolue et le pourcentage par rapport à l'effectif total. Les résultats présentés en diagramme en barre affiche les valeurs absolues (le pourcentage sera précisé dans le texte suivant le diagramme).

3.1) Diagramme de flux

Figure 2 : Diagramme de Flux



3.2) Groupe d'étude

3.2.1) Caractéristiques socio démographiques et mode d'exercice

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques et mode d'exercice

Variabes	Participants (%)
Age (n= 62)	
25-40 ans	34 (54,8%)
40-55 ans	21 (35,5%)
> 55 ans	6 (9,7%)
Sexe (n=62)	
Femme	41 (66,1%)
Homme	21 (33,9%)
Mode d'exercice (n=62)	
Seul	14 (22,6%)
En structure de santé pluriprofessionnelle	5 (8,1%)
Avec un ou plusieurs médecins généralistes	43 (69,3%)

3.2.2)Formations complémentaires

Tableau 3 : Formations complémentaires

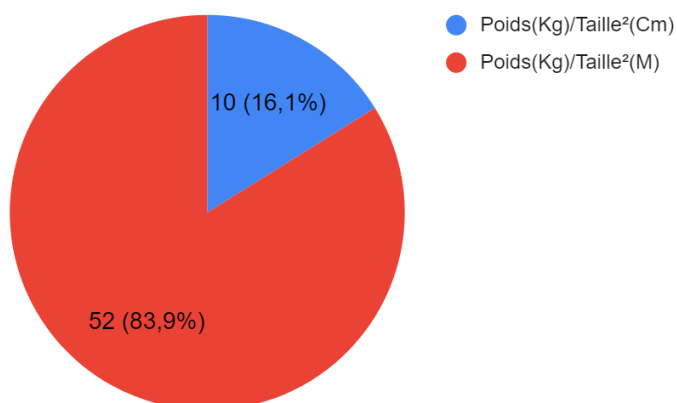
Variabes	Participants (%)
Formation dans le domaine du surpoids ou de l'obésité des enfants et adolescents(n=62)	
Oui	12 (19,3%)
Non	50 (80,7%)
Lecture des recommandations de la HAS (n=62)	
Oui	3 (4,8%)
Non	59 (95,2%)

3.3)Critère de jugement principal

3.3.1)Dépistage :

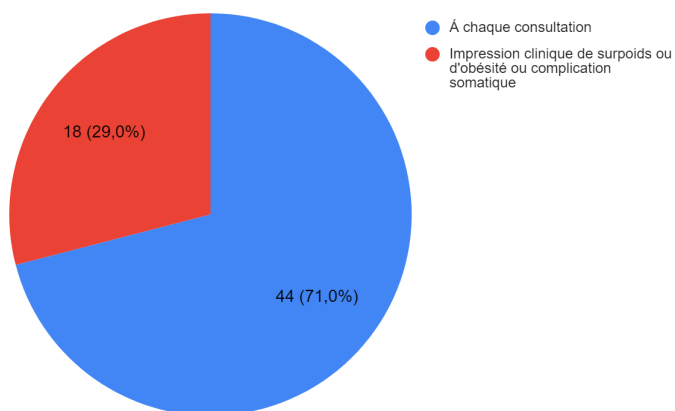
Définition de l'IMC :

Figure 3 :Définitions de l'IMC selon les médecins généralistes



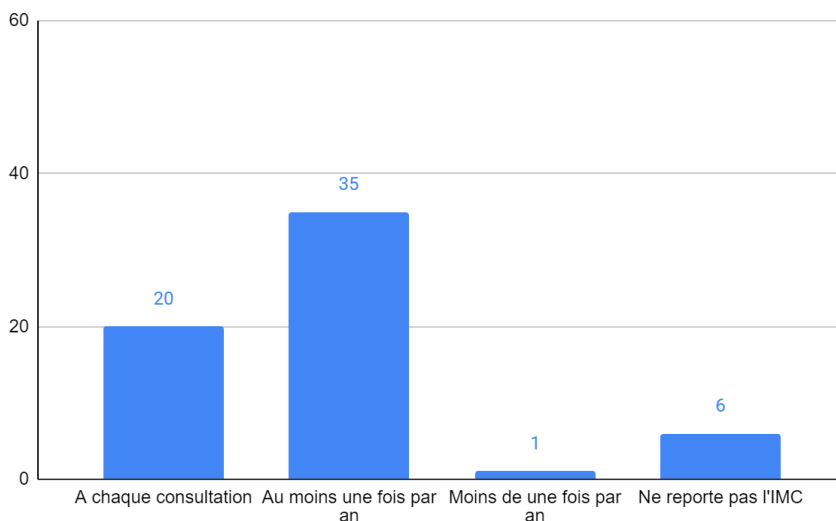
À quelle occasion l'IMC est-il calculé? :

Figure 4 : Occasions de dépistage de l'IMC



Fréquence du report de l'IMC sur le carnet de santé

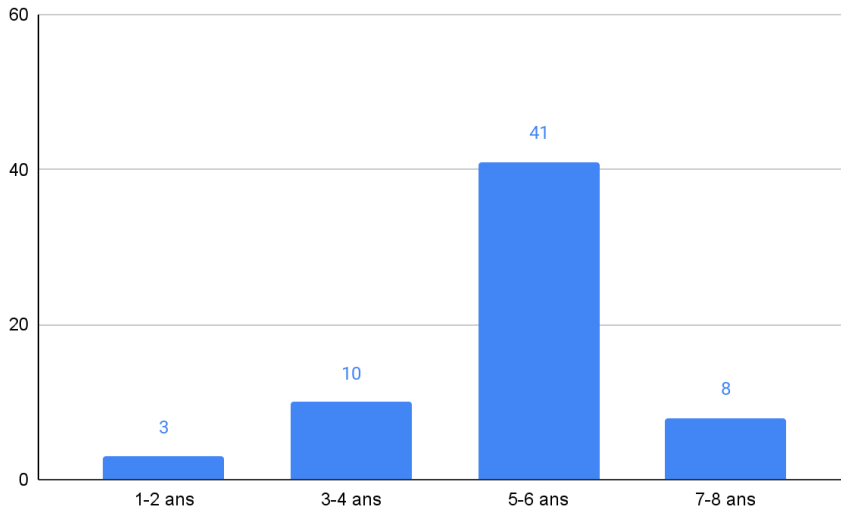
Figure 5 : Fréquence de report de l'IMC sur le carnet de santé



32,3% des médecins généralistes ont répondu reporter l'IMC sur le carnet de santé à chaque consultation, 55,5% au moins une fois par an, 1,6% moins de une fois par an et 9,7% ne reportaient pas l'IMC sur le carnet de santé.

Connaissance de l'âge du rebond d'adiposité

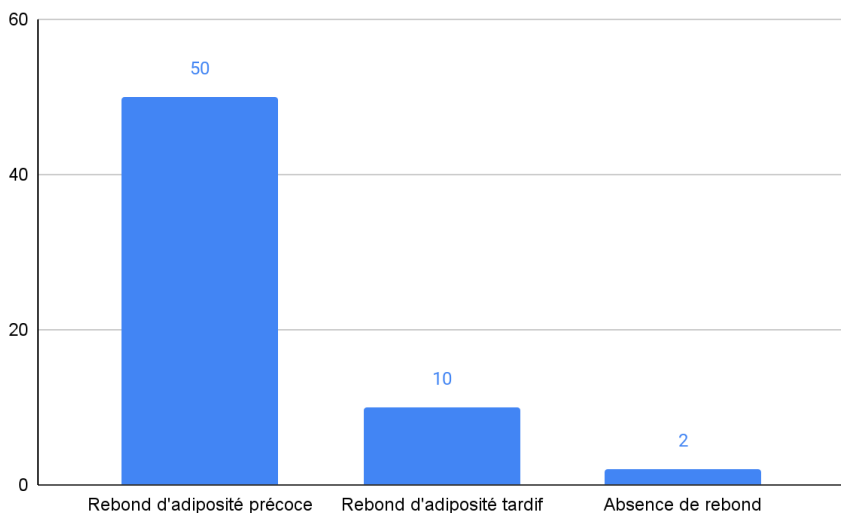
Figure 6 : Connaissance de l'âge du rebond d'adiposité



Concernant l'âge rebond d'adiposité, 4,9% des médecins généralistes ont répondu qu'il se produit entre 1 et 2 ans, 16,1% entre 2 et 4 ans, 66,1% entre 5 et 6 ans et 12,9% entre 7 et 8 ans.

Association entre le rebond d'adiposité et le risque de surpoids ou d'obésité de l'enfant et de l'adolescent

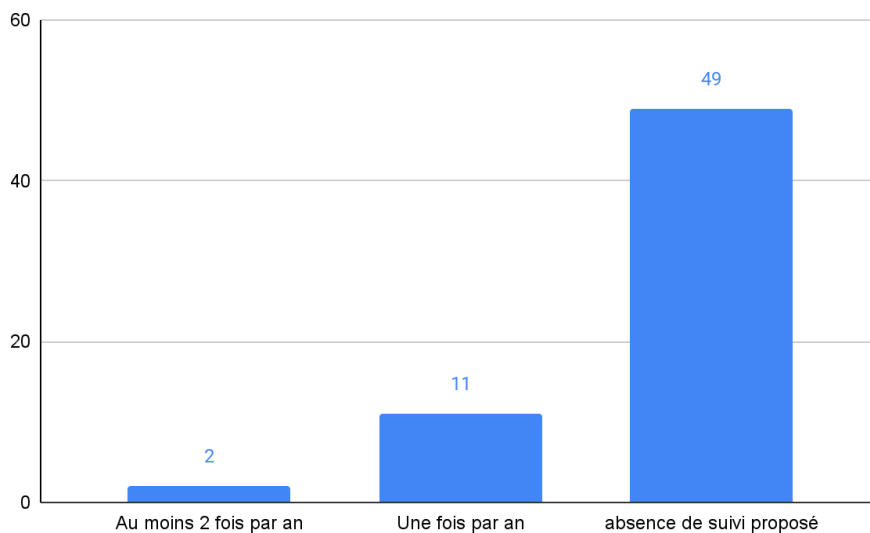
Figure 7 : Association entre le rebond d'adiposité et le risque de surpoids ou d'obésité de l'enfant et de l'adolescent



Concernant l'association entre le risque de surpoids et d'obésité et la survenue du rebond d'adiposité 80,7% des médecins généralistes ont répondu un rebond d'adiposité précoce, 16,1% un rebond d'adiposité tardif et 3,3% une absence de rebond.

Planification de consultations de suivi en dehors des consultations obligatoires et du calendrier vaccinal (hors problématique de surpoids ou d'obésité)

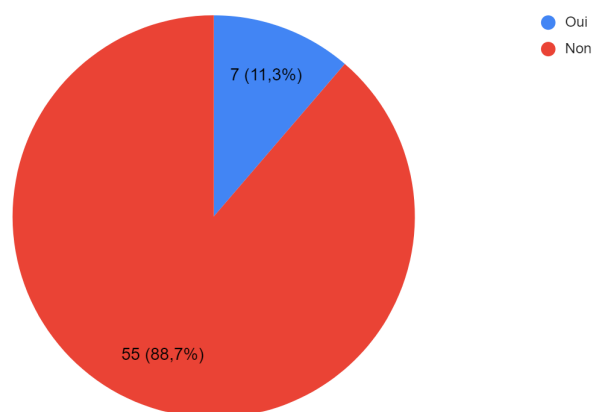
Figure 8 : Planification des consultations de suivi en dehors du calendrier vaccinal



3,3% des médecins généralistes interrogés ont répondu proposer des consultations de suivi au moins 2 fois par an, 17,7 % une fois par an, et 79% des médecins généralistes interrogés ont répondu ne pas proposer de consultation de suivi.

Distinction des situations de surpoids ou d'obésité complexes et non complexes

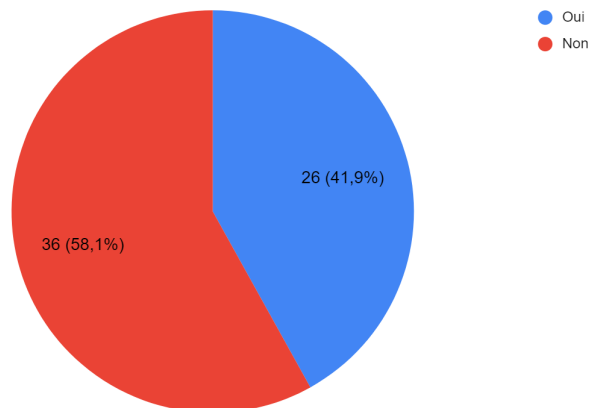
Figure 9 : Distinction des situations de surpoids ou d'obésité complexes et non complexes



3.3.2) Annonce

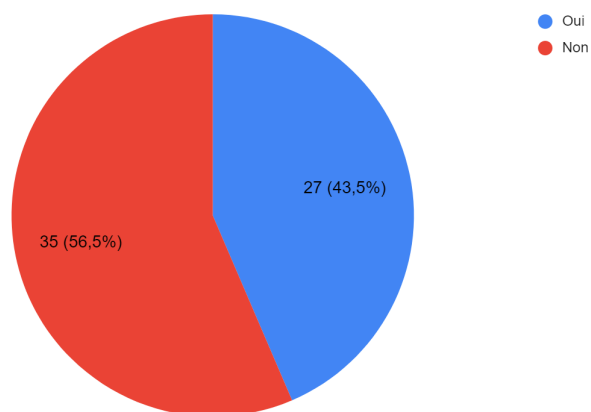
Demande d'accord par les médecins généralistes pour aborder la thématique du surpoids ou de l'obésité avec l'enfant ou l'adolescent

Figure 10 : Demande d'accord pour aborder la thématique du surpoids ou de l'obésité avec l'enfant ou l'adolescent



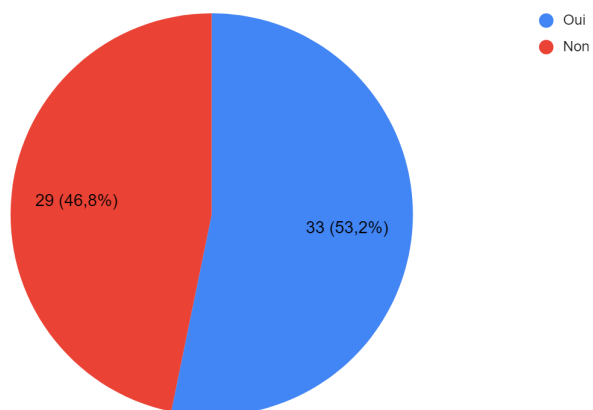
Demande d'accord par les médecins généralistes pour aborder la thématique du surpoids ou de l'obésité avec les parents de l'enfant ou de l'adolescent

Figure 11 : Demande d'accord pour aborder la thématique du surpoids ou de l'obésité avec les parents de l'enfant ou de l'adolescent



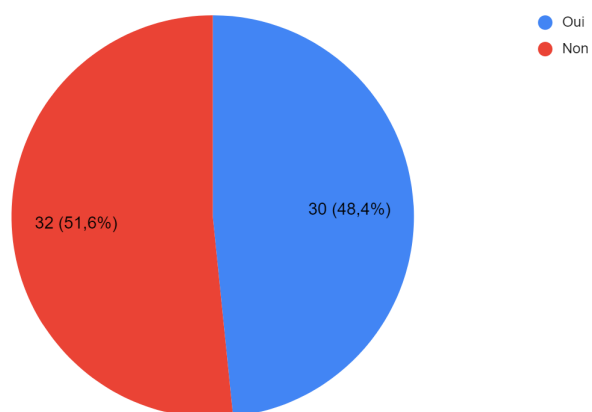
Recherche des représentations qu'ont l'enfant du surpoids ou de l'obésité

Figure 12 : Recherche des représentations qu'ont l'enfant ou l'adolescent du surpoids ou de l'obésité



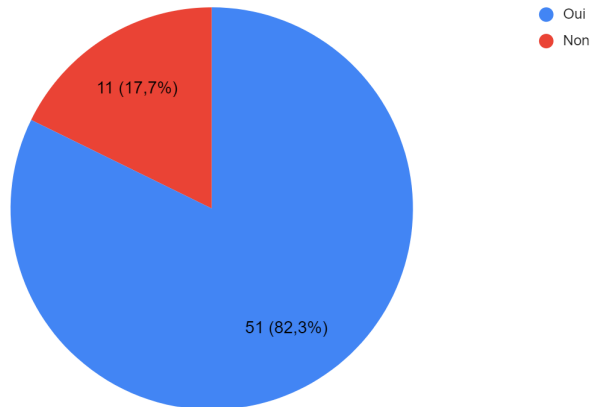
Recherche des représentations qu'ont les parents de l'enfant ou de l'adolescent du surpoids ou de l'obésité

Figure 13 : Recherche des représentations qu'ont les parents de l'enfant ou de l'adolescent du surpoids ou de l'obésité



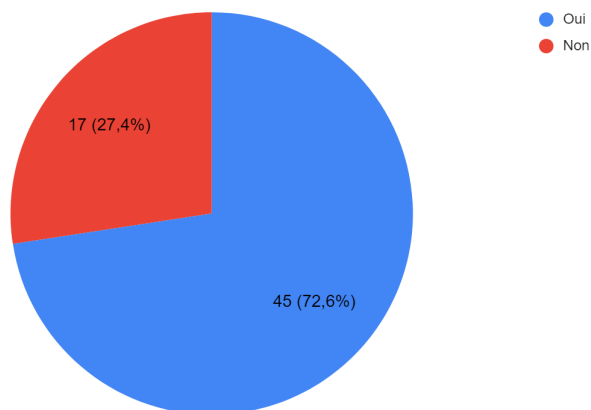
Recherche des attentes des enfants ou des adolescents en situation de surpoids ou d'obésité quant à une prise en soin

Figure 14 : Recherche des attentes des enfants ou des adolescents en situation de surpoids ou d'obésité quant à une prise en soin



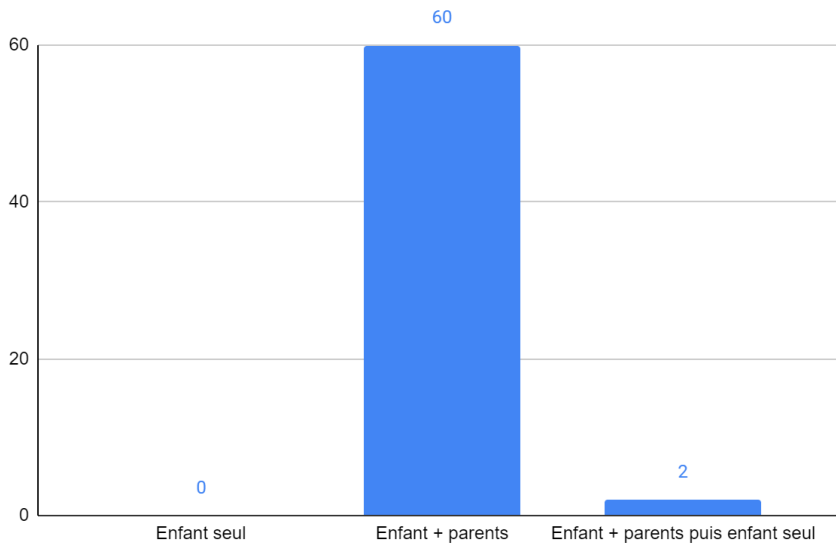
Recherche des attentes qu'ont les parents d'un enfant ou d'un adolescent en surpoids ou obèse quant à une prise en soin

Figure 15 : Recherche des attentes qu'ont les parents d'un enfant ou d'un adolescent en surpoids ou obèse quant à une prise en soin



Modalités d'entretien avec les enfants de 0 à 6 ans

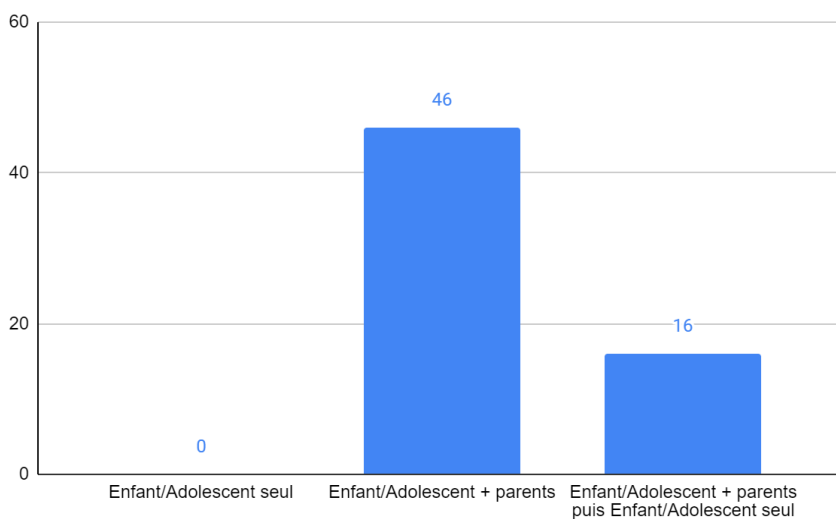
Figure 16 : Modalités d'entretien avec les enfants de 0 à 6 ans



Entre 0 et 6 ans, 96,8% des médecins généralistes ont répondu qu'ils réalisaient un entretien avec l'enfant et les parents ensemble, et 3,2% des médecins généralistes ont répondu qu'ils réalisaient un entretien avec l'enfant et les parents ensemble puis l'enfant seul.

Modalités d'entretien avec les enfants et adolescents de 6 à 13 ans

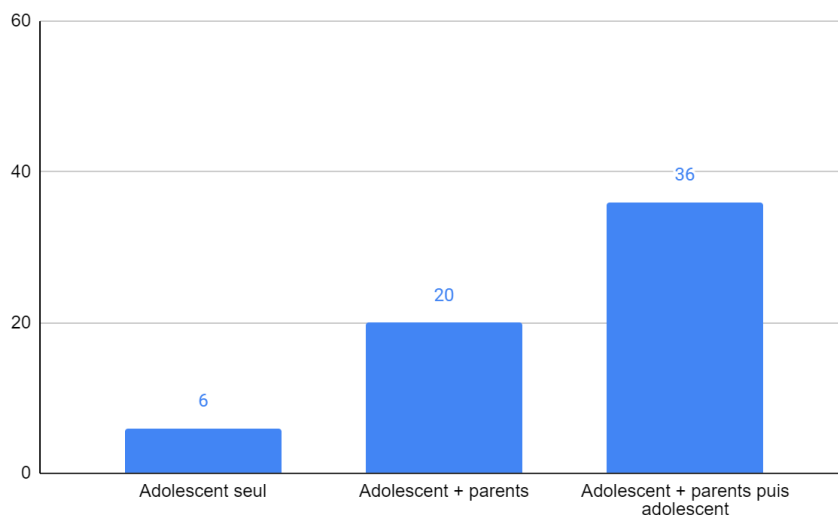
Figure 17 : Modalité d'entretien avec les enfants et adolescents de 6 à 13 ans



Entre 6 et 13 ans, 74,2% des médecins généralistes ont répondu qu'ils réalisaient un entretien avec l'enfant/l'adolescent et ses parents ensemble. 25,8% ont répondu qu'ils réalisaient un entretien avec l'enfant/l'adolescent et les parents ensemble puis avec l'enfant/l'adolescent seul.

Modalités d'entretien avec les adolescents de plus de 13 ans

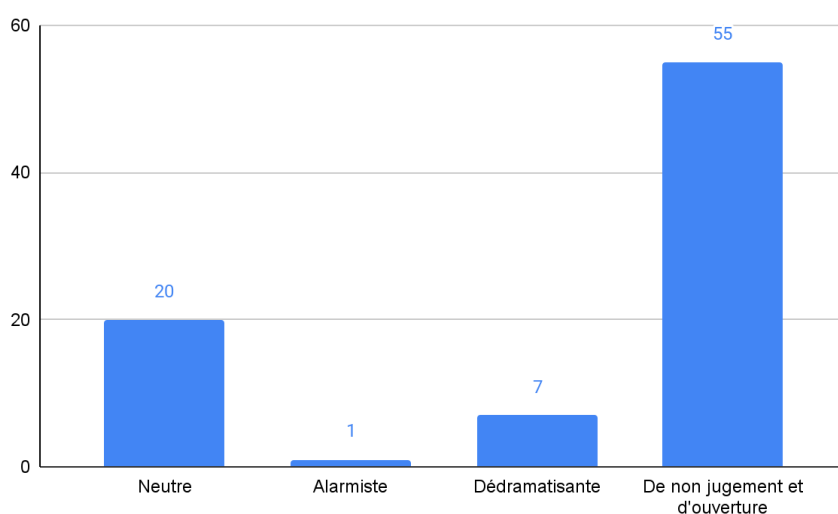
Figure 18 : Modalité d'entretien avec les adolescents de plus de 13 ans



Après 13 ans, 9,7% des médecins généralistes ont répondu qu'ils réalisaient un entretien avec l'adolescent seul. 32,2% ont répondu qu'ils réalisaient un entretien avec l'adolescent et les parents ensemble. 58,1% ont répondu réaliser un entretien avec l'adolescent et les parents ensemble puis avec l'adolescent seul.

Attitudes à adopter pour aborder une situation de surpoids ou d'obésité avec un enfant ou un adolescent

Figure 19 : Attitudes à adopter face à une situation de surpoids ou d'obésité avec un enfant ou un adolescent

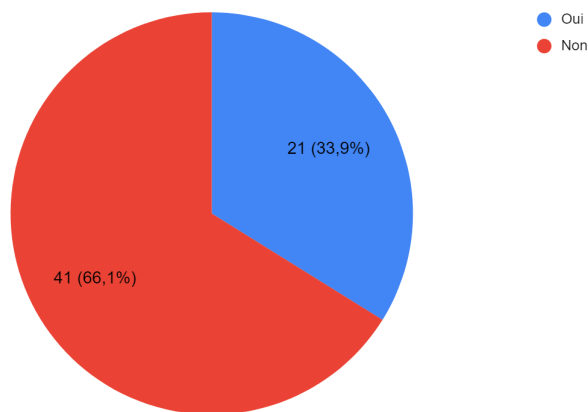


Plusieurs réponses étaient possibles. Il n'a pas été possible d'établir un pourcentage.

3.3.3)Accompagnement

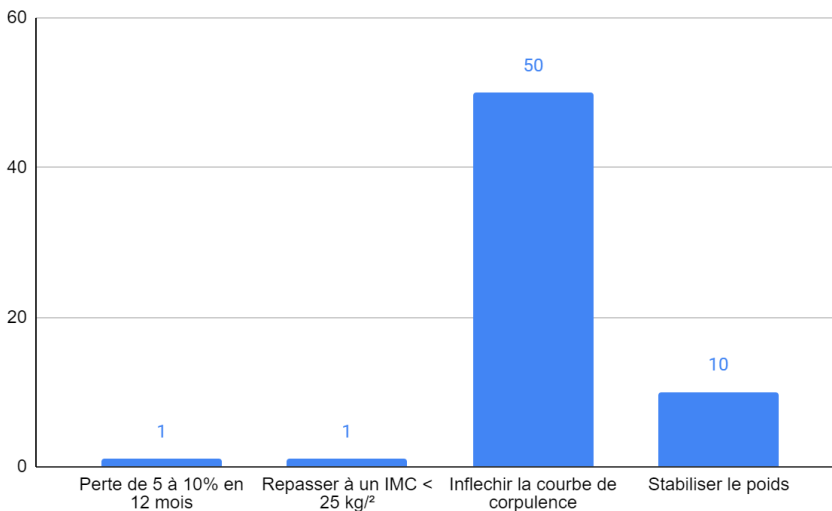
Prescription systématique de biologie face à une situation de surpoids ou d'obésité d'un enfant ou d'un adolescent

Figure 20 : Prescription systématique de biologies face à une situation de surpoids ou d'obésité d'un enfant ou d'un adolescent



Objectif pondéral chez les enfants

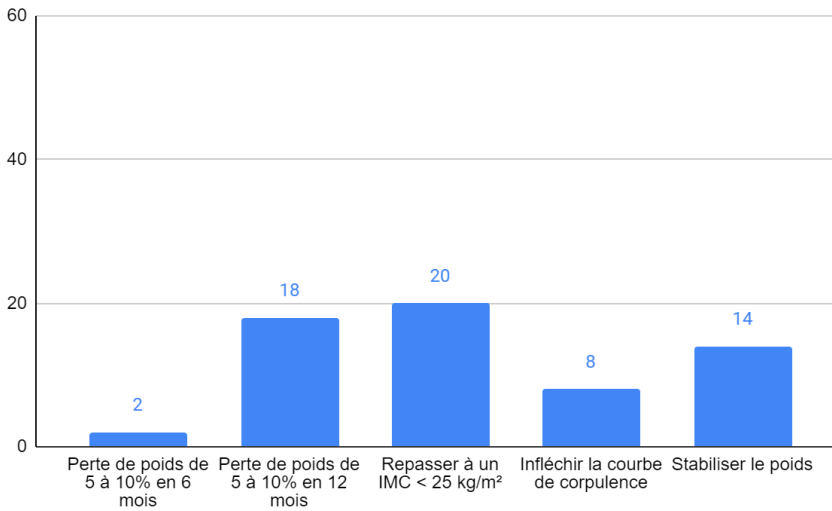
Figure 21 : Objectif pondéral chez les enfants



1,6% des médecins généralistes ont répondu qu'ils fixaient avec l'enfant un objectif de perte de 5 à 10% du poids en 12 mois. 1,6% des médecins généralistes ont répondu qu'ils fixaient comme objectif de repasser à un IMC inférieur à 25 kg/m². 80,7% ont répondu qu'ils fixaient comme objectif un infléchissement de la courbe de corpulence. 16,1% ont répondu qu'ils fixaient comme objectif une stabilisation du poids

Objectif pondéral chez les adolescents en fin de croissance

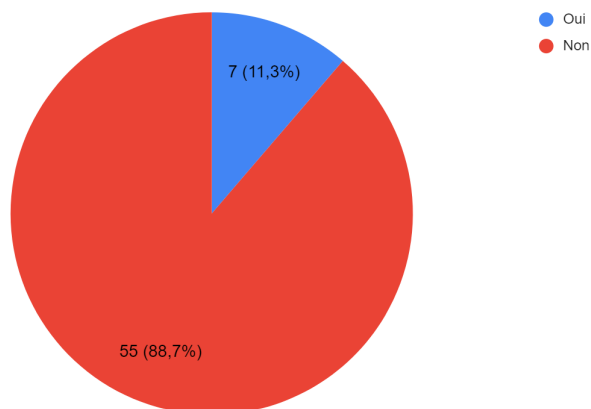
Figure 22 : Objectif pondéral chez les adolescents en fin de croissance



3,2% des médecins généralistes ont répondu qu'ils fixaient avec l'adolescent un objectif de perte de poids de 5 à 10% en 6 mois. 29% ont répondu qu'ils fixaient un objectif de perte de poids de 5 à 10% en 12 mois. 32,3% ont répondu qu'ils fixaient comme objectif de repasser sous un IMC < 25 kg/m². 12,9% ont répondu que l'objectif était un infléchissement de la courbe de corpulence. 22,6% ont répondu que l'objectif était de stabiliser le poids.

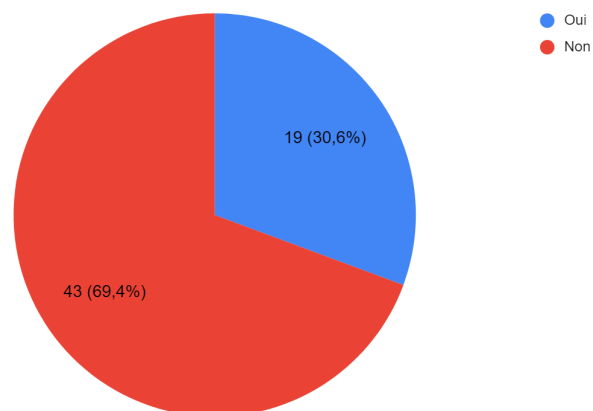
Lecture des recommandations du HCSP ou de l'Anses concernant les habitudes alimentaires des enfants et des adolescents

Figure 23 : Lecture par les médecins généralistes des recommandations du HCSP ou de l'Anses concernant les habitudes alimentaires des enfants et des adolescents



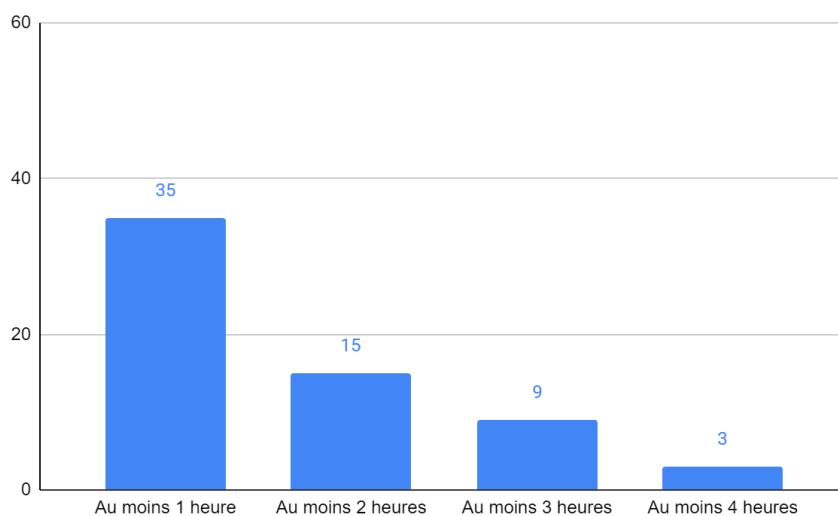
Utilisation d'un support pour prodiguer des conseils alimentaires

Figure 24 : Utilisation d'un support pour prodiguer des conseils alimentaires



Temps d'activité physique quotidien préconisé avant 5 ans

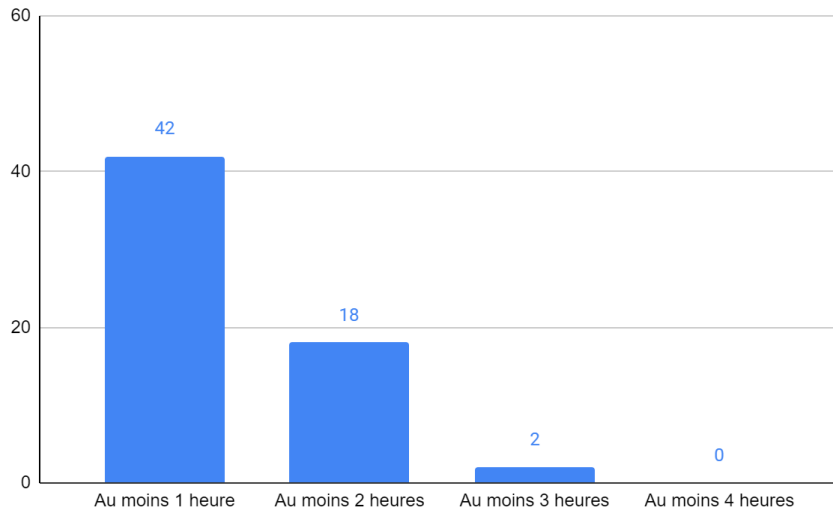
Figure 25 : Temps d'activité physique quotidien préconisé avant 5 ans



56,5% des médecins généralistes ont répondu que le temps d'activité physique quotidien recommandé avant 5 ans est d'au moins 1h. 24,2% ont répondu au moins 2h, 14,5% ont répondu au moins 3h et 4,8% ont répondu au moins 4h.

Temps d'activité physique quotidien préconisé entre 5 et 17 ans

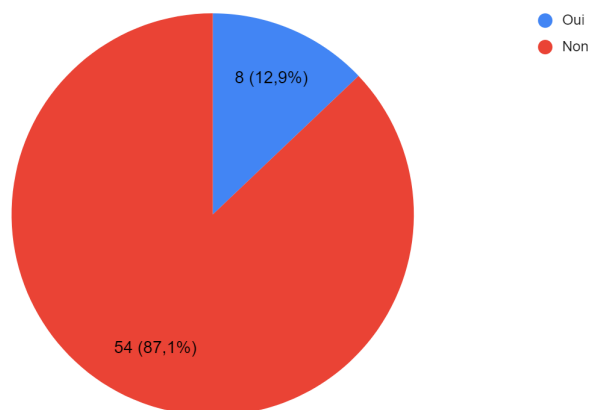
Figure 26 : Temps d'activité physique quotidien préconisé entre 5 ans et 17 ans



67,7% des médecins généralistes ont répondu que le temps d'activité physique quotidien recommandé entre 5 et 17 ans est d'au moins 1h, 29% ont répondu au moins 2h et 3,2% ont répondu au moins 3 heures

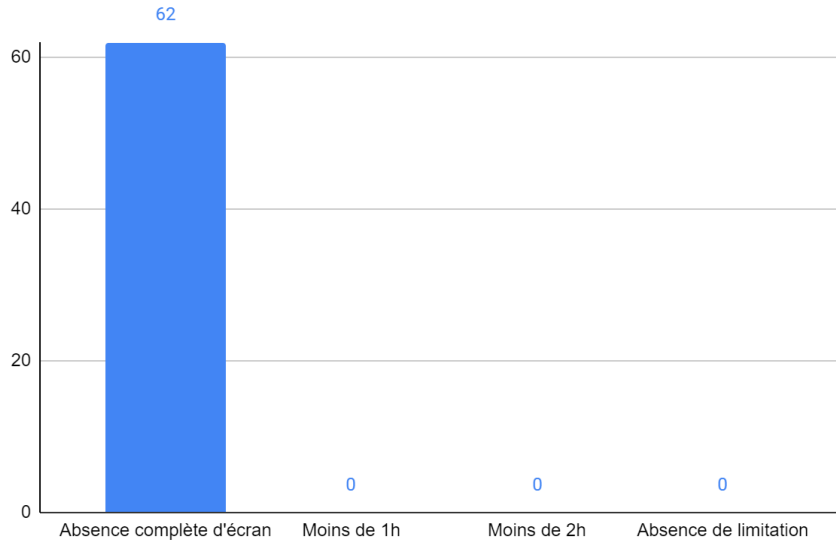
Prescription d'un aménagement de l'activité physique d'un enfant ou d'un adolescent en milieu scolaire

Figure 27 : Prescription d'un aménagement de l'activité physique d'un enfant ou d'un adolescent en milieu scolaire



Durée maximale quotidienne de temps d'écran préconisée avant 2 ans

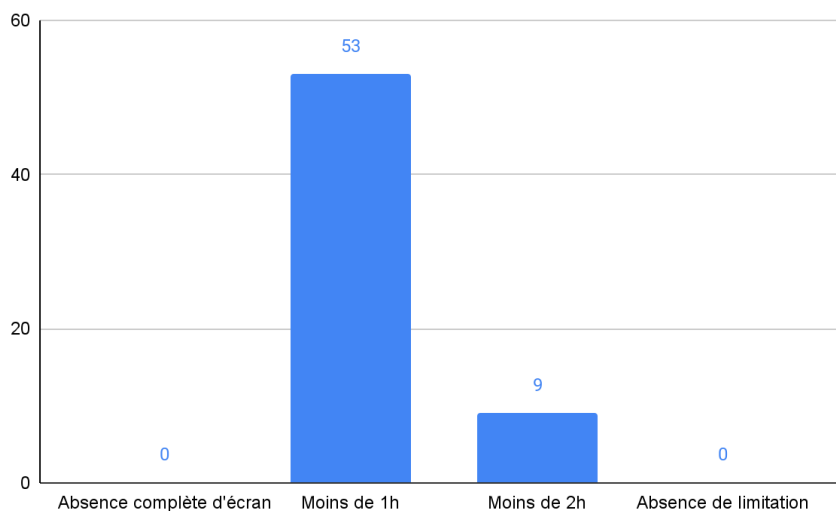
Figure 28 : Durée maximale quotidienne de temps d'écran préconisée avant 2 ans



100% des médecins généralistes ont répondu que les enfants de moins de 2 ans ne doivent pas être exposés du tout aux écrans.

Durée maximale quotidienne de temps d'écran préconisée entre 2 et 6 ans

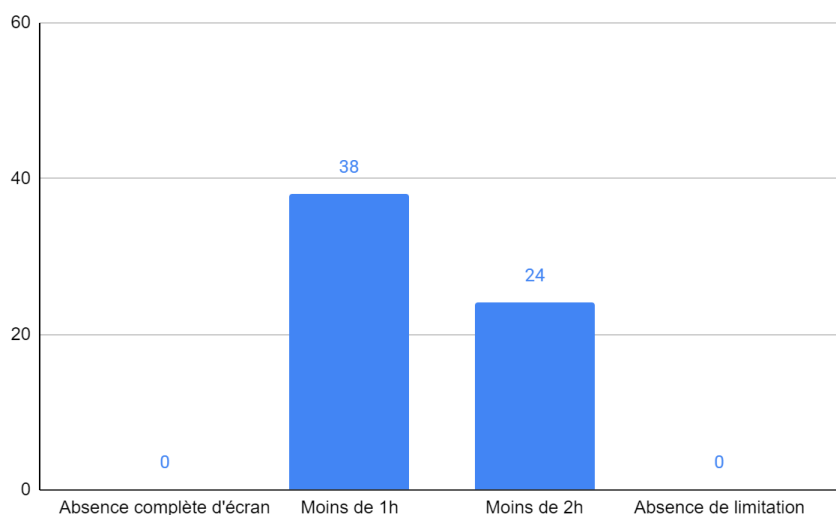
Figure 29 : Durée maximale quotidienne de temps d'écran préconisée entre 2 et 6 ans



85,5% des médecins généralistes ont répondu que la durée maximale quotidienne de temps d'écran préconisée entre 2 et 6 ans était de moins d'une heure, 14,5% ont répondu moins de 2h.

Durée maximale quotidienne de temps d'écran préconisée entre 6 et 11 ans

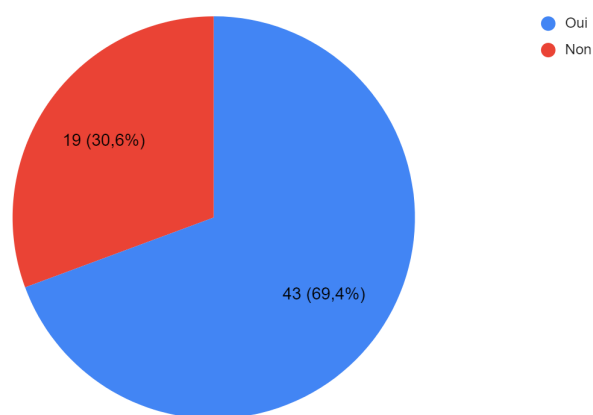
Figure 30 : Durée maximale quotidienne de temps d'écran préconisée entre 6 et 11 ans



61.3% des médecins généralistes ont répondu que la durée maximale quotidienne de temps d'écran préconisée après 6 ans était de moins de 1h, 38,7% ont répondu moins de 2 heures.

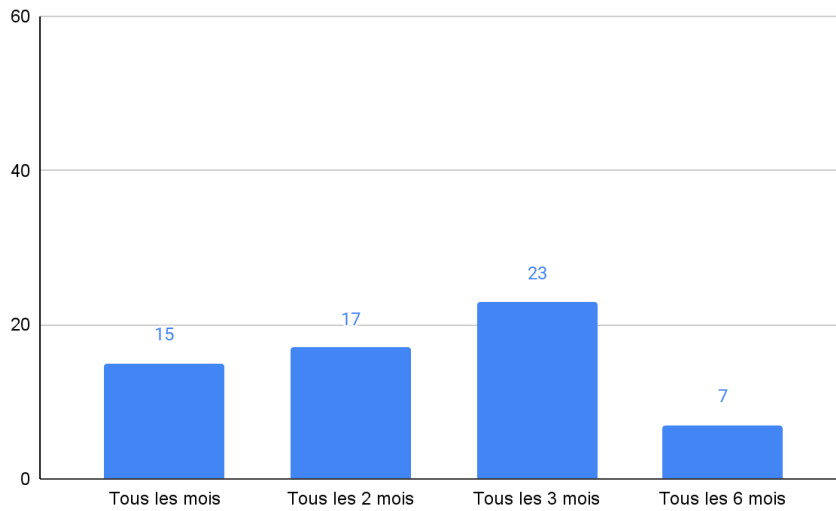
Évaluation de la qualité du sommeil ainsi que des rythmes de la vie quotidienne

Figure 31 : Évaluation de la qualité et la quantité du sommeil ainsi que les rythmes de la vie quotidienne



Rythme du suivi médical initial

Figure 32 : Rythme du suivi médical initial

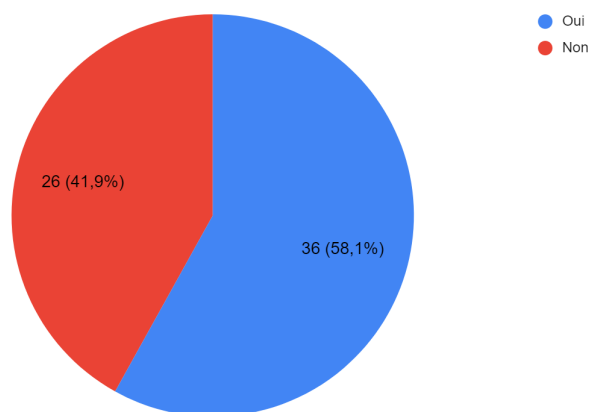


24,2% des médecins généralistes ont répondu qu'ils proposaient un suivi initial mensuel, 27,4% ont répondu qu'ils proposaient un suivi tous les 2 mois, 37,1% ont répondu qu'ils proposaient un suivi tous les 3 mois et 11,3% ont répondu qu'ils proposaient un suivi tous les 6 mois

3.3.4)Coordination

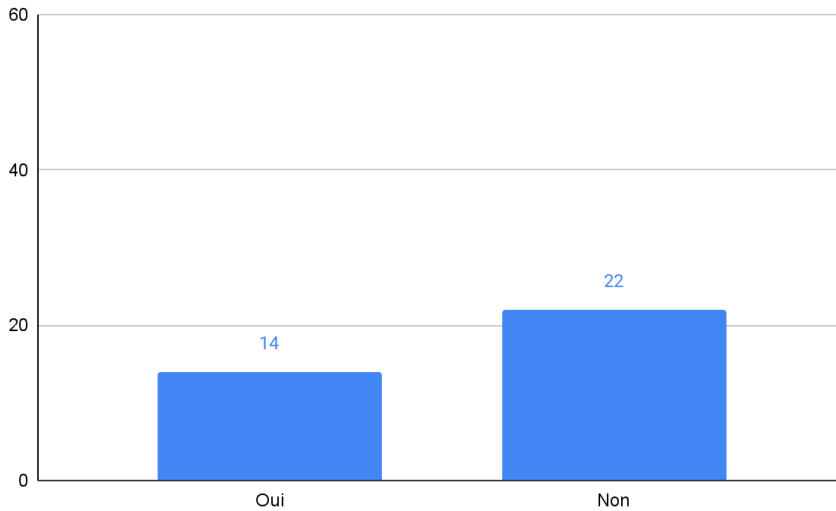
Travail avec un autre professionnel dans le cadre d'une prise en soin coordonnée du surpoids ou de l'obésité d'un enfant ou d'un adolescent (hors réseau de soin)

Figure 33 : Travail avec d'autres professionnels dans le cadre d'une prise en soin coordonnée d'un enfant ou d'un adolescent (hors réseau de soin)



Utilisation d'un support de coordination (hors réseau de soin)

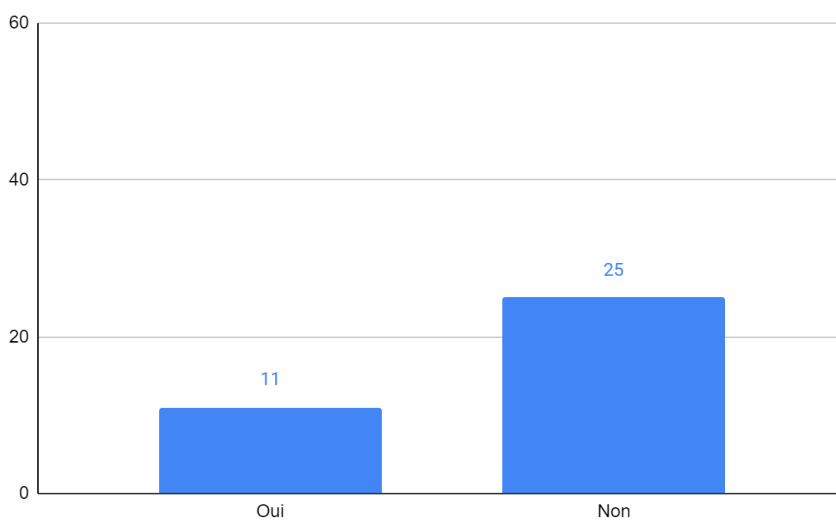
Figure 34 : Utilisation d'un support de coordination dans le cadre d'une prise en soin coordonnée avec d'autres professionnels (hors réseau de soin) (effectif = 36)



22,6% des médecins généralistes ont répondu utiliser un support de coordination, 35,5% ont répondu ne pas en utiliser. 41,9% ne réalisaient pas de prise en soin coordonnée

Désignation d'un professionnel de santé référent (hors réseau de soin)

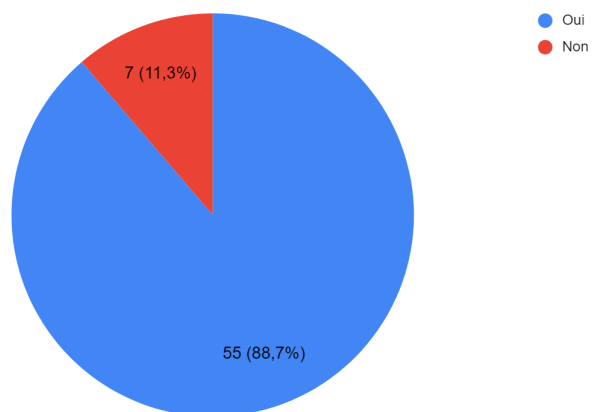
Figure 35 : Désignation d'un professionnel de santé référent (hors réseau de soin)



17,7% des médecins généralistes ont répondu qu'ils désignaient un professionnel de santé référent dans le cadre d'une prise en soin coordonnée d'une situation de surpoids ou d'obésité d'un enfant ou d'un adolescent, 40,3% ont répondu qu'ils n'en désignaient pas. 41,9% ne réalisaient pas de prise en soin coordonnée.

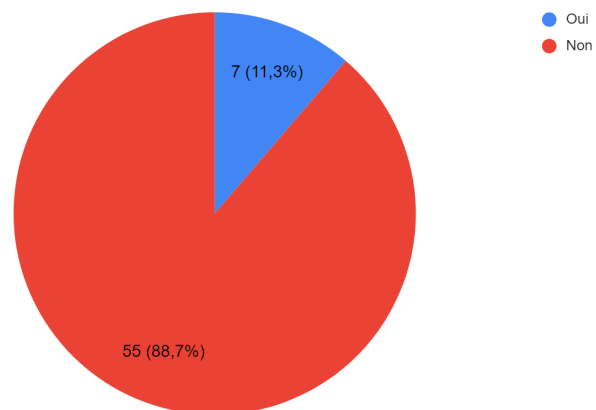
Orientation vers un réseau spécialisé dans l'ETP

Figure 36 : Orientation vers un réseau spécialisé dans l'ETP



Orientation vers un SSR

Figure 37 : Orientation vers un SSR

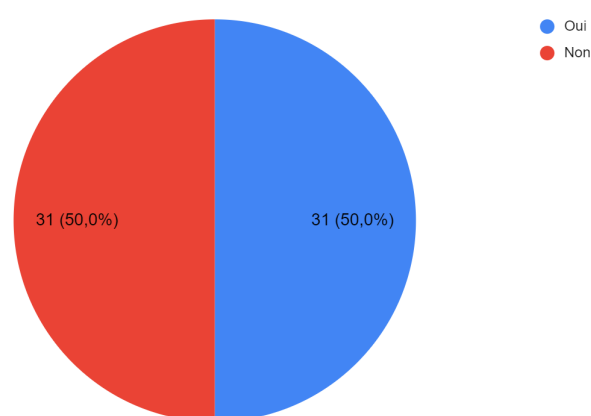


3.4) Critères de jugement secondaires

3.4.1) Consultations de suivi et consultation CSO

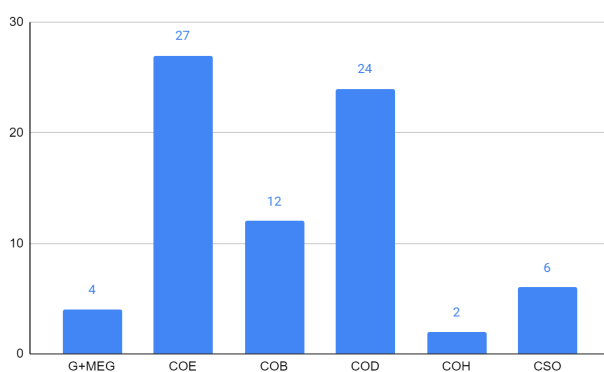
Connaissance des consultations prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie

Figure 38 : Connaissance des consultation de suivi prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie



Les médecins généralistes ayant répondu oui à la question précédente étaient interrogés sur les codifications CCAM(48) (annexe 3) à mettre en œuvre pour permettre la prise en charge à 100% de ces consultations

Figure 39 : Connaissance des codifications CCAM(48) permettant la prise en charge à 100% des consultations de suivi



Les réponses attendues étaient, G+MEG, COE, COB et COD. Il n'a pas été possible de déterminer le nombre de médecins généralistes ayant répondu correctement à l'ensemble de ces propositions et d'établir un pourcentage.

Connaissances de la Consultation de Suivi de Obésité (CSO)

Figure 40 : Connaissance de la consultation CSO

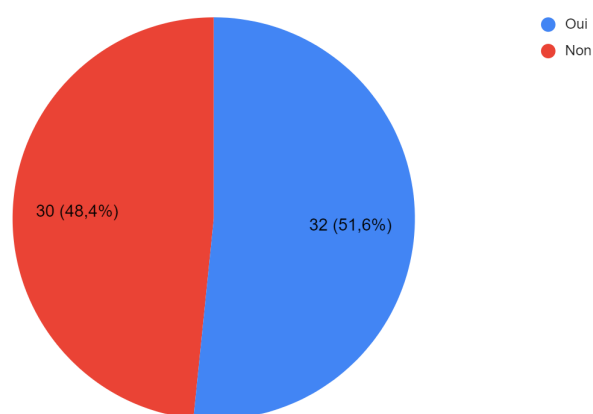
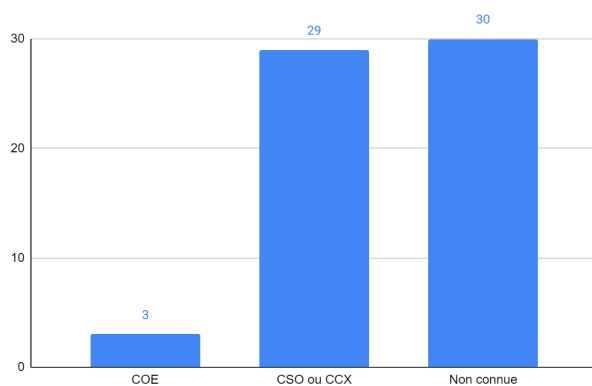


Figure 41 : Connaissance de la codification CCAM de la consultation CSO



Les réponses attendues étaient CSO (feuille de soin électronique) ou CCX (feuille de soin papier).

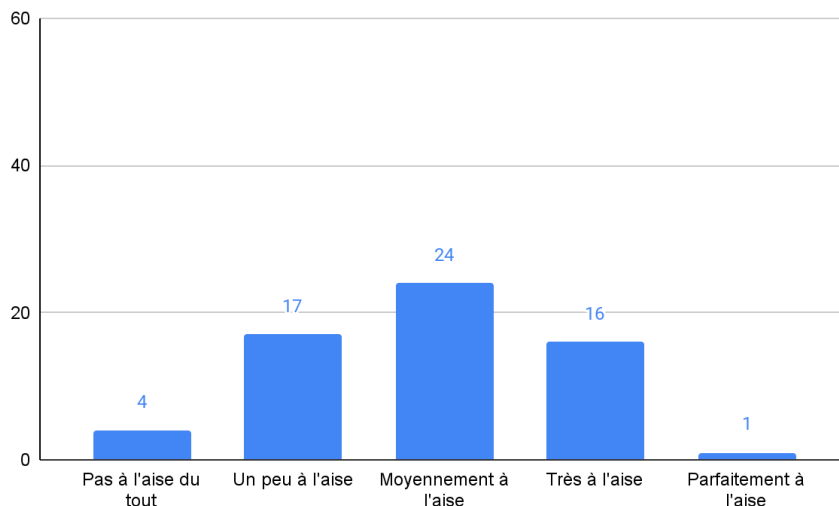
46.8% des médecins généralistes interrogés connaissaient la codification CCAM adéquate pour coter la consultation de suivi d'obésité, 53.2% ne connaissaient pas la codification adéquate.

Parmi les 32 médecins généralistes connaissant la Consultation de Suivi de l'Obésité, 90.6% connaissaient la codification CCAM adéquate.

3.4.2) Aisance des médecins généralistes dans la réalisation d'une évaluation multidimensionnelle, la réalisation de séances d'ETP et dans les différentes étapes du parcours du soin

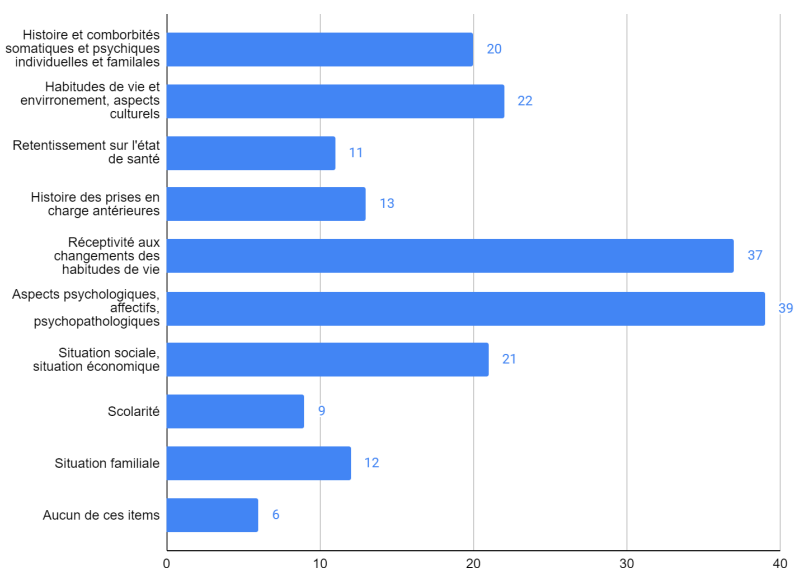
Sentiment d'aisance des médecins généralistes dans la réalisation d'une évaluation multidimensionnelle

Figure 42 : Sentiment d'aisance des médecins généralistes dans la réalisation d'une évaluation multidimensionnelle



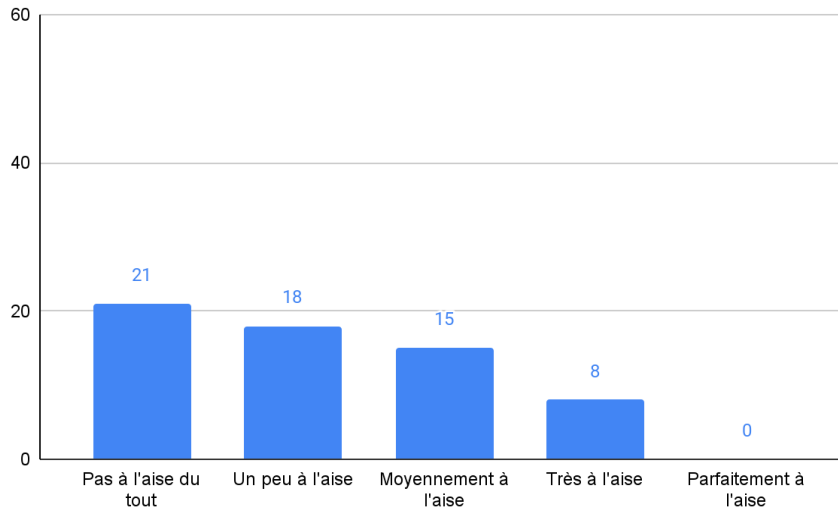
Concernant la réalisation d'une évaluation multidimensionnelle, 6,5% des médecins généralistes ont déclaré ne pas être à l'aise du tout, 27,4% ont déclaré être un peu à l'aise, 38,7% ont déclaré être moyennement à l'aise, 25,8% ont déclaré être très à l'aise et 1,6% ont déclaré être parfaitement à l'aise.

Figure 43 : Notions de cette évaluation que les médecins généralistes souhaiteraient approfondir



Sentiment d'aisance des médecins généralistes dans la réalisation de séances d'ETP

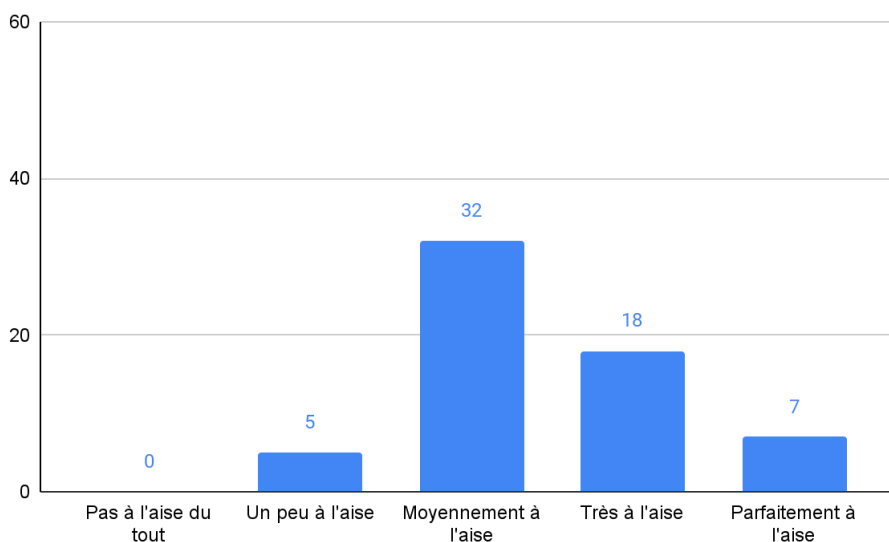
Figure 44 : Sentiment d'aisance des médecins généralistes dans la réalisation de séances d'ETP



33,9% des médecins généralistes ont répondu ne pas être à l'aise du tout pour réaliser des séances d'ETP avec des enfants ou des adolescents en situation de surpoids ou d'obésité. 29% ont répondu être un peu à l'aise, 24,2% ont répondu être moyennement à l'aise, 12,9% ont répondu être très à l'aise et aucun médecin généraliste n'a répondu être parfaitement à l'aise.

Sentiment d'aisance des médecins généralistes dans le dépistage

Figure 45 : Sentiment d'aisance des médecins généraliste dans le dépistage

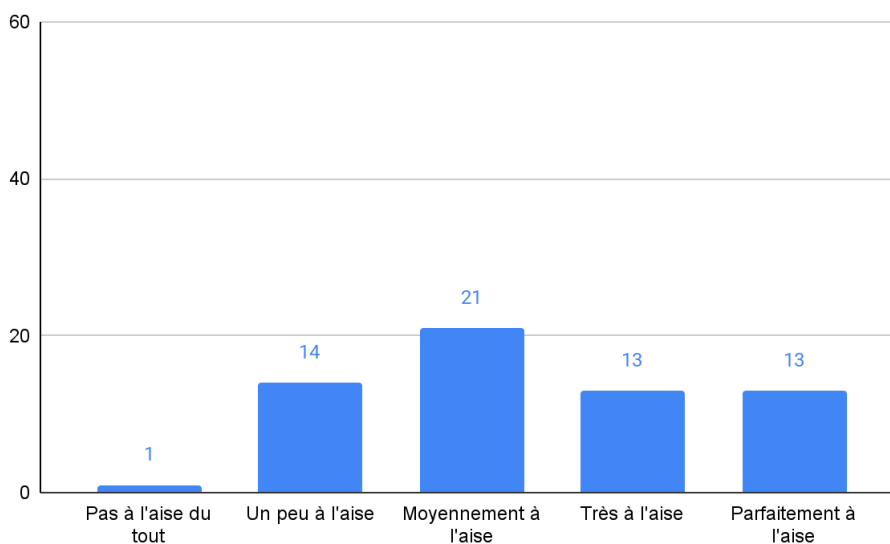


Parmi les médecins généralistes interrogés, 8,1% ont répondu être peu à l'aise dans le dépistage du surpoids et de l'obésité des enfants et des adolescents, 51,6% ont déclaré être

moyennement à l'aise, 29% ont déclaré être très à l'aise et 11,3% ont déclaré être parfaitement à l'aise.

Sentiment d'aisance des médecins généralistes dans l'annonce d'une situation de surpoids ou d'obésité d'un enfant ou d'un adolescent

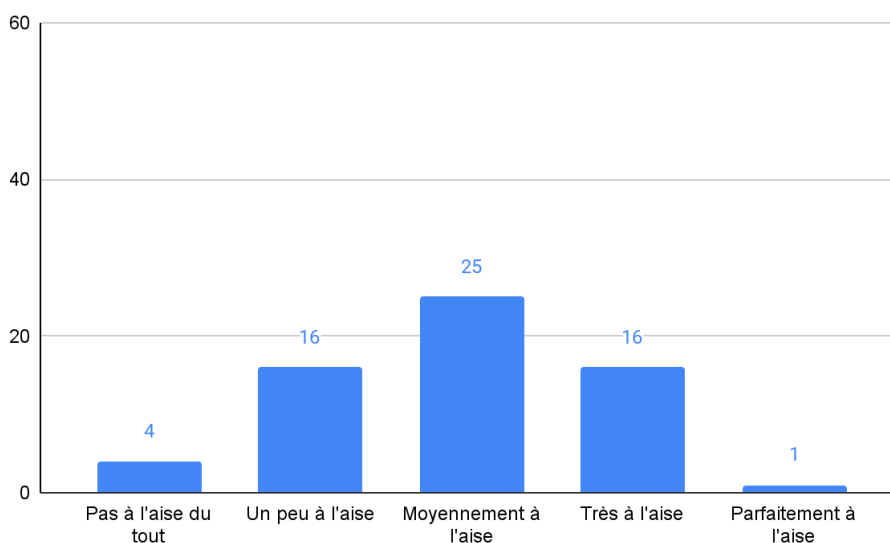
Figure 46 : Sentiment d'aisance des médecins généralistes dans l'annonce d'une situation de surpoids ou d'obésité d'un enfant ou d'un adolescent.



Parmi les médecins généralistes interrogés, concernant l'annonce d'une situation de surpoids ou d'obésité d'un enfant ou d'un adolescent, 1,6% ont répondu ne pas être à l'aise du tout, 22,6% ont répondu être un peu à l'aise, 33,9% ont déclaré être moyennement à l'aise, 21% ont déclaré être très à l'aise et 21% ont déclaré être parfaitement à l'aise.

Sentiment d'aisance des médecins généralistes dans l'accompagnement

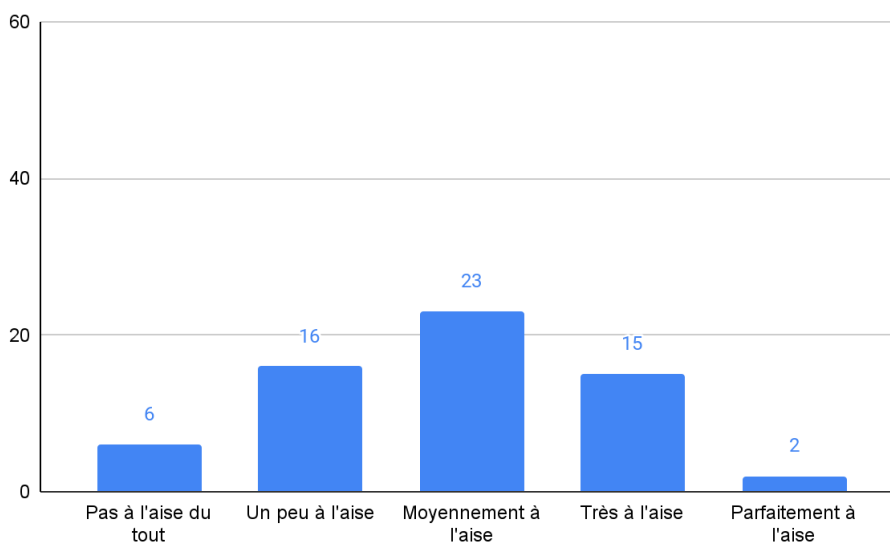
Figure 47 : Sentiment d'aisance des médecins généralistes dans l'accompagnement



Parmi les médecins généralistes interrogés, 6,5% ont déclaré ne pas être à l'aise du tout pour accompagner un enfant ou un adolescent en situation de surpoids ou d'obésité, 25,8% ont déclaré être un peu à l'aise, 40,3% ont déclaré être moyennement à l'aise, 25,8% ont déclaré être très à l'aise et 1,6% ont déclaré être parfaitement à l'aise

Sentiment d'aisance des médecins généralistes dans la coordination

Figure 48 : Aisance des médecins généralistes dans la coordination



Parmi les médecins généralistes interrogés, 9,7% ont répondu ne pas être à l'aise pour articuler une prise en soin avec d'autres professions, d'un enfant ou d'un adolescent en situation de surpoids ou d'obésité. 25,8% ont répondu être un peu à l'aise, 37,1% ont répondu être moyennement à l'aise, 24,2% ont répondu être très à l'aise et 3,2% ont répondu être parfaitement à l'aise

5. Discussion

L'étude réalisée a permis de montrer des améliorations possibles dans toutes les étapes du parcours de soin des enfants et des adolescents en situation de surpoids et d'obésité. Elle a également mis en évidence un manque d'aisance des médecins généralistes à réaliser des séances d'ETP.

5.1) Forces de l'étude

Il s'agissait de la première étude en France réalisant un état des lieux des pratiques et des connaissances des médecins généralistes dans toutes les étapes du parcours de soin par rapport aux dernières recommandations de la HAS parues en 2022. Le questionnaire mettait en avant les notions essentielles et nouvelles parues dans ce référentiel et permettait de susciter, nous l'espérons, l'intérêt et la curiosité des médecins généralistes dans certains axes du parcours de soin où ils se sont sentis en difficulté.

5.2) Faiblesses de l'étude

Le nombre de répondants était faible face à des difficultés pour diffuser le questionnaire à une plus large échelle et le questionnaire comportait un nombre important de questions qui a fait perdre de vue 34 médecins. La méthode quantitative n'est pas la meilleure méthode pour évaluer des modalités de communication comme l'annonce, et pour évaluer les sentiments comme l'aisance. La population interrogée comportait les médecins généralistes adhérents au RCPO. Les caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes adhérents au RCPO n'étaient pas connues ne permettant pas de vérifier si l'échantillon interrogé était représentatif des médecins généralistes adhérents. Plus de la moitié des médecins généralistes interrogés étaient âgés entre 25 et 40 ans et plus des deux-tiers étaient des femmes. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces résultats : un intérêt plus marqué chez les jeunes médecins généralistes pour les problématiques de surpoids et d'obésité des enfants et des adolescents, une propension plus importantes chez les jeunes médecins généralistes à répondre à un questionnaire en ligne et un attrait plus élevé des femmes pour répondre à un sujet de pédiatrie. Dans le Bas-Rhin, en 2015 la moyenne d'âge des médecins généralistes était de 52 ans et les effectifs étaient représentés par 43% de femmes et 57% d'hommes incitant à une prudence dans l'extrapolation des résultats.

Enfin seuls 4,8% des répondants ont lu les recommandations dont fait l'objet cette thèse. Ce résultat peut s'expliquer car les recommandations sont parues en mars 2022 et les questionnaires envoyés aux médecins généralistes 5 mois plus tard. Ce faible taux interroge sur la diffusion de telles recommandations et leur appropriation par les médecins généralistes. Une thèse réalisée en 2021 dans les Alpes-Maritimes a étudié les moyens de recherche des recommandations de bonne pratiques (RBP) et les difficultés rencontrées par les médecins généralistes(49). "Le principal moyen de recherche utilisé est internet avec des difficultés de recherche (accessibilité jugée médiocre) et des RBP ensuite jugées difficiles à utiliser car jugées complexes et trop rarement à jour". L'auteur précise "qu'une meilleure diffusion et une base de données qui regrouperait les recommandations pourrait améliorer leur connaissance".

Les principaux biais de cette étude étaient un biais de sélection, (les réponses étaient basées sur l'intérêt des médecins généralistes de répondre à la problématique du surpoids

ou de l'obésité de l'enfant ou de l'adolescent et la population interrogée était adhérente à un réseau de soin spécialisé dans cette problématique) et un biais de désirabilité sociale (il s'agissait d'une étude évaluant les connaissances et les pratiques des médecins généralistes qui seraient susceptibles de se montrer sous une facette positive lorsqu'ils sont interrogés) malgré un respect de l'anonymat des répondants.

Nous avons discuté des résultats en suivant le plan proposé dans la partie résultat.

5.3) Critère de jugement principal

5.3.1) Dépistage :

➤ Calcul de l'IMC, report de l'IMC sur les courbes du carnet de santé et identification du rebond d'adiposité

La définition de l'IMC a été acquise par 83,9% des répondants. Concernant les 16,1% qui ont répondu que $IMC = Poids(kg)/Taille^2(cm^2)$, nous pouvons imaginer, soit qu'ils ne connaissaient pas la définition exacte de l'IMC soit qu'ils ont répondu trop vite au questionnaire sans faire attention aux unités de mesure proposées.

L'IMC est calculé par 71% des répondants systématiquement à chaque consultation et par 29% des répondants uniquement en cas d'impression clinique de surpoids ou d'obésité ou de complication somatique. Le report de l'IMC sur le carnet de santé n'est pas fait systématiquement à chaque consultation par 66,9% des médecins généralistes interrogés. Ce chiffre peut s'expliquer soit par un manque de temps des médecins généralistes au moment d'une consultation avec un enfant ou un adolescent (survenant en dehors d'une consultation obligatoire ou d'une consultation en lien avec le calendrier vaccinal) ou par le fait que les parents n'apportent pas systématiquement le carnet de santé de l'enfant ou de l'adolescent à chaque consultation. On peut également imaginer que le calcul de l'IMC et le tracé des courbes de corpulence est réalisé par le logiciel métier utilisé par les médecins généralistes. Une alternative au carnet de santé pourrait être de remplir ces courbes de corpulence dans le nouveau dispositif "mon espace santé" proposé par la CPAM(50). Si les valeurs du poids, de la taille et de l'IMC peuvent être renseignées, le report sur les courbes de corpulence n'est pour l'instant pas disponible. Il s'agit pourtant d'une solution proposée dans la feuille de route interministérielle sur l'obésité (2019-2022)(15). Enfin, le recours à ces courbes pendant les consultations pourrait, au-delà du dépistage, servir à visée éducative.

Le fait de ne pas suivre la cinétique de l'IMC comporte deux risques : celui de passer à côté d'un facteur déclenchant organique (pathologie endocrinienne), organisationnel (changement d'environnement, de mode de garde, entrée à l'école), ou psychologique, et celui d'intervenir trop tard alors que l'obésité ou qu'une complication somatique est déjà installée.

80,7% des médecins généralistes ont su répondre qu'un rebond d'adiposité précoce est un facteur de risque développer un surpoids ou une obésité chez un enfant ou un adolescent. Cependant 33,9% des médecins généralistes interrogés n'ont pas su répondre que le rebond d'adiposité physiologique survient habituellement entre 5 et 6 ans. Ces résultats suggèrent que plus d'un tiers des médecins généralistes interrogés ne sauraient pas identifier une situation à risque de développer un surpoids ou une obésité chez un enfant ou un adolescent par l'analyse seule du rebond d'adiposité. Nous pouvons toutefois imaginer qu'ils savent

repérer le rebond d'adiposité en analysant la cinétique de la courbe de corpulence du carnet de santé qui met en évidence le rebond d'adiposité physiologique.

Les résultats obtenus sont meilleurs que ceux d'une thèse évaluant les pratiques des médecins généralistes en Picardie en 2015(51) où 42,1% des médecins généralistes calculaient l'IMC selon l'apparence physique de l'enfant ou de l'adolescent, 66,7% ne reportaient pas systématiquement l'IMC sur le carnet de santé, et 49,1% ne savaient pas donner l'âge du rebond d'adiposité physiologique.

➤ Planification d'un suivi chez tous les enfants

Concernant le suivi des enfants et des adolescents (hors situation de surpoids ou d'obésité avérée), seuls 21% des médecins généralistes interrogés ont répondu planifier des consultations de suivi en dehors des consultations obligatoires et du calendrier vaccinal. Après 6 ans, la HAS recommande un suivi annuel de l'enfant ou de l'adolescent. Planifier un suivi chez tous les enfants et les adolescents est un levier au dépistage des situations de surpoids ou d'obésité. Cette réponse nous suggère que 79% des médecins généralistes interrogés pourraient augmenter leurs chances de dépister un enfant ou un adolescent en surpoids ou obèse, principalement chez les enfants et adolescents âgés de plus de 6 ans. Aux Etats-Unis, la USPSTF(52), recommande aux praticiens de dépister l'obésité chez les patients enfants et adolescents de 6 ans et plus mais précise qu'aucune preuve concernant les intervalles de dépistage appropriés pour l'obésité chez les enfants et les adolescents n'a été trouvée. Afin d'améliorer le dépistage, nous pourrions imaginer un dispositif similaire à celui "M'T dents" mis en place par la CPAM invitant par courrier les enfants de 3, 6, 9 et 12 ans, un mois avant leur date anniversaire à bénéficier gratuitement d'une consultation avec un dentiste(53).

➤ Notion de complexité de la situation

La notion de complexité d'une situation de surpoids ou d'obésité est une notion nouvelle introduite par la HAS dans son référentiel en 2022 et repose sur toutes les dimensions en lien avec une situation de surpoids ou d'obésité outre la seule mesure de l'IMC. 11,3% des médecins généralistes ont répondu savoir distinguer une situation complexe d'une situation non complexe pourtant seuls 4,8% ont répondu avoir lu les recommandations. Ces résultats peuvent s'expliquer soit par le fait que les médecins généralistes se fient à une impression générale de la situation pour évaluer sa complexité, soit par le fait que parmi les médecins généralistes répondant, certains aient lu les recommandations du CMG parues en 2020 qui font part d'une distinction entre situation complexe ou non complexe, ou bien aient assisté à une formation faisant mention de notion de complexité. Insister sur cette notion de complexité auprès des médecins généralistes leur suggérerait d'approfondir l'évaluation multidimensionnelle et de ne pas se restreindre uniquement aux notions d'alimentation et de sédentarité dans l'évaluation d'une situation de surpoids ou d'obésité. Affiner l'évaluation multidimensionnelle permet également selon la HAS de guider l'orientation et le rythme de suivi (médical et en ETP) des enfants et des adolescents en situation de surpoids ou d'obésité. La BASO(39) en Belgique et le CMG(27) en France proposent dans leurs recommandations sur la prise en soin de l'obésité des enfants et des adolescents d'utiliser le score EOSS-P (présenté en annexe 1) pour évaluer la complexité de la situation et

sélectionner le recours de soin pertinent. Le score EOSS-P(28) repose sur l'évaluation clinique de 4 domaines de la santé rencontrés dans l'obésité : métabolique, mécanique, mental et le milieu social. Il permet de stratifier les patients dans 4 stades (0 à 3). Les auteurs du score EOSS-P précisent que son utilisation est réservée à l'évaluation des enfants de 2 ans et plus. Les limites de ce score sont l'évaluation de la santé mentale et du milieu social (qui peuvent être sujettes à des variations liées à la subjectivité de l'évaluateur) et l'absence d'évaluation de la mesure de la capacité au changement du patient. L'utilisation du score EOSS-P pourrait être une aide aux médecins généralistes pour mieux distinguer la complexité des situations.

5.3.2) Annonce

➤ Recherche de l'accord, des représentations et des attentes

Plus de la moitié des médecins généralistes interrogés ont répondu ne pas demander l'accord de l'enfant ou de l'adolescent ou de ses parents pour aborder une situation de surpoids ou d'obésité. Cette première étape consiste à aborder avec tact la problématique du surpoids et de l'obésité et permet de mettre en évidence des premiers freins à cette prise en soin (abord d'un sujet tabou pour l'enfant ou l'adolescent ou sa famille, déni, refus d'aborder cette thématique alors que le couple enfant/adolescent et parents consultait pour une autre problématique). S'il est essentiel que l'enfant ou l'adolescent prenne conscience de la problématique du surpoids ou de l'obésité, obtenir son engagement et le maintien de cet engagement dans la durée est essentiel. La HAS ne précise pas quelle attitude adopter en cas de refus du patient ou des parents d'aborder la thématique du surpoids ou de l'obésité. Miller et Rollnick(54) (fondateurs du concept d'Entretien Motivationnel) expliquent que la confrontation avec un patient entraîne des niveaux de résistance élevés et réduit l'éventualité d'un changement de comportement. Le simple fait de demander l'accord à l'enfant ou à l'adolescent et ses parents d'aborder la thématique du surpoids ou de l'obésité pourrait être un levier pour une prise en soin future en cas de refus initial. Le médecin généraliste peut en prendre acte, le noter dans le dossier médical et se laisser la possibilité d'aborder la question ultérieurement, ou de laisser l'initiative au patient ou à ses parents.

56,6% des médecins généralistes interrogés ont répondu qu'ils ne recherchaient pas les représentations qu'à l'enfant ou l'adolescent du surpoids ou de l'obésité, et 46,8% ont répondu ne pas rechercher les représentations des parents. La HAS conseille de "choisir ses mots pour parler de corpulence, d'activité physique et d'alimentation avec l'enfant ou l'adolescent et ses parents en partant de leurs représentations et du sens qu'ils donnent aux mots afin de construire un langage commun et d'éviter une stigmatisation". S'intéresser aux représentations qu'ont l'enfant ou l'adolescent et ses parents du surpoids ou de l'obésité ouvre également le dialogue à l'évaluation de leur bien être, de l'image de leur corps, aux répercussions émotionnelles du surpoids ou de l'obésité, au lien entre l'activité physique et l'alimentation et le statut pondéral, et d'éventuels freins à leur prise en soin. Partir des représentations qu'ont l'enfant et l'adolescent et leurs parents permet d'affiner l'évaluation multidimensionnelle proposée par la HAS sur laquelle reposera les notions de complexité et les modalités de prise en soin à proposer.

82,3% des médecins généralistes interrogés ont répondu rechercher l'attente qu'à l'enfant ou l'adolescent quant à une prise en soin de son surpoids ou de son obésité, et 72,6% ont

répondu rechercher l'attente qu'ont les parents de l'enfant ou de l'adolescent quand à une prise en soin.

La recherche des attentes permet selon la HAS "de faire émerger une ou plusieurs dimensions de l'évaluation multidimensionnelle à approfondir, d'établir des priorités quant à la prise en soin, et de mettre en place un projet de soin en concertation avec l'enfant ou l'adolescent et ses parents afin de favoriser leur adhésion et leur observance."

Concernant ces étapes de l'annonce, les résultats de cette étude mettent en évidence des axes de travail à améliorer concernant la recherche de l'accord et des représentations qu'ont l'enfant ou l'adolescent et ses parents face à une situation de surpoids ou d'obésité.

Une thèse évaluant les pratiques des médecins généralistes en Midi-Pyrénées en 2022(55) a mis en évidence les résultats suivants : 87,5% des médecins généralistes ont répondu interroger l'enfant sur ce qu'il sait de l'obésité, 3,75% demandaient à l'enfant s'il connaissait l'origine de son surpoids et 83,7% des médecins généralistes ont demandé à l'enfant ce qu'il souhaitait faire. Les questions étaient formulées différemment que dans notre étude, mais nos résultats sont moins bons concernant la recherche des représentations. Nous pouvons toutefois imaginer, face au taux d'adressage élevé des médecins interrogés aux réseaux d'ETP, qu'ils se reposent sur ces réseaux pour réaliser cette évaluation.

➤ Attitude adoptée face à une situation avérée de surpoids ou d'obésité chez un enfant ou un adolescent

Concernant l'attitude à adopter par les médecins généralistes face à une situation de surpoids et d'obésité, 55 ont répondu une attitude de non jugement et d'ouverture comme le préconise la HAS en 2022. Cette question sous-entendait une réponse évidente et présuppose un biais de représentation sociale.

7 médecins généralistes ont répondu une attitude dédramatisante qui peut laisser supposer 2 possibilités :

- Dédramatiser au sens de minimiser l'impact du surpoids ou de l'obésité ainsi que ses complications sur le bien être physique et ou psychique, au risque que le patient et sa famille ne se sentent pas compris et n'adhèrent pas à une prise en soin.

- Dédramatiser au sens de se montrer optimiste en accordant une attention particulière à la souffrance physique et ou psychique, en précisant que la situation actuelle n'est pas figée et que la prise en soin va permettre d'améliorer le bien être et réduire le risque de complication.

En 2011, la HAS préconisait "d'expliquer, rassurer, dédramatiser, déculpabiliser" face à une situation de surpoids ou d'obésité d'un enfant ou d'un adolescent ce qui peut expliquer ce résultat.

1 médecin généraliste a répondu une attitude alarmiste et risquerait de ne pas laisser d'ouverture ou d'espoir à une prise en soin.

7 médecins généralistes ont répondu une attitude neutre.

Cette question mériterait d'être affinée par des entretiens individuels ou en focus groupe afin de mieux cerner l'attitude des médecins généralistes au moment de leur annonce.

Dans une autre thèse évaluant les médecins généralistes en Midi-Pyrénées(55), 21,3% des médecins généralistes interrogés disaient dédramatiser le diagnostic.

➤ Modalité de réalisation des entretiens

Au moment de l'annonce, 96,8% des médecins généralistes ont répondu réaliser un entretien avec les parents et l'enfant ensemble lorsque celui-ci était âgé entre 0 et 6 ans. Plus l'enfant ou l'adolescent avançait en âge, plus les médecins généralistes accordaient un temps de consultation seul avec l'enfant ou l'adolescent. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette observation : avant 6 ans, engager un dialogue sur des modifications des habitudes de vie avec l'enfant seul risquerait d'avoir peu d'impact car le patient est à cet âge tributaire de ses parents. Plus l'enfant avance en âge, plus on peut espérer le responsabiliser et obtenir une volonté de changement de ses habitudes de vies, et plus il avance en âge plus on peut espérer aborder des sujets intimes avec l'enfant ou l'adolescent (mal être, souffrance psychologique, violences scolaires ou familiales) que l'enfant ou l'adolescent n'oserait pas aborder en présence de ses parents. La HAS précise dans son référentiel qu'une partie de la consultation peut être réalisée si besoin sans les parents (sans préciser d'obligation ou de notion d'âge) ce qui est réalisé par la majorité des médecins généralistes après 6 ans. Par ailleurs, la HAS recommande de préparer la transition vers l'âge adulte dès le début de l'adolescence et nos résultats suggèrent que les médecins répondants vont dans cette direction.

5.3.3)Accompagnement

➤ Prescription de bilans biologiques

Plus de la moitié des médecins généralistes ont répondu ne pas prescrire de biologie systématiquement face à une situation de surpoids ou d'obésité d'un enfant. La HAS précise dans son référentiel que les biologies doivent être prescrites de manière "ciblées". Il aurait été intéressant d'affiner cette question afin de savoir si les médecins généralistes prescripteurs s'accordaient avec les critères mis en avant par la HAS.

➤ Connaissance des objectifs pondéraux

80,7% des médecins généralistes ont répondu que l'objectif pondéral d'un enfant ou d'un adolescent en croissance est d'infléchir la courbe de corpulence. Pour 19,3% des répondants cet objectif n'est pas connu. Concernant les adolescents en fin de croissance et sans complication sévère de l'obésité, seuls 22,6% ont répondu que l'objectif était une stabilisation du poids. 64,5% des médecins généralistes ont répondu fixer des objectifs de perte de poids (5 à 10% du poids en 6 mois à 1 an) ou chercher à atteindre un IMC < 25 kg/m². La HAS préconise en fin de croissance "de ne pas chercher à atteindre une valeur d'IMC définie même si une diminution de l'IMC est souhaitable". Au final 77,4% des médecins généralistes ayant répondu ne maîtrisaient pas les objectifs pondéraux à fixer chez un adolescent en fin de croissance et sans complication sévère. (En cas de complications sévères associées à une situation d'obésité (IMC > 30 kg/m² au seuil IOTF) une perte de poids est préconisée mais sans fixer de seuil).

➤ Évaluation des habitudes alimentaires

88,7% des médecins généralistes interrogés ont répondu ne pas avoir lu les recommandations de l'HCSP ou de l'Anses concernant les habitudes alimentaires des enfants et des adolescents. Les médecins généralistes interrogés ne savaient peut-être pas que les repères de l'Anses sont ceux exposés dans le PNNS et sont également en partie présents dans le nouveau carnet de santé de l'enfant. La promotion de l'allaitement maternel, les étapes de la diversification alimentaire, les néophobies alimentaires, l'équilibre de la balance énergétique, les repères alimentaires à apporter en fonction de l'âge, la consommation de produits gras salés et sucrés, le recours à des produits amincissants ou le recours à des régimes sont des éléments importants qui doivent être abordés par les médecins généralistes au cours des consultations.

Une thèse publiée en 2020 et évaluant les médecins généralistes en Bourgogne (56) s'est intéressée à certaines de ces notions et a mis en évidence les chiffres suivants : 90% des médecins généralistes conseillaient l'allaitement maternel et la prévention de l'obésité faisait partie de leurs arguments dans 42% des cas. 6,8% des médecins généralistes se référaient aux recommandations du carnet de santé pour apporter des repères alimentaires à leurs patients. 92 à 94,5% des médecins généralistes questionnaient les enfants ou leurs parents sur la consommation de boissons sucrées, sur le grignotage, la consommation de sucreries et de fruits et légumes.

Notre résultat laisse sous-entendre que les habitudes alimentaires pourraient être mieux évaluées et mieux conseillées par les médecins généralistes s'ils avaient lu les recommandations. Parallèlement au faible effectif ayant lu le guide de parcours de soin de la HAS dont fait l'objet notre thèse, cette question interroge encore une fois sur la diffusion et l'appropriation de telles recommandations par les médecins généralistes. Les médecins généralistes ne sont pas automatiquement informés de la parution de nouvelles recommandations. Il est toutefois possible de s'abonner à la newsletter de la HAS. Une autre piste d'amélioration serait une application mobile regroupant les données de la HAS et des autres instances, informant les médecins généralistes de la parution de nouvelles recommandations par le biais d'une notification.

➤ Utilisation d'un support d'information

88.7% des médecins généralistes ont répondu ne pas utiliser de support pour prodiguer des conseils alimentaires ce qui ouvre également une piste à l'amélioration de leur pratique. Ce résultat est concordant avec une thèse évaluant les pratiques des médecins généralistes en Poitou-Charentes(57) où seuls 15% des médecins généralistes proposaient un support à la nutrition et à l'activité physique.

Des supports existent pourtant : le carnet de santé, qui présente les repères nutritionnels et d'activité physique en vigueur pour l'âge, différents sites internet accessibles au grand public dont "Obélic"(58), "mpédia"(59) (réalisé par l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire) et le site internet de la CPAM qui présente un onglet "surpoids et obésité de l'enfant"(29). Certains réseaux de soins proposent également des fiches d'aide à la prise en soin des enfants et des adolescents en situation de surpoids ou d'obésité comme le RéPOPP Bourgogne Franche-Comté dans leur onglet "documentation"(60).

➤ Évaluation de l'activité physique

Seuls 14,5% des médecins généralistes ont répondu que le temps d'activité physique quotidien préconisé chez un enfant de moins de 5 ans est d'au moins 3h et 67,7% des médecins généralistes interrogés ont répondu que le temps d'activité physique quotidien préconisé chez un enfant entre 5 et 17 ans est de 1h.

Les temps d'activité physique quotidiens préconisés devraient être mieux connus des médecins généralistes en particulier chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Au-delà de ces repères d'activité physique, il aurait été intéressant d'interroger les médecins généralistes sur leur manière de promouvoir l'activité physique (fixer des défis comme aller à l'école en vélo, compter son nombre de pas).

En France en 2015, selon l'étude ESTEBAN, 50,7% des garçons et 33,3% des filles âgés de 6 à 17 ans réalisaient 1 heure d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse par jour. (2)

Un niveau d'activité physique élevé est associé à une diminution du risque de développer un excès de poids et d'adiposité chez les enfants (à partir de 3 ans) et les adolescents. L'activité physique a également un effet bénéfique sur la santé osseuse et au-delà de 6 ans sur les paramètres métaboliques (en particulier les taux plasmatiques de triglycérides et d'insuline)(DiPietro et Al.)(61). Par ailleurs, la pratique de l'activité physique chez les enfants et les adolescents contribue à renforcer l'estime de soi, à réduire l'anxiété et le risque de dépression, et améliorer les fonctions cognitives(Biddle et Al.)(62).

➤ Prescription d'un aménagement de l'activité physique

87,1% des médecins généralistes n'ont jamais prescrit un aménagement de l'activité physique en milieu scolaire à un enfant ou un adolescent en situation de surpoids ou d'obésité. Un tel aménagement peut être prescrit par le biais d'un certificat médical attestant d'une inaptitude partielle ou totale à la pratique de l'activité physique en milieu scolaire. En cas d'inaptitude partielle, selon la HAS "le certificat décrit les possibilités de l'enfant ou de l'adolescent par type d'activités (marcher, courir, lancer, lever-porter, nager, sauter) en précisant pour chacune d'elles l'intensité de l'effort (forte ou modérée), la durée de l'effort (prolongée ou limitée) et les aménagements à prévoir.

Ce résultat est en adéquation avec celui d'une autre thèse parue en 2020 évaluant les médecins généralistes du Nord(63) qui retrouvait que seuls 20,7% des médecins généralistes connaissaient le certificat d'aptitude partielle. Nous pouvons toutefois imaginer qu'en interrogeant les médecins généralistes sur la rédaction d'un Projet d'Accueil Individualisé plutôt qu'un aménagement de l'activité dans l'intitulé de la question le résultat aurait été différent.

➤ Évaluation de la sédentarité

Tous les médecins généralistes ont répondu que les enfants de moins de 2 ans ne doivent pas être exposés aux écrans. 85,5% ont répondu que les enfants de 2 à 6 ans ne doivent pas être exposés plus de 1 heure aux écrans et 38,7% ont répondu que les enfants de 6 à 11 ans (hors temps scolaire) ne doivent pas être exposés plus de 2h.

Les recommandations sur le temps d'exposition aux écrans sont maîtrisées par la majorité des médecins généralistes avant 6 ans. Après 6 ans, 61,3% des médecins généralistes ont des repères plus stricts que ceux préconisés par l'Anses.

En France en 2015, les enfants et les adolescents passaient en moyenne 3 à 4 heures quotidiennement devant un écran. Cette estimation varie de une à deux heures selon la source de données, l'âge et le sexe.(2,64). Seulement 34,6% des enfants âgés de 6 à 10 ans, 17% des enfants adolescents âgés de 11 à 14 ans et 8,4% des adolescents âgés de 15 à 17 ans passaient moins de 2 heures par jour devant les écrans(2).

Le temps de sédentarité est associé à une augmentation du statut pondéral et d'adiposité chez les enfants et les adolescents, d'autant plus que la sédentarité est associée à un écran (DiPietro et Al.)(61).

➤ Évaluation du sommeil et des rythmes de la vie quotidienne

69,4% des médecins généralistes ont répondu évaluer la qualité et la quantité du sommeil ainsi que les rythmes de la vie quotidienne. L'évaluation du sommeil est un sujet important compte tenu du lien connu entre le sommeil et le poids. Chez les enfants et les adolescents, plusieurs méta analyses et revues de littérature ont montré qu'il existe un risque plus élevé de développer un surpoids voire une obésité lorsque le temps de sommeil est réduit (Cappuccio et Al., Nielsen et Al.)(65,66). A partir de 10 ans, une relation a été établie entre une faible durée de sommeil et un IMC élevé. (Gupta et Al., Henry et Al.)(67,68)

Des questions complémentaires auraient pu être posées pour affiner l'évaluation des habitudes de sommeil et des rythmes de la vie quotidienne. Notre résultat n'est pas comparable avec celui d'une autre thèse évaluant les pratiques des médecins généralistes en Midi-Pyrénées en 2022(55) où 3.7% des médecins généralistes disaient explorer le sommeil de l'enfant.

➤ Rythme du suivi initial

Face à une situation de surpoids ou d'obésité chez un enfant ou un adolescent 9,3% des médecins généralistes ont répondu proposer un suivi mensuel initial (ce qui est en adéquation avec les recommandations de la HAS qui propose un suivi initial mensuel pendant 3 mois en cas de situation non complexe et un suivi mensuel pendant 1 an en cas de situation complexe).

Ce résultat est concordant avec celui d'une thèse évaluant les médecins généralistes en Saône et Loire en 2019 (69), où 12,8% des médecins généralistes proposaient de réaliser un suivi mensuel. Cette notion de suivi mensuel était déjà présente en 2011 où la HAS préconisait un suivi mensuel à trimestriel pendant 2 ans.

Dans notre étude, 90,7% des médecins généralistes interrogés pourraient être sensibilisés à proposer un suivi plus rapproché comme le suggère la HAS afin d'améliorer la prise en soin de leurs patients enfants ou adolescents en surpoids ou obèses. Aucun niveau de preuve n'est apporté par la HAS quant à la nécessité d'un suivi mensuel initial et nous n'avons pas trouvé de réponse dans la littérature internationale.

5.3.4)Coordination

➤ Coordination avec d'autres professionnels hors réseaux de soin

Plus de la moitié des médecins généralistes interrogés ont répondu travailler avec d'autres professionnels (hors réseaux de soins) dans le cadre d'une prise en soin coordonnée autour d'un enfant ou d'un adolescent en situation de surpoids ou d'obésité. 41,9% des médecins généralistes ont répondu ne pas travailler avec d'autres professionnels de santé. Nous pouvons imaginer les freins au recours à d'autres professionnels : l'absence de carnet d'adresse, l'absence de remboursement pas la CPAM à l'accès à certains professionnels (psychologue, enseignant en APA, ergothérapeute, psychomotricien), ou l'absence de connaissance du rôle de ces professionnels dans la prise en soin du surpoids ou de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.

La HAS précise dans son référentiel que le répertoire opérationnel des ressources(70) (ROR) régional peut être utile dans la recherche des professionnels de proximité.

Par ailleurs la HAS a édité, au moment de la parution des nouvelles recommandations dont fait l'objet de cette thèse, des fiches précisant le rôle des professionnels impliqués dans le parcours de soin des enfants et des adolescents en situation de surpoids(26). Depuis avril 2022, la CPAM(71) a mis en place le dispositif "mon psy" permettant aux patients de plus de 3 ans (enfants, adolescents et adultes) en souffrance psychique d'intensité légère à modérée de bénéficier d'un accompagnement par un psychologue remboursée par l'Assurance Maladie. D'après le Syndicat National des Psychologues moins de 5% des psychologues français ont adhéré à ce dispositif(72). Ceux partenaires du dispositif sont accessibles à l'adresse internet suivante : monpsy.sante.gouv.fr

Dans une thèse présentée en 2017 évaluant les médecins généralistes en Poitou-Charente(57), 90% des médecins généralistes ont répondu adresser leurs patients vers un autre professionnel de santé. Cependant la question ne faisait pas la distinction entre les réseaux (hospitalier ou réseau de soin) et les professionnels libéraux. Par ordre les plus fréquents de recours, les médecins généralistes ont répondu, une équipe hospitalière pluriprofessionnelle, les médecins nutritionnistes, les psychologues, les diététicien(ne)s, les endocrinologues libéraux et les pédiatres. 82% des médecins généralistes ont répondu que le prix des consultations avec un diététicien(ne) et un psychologue étaient des freins pour les patients.

Dans une autre thèse parue en 2019 évaluant les médecins généralistes en Saône et Loire(69), 18,7% des médecins généralistes interrogés n'orientaient pas leurs patients vers d'autres professionnels et réalisaient la prise en soin seuls. Pour ceux qui orientaient, les professionnels de santé les plus sollicités par les médecins généralistes étaient selon cette étude les diététicien(ne)s, les pédiatres et les psychologues.

➤ Recours à un support de coordination

22,6% des médecins généralistes interrogés ont répondu utiliser de support de coordination (hors prise en soin coordonnée avec un réseau de soin) dans le cadre d'une prise en soin coordonnée d'un enfant ou d'un adolescent en situation de surpoids ou d'obésité. La HAS préconise l'utilisation d'un support de coordination destiné à l'ensemble des professionnels intervenants quelle que soit la complexité de la situation "afin de veiller à la cohérence des messages et d'éviter une juxtaposition des interventions". La HAS a proposé en 2019

l'utilisation d'un plan personnalisé de coordination en santé pour planifier et personnaliser les prises en charge médicales complexes(73). Un exemple de support est proposé dans ce référentiel cependant il n'est pas mentionné dans les recommandations dont a fait l'objet cette thèse.

➤ Désignation d'un professionnel de santé référent

17,7% des médecins généralistes interrogés ont répondu avoir été ou avoir désigné un professionnel de santé référent dans le cadre d'une prise en soin coordonnée d'un enfant ou d'un adolescent en situation de surpoids ou d'obésité (hors prise en soin coordonnée avec un réseau de soin). La HAS recommande en 2022 de désigner un professionnel de santé référent dans les situations complexes. Le résultat ne permet pas de conclure si les médecins généralistes s'accordent sur les nouvelles recommandations car la distinction entre situation non complexe et complexe n'était pas mentionnée dans la question. Le rôle du professionnel référent dans la prise en soin d'un enfant ou d'un adolescent en surpoids ou obèse est "d'organiser la mise en oeuvre et le suivi des soins et de l'accompagnement et leur coordination entre les différents professionnels, proposer avant terme si nécessaire une réévaluation de la situation, d'être l'interlocuteur privilégié de l'enfant ou de l'adolescent et de ses parents et les contacter en cas d'interruption du suivi".

➤ Orientation vers un réseau d'ETP

88,7% des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire proposaient d'orienter leurs patients vers un réseau spécialisé en ETP. Ce résultat est discordant avec celui d'une thèse évaluant les médecins généralistes du Nord(63) en 2020 qui retrouvait un taux de 29.9% Ce résultat peut s'expliquer car la population de notre étude est adhérente à un réseau de soin, et par une répartition homogène de ces réseaux sur le territoire Alsacien ce qui n'est pas le cas sur l'ensemble du territoire. La place de l'ETP dans la prise en soin des enfants et des adolescents en situation de surpoids a été précisée en introduction (se reporter aux parties 1.5.1 et 1.5.2 de l'introduction). Quelle que soit la complexité de la situation, la HAS propose de s'appuyer sur une structure spécialisée en obésité pédiatrique pour compléter l'évaluation multidimensionnelle et puis accompagner les enfants et les adolescents en situation de surpoids ou d'obésité.

➤ Orientation vers un SSR

11,3% des médecins généralistes interrogés ont déjà orienté un patient en SSR. La HAS précise dans son référentiel que la balance bénéfique/risque d'un séjour en SSR doit être évaluée par une équipe pluridisciplinaire en concertation avec le médecin généraliste suivant l'enfant. La question aurait dû être formulée différemment afin de savoir si l'orientation en SSR était faite conformément aux recommandations de la HAS, ou si les médecins généralistes ont orienté directement sans l'avis d'une équipe pluridisciplinaire. Actuellement, il n'existe plus de SSR en Alsace accueillant les enfants et les adolescents en situation de surpoids ou d'obésité.

5.4) Critères de jugement secondaire :

5.4.1) Consultations de suivi et consultation CSO

➤ Connaissance des consultations de suivi gratuites

50% des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire affirmaient connaître les 20 consultations de suivi gratuites mises en place par la CPAM(48). Avant 2019 des consultations de suivi gratuites étaient possibles jusqu'à l'âge de 6 ans. Depuis 2019 elles ont été élargies jusqu'à 16 ans : 3 examens peuvent désormais être proposés à 8-9 ans, 11-13 ans et entre 15 et 16 ans.

En interrogeant les médecins généralistes sur les codifications CCAM à mettre en œuvre pour permettre une prise en charge à 100% de ces consultations sans avance de frais, aucun médecin généraliste n'a été capable de répondre toutes les codifications possibles qui diffèrent en fonction de l'âge. L'utilisation de ces consultations pourrait être un levier pour dépister le surpoids ou l'obésité et accompagner les patients. Il s'agit d'une piste intéressante à explorer compte tenu du faible effectif de médecins généralistes interrogés qui planifient des consultations de suivi avec leurs patients en dehors des consultations obligatoires et du calendrier vaccinal. Une thèse parue en 2018 en Lorraine(74) a évalué les comportements et les représentations des médecins généralistes concernant la classification commune des actes médicaux (CCAM). La majorité des médecins généralistes jugeait la CCAM trop complexe rendant son utilisation chronophage car elle nécessitait une recherche de codes spécifiques par l'intermédiaire de logiciels.

Une meilleure information sur la possibilité de réaliser ces consultations de suivi gratuites à l'attention des médecins généralistes mais également de la population, et sur les codifications à mettre en œuvre, voire leur simplification, permettrait d'augmenter le dépistage du surpoids ou de l'obésité des enfants et des adolescents

➤ Connaissance de la consultation CSO

51,6% des médecins généralistes interrogés affirmaient connaître la consultation CSO. Parmi ces médecins généralistes, 90,6% connaissaient la codification CCAM à mettre en œuvre. Promouvoir cette consultation CSO permettrait d'améliorer le suivi des enfants et des adolescents en situation de surpoids ou d'obésité. L'absence d'avance de frais pour le patient peut être un levier d'une part. Et la rémunération proposée peut être incitative pour les médecins généralistes d'autre part. Il serait intéressant d'élargir la possibilité de réaliser la CSO jusqu'à 18 ans. Dans une thèse parue en 2020 et évaluant les pratiques des médecins généralistes du Nord(63) depuis l'introduction de la consultation CSO, 74,7% des médecins généralistes ont répondu ne pas utiliser la consultation CSO et 72,4% ne se sentaient pas encouragés par celle-ci pour dépister l'obésité.

5.4.2) Aisance des médecins généralistes dans la réalisation d'une évaluation multidimensionnelle, dans la réalisation de séances d'ETP et dans les différentes étapes du parcours du soin

A l'exception de la question portant sur l'aisance des médecins généralistes à réaliser des séances d'ETP, la majorité des médecins généralistes ont répondu être moyennement à l'aise dans toutes les étapes du parcours de soin ainsi que dans la réalisation d'une

évaluation multidimensionnelle. Une échelle de Likert impaire aurait permis de forcer les médecins généralistes à se positionner de manière plus franche. Il serait toutefois possible de reposer ces échelles de questions aux médecins généralistes adhérents au RCPO à l'issue d'une formation et de comparer les résultats avant et après la formation.

D'après les résultats du questionnaire, les médecins généralistes répondants sont plus à l'aise dans le dépistage et l'annonce que dans l'accompagnement et la coordination.

Concernant la réalisation d'une évaluation multidimensionnelle, les médecins interrogés souhaiteraient en priorité renforcer leurs capacités dans l'évaluation de la réceptivité aux changements des habitudes de vie et dans l'évaluation des aspects psychologiques, affectifs et psychopathologiques.

Concernant la réalisation de séances d'ETP, 62% des médecins généralistes se sont positionnés comme n'étant pas à l'aise du tout ou peu à l'aise et seuls 12,9% ont répondu être très à l'aise. Le Département de Médecine Générale de Strasbourg(75) propose une formation optionnelle en ETP pendant l'internat de médecine générale et un diplôme universitaire en ETP est proposé par l'Université de Strasbourg (76). Une formation diplômante en ETP est également possible par le biais de l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé(77).

6. Conclusion

Suite à la diffusion par la HAS en mars 2022 du “guide du parcours de soin : surpoids et obésité chez l’enfant et l’adolescent(e)”, l’objectif de notre thèse réalisée en collaboration avec le Réseau Cardio Prévention Obésité Alsace était de dresser un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes, et d’identifier des axes de pratique à améliorer. Si de nombreuses notions étaient maîtrisées par les médecins généralistes interrogés, notre étude a mis en évidence des améliorations possibles dans toutes les étapes du parcours de soin.

Concernant le dépistage, celui-ci pourrait être amélioré par un report systématique de l’IMC sur les courbes de corpulence afin de mieux identifier les situations à risque de surpoids ou d’obésité. La planification de consultations de suivi après 6 ans, en s’appuyant sur les consultations de suivi gratuites mises en place par la CPAM, pourrait être un levier pour augmenter les chances de dépister une situation de surpoids ou d’obésité chez les enfants et les adolescents.

L’évaluation de l’annonce a montré des améliorations possibles dans la recherche de l’accord de l’enfant ou de l’adolescent ainsi que de leurs parents pour aborder la thématique du surpoids ou de l’obésité, ainsi que dans la recherche de leurs représentations. Améliorer ces modalités d’annonce permettraient à la fois de faciliter leur adhésion à une prise en soin, de co-construire des objectifs et de favoriser l’empowerment des enfants et des adolescents ainsi que leurs parents. Ces étapes servent également à affiner l’évaluation multidimensionnelle et celle de la complexité de la situation clinique proposées par la HAS dont découlent les modalités de prises en soin à proposer.

L’accompagnement des enfants et des adolescents en situation de surpoids ou d’obésité pourrait être amélioré par une meilleure connaissance des repères d’habitudes de vie (en particulier l’évaluation des habitudes alimentaires et les objectifs d’activité physique quotidiens préconisés chez les enfants de moins de 3 ans). Le recours à l’utilisation d’un support informatif est une piste pour aider les médecins généralistes dans ces tâches. La connaissance des objectifs pondéraux à fixer chez les adolescents en fin de croissance (stabiliser le poids plutôt que de chercher à atteindre une valeur seuil) permettrait de limiter les situations d’échec et de frustration pendant la prise en soin. D’un point de vue organisationnel, promouvoir la CSO et les consultations de suivi gratuites pourraient être des leviers pour motiver les médecins généralistes à assurer un suivi qui peut s’avérer difficile et chronophage mais également inciter les patients à consulter. Le suivi initial pourrait être renforcé par la proposition d’un suivi médical mensuel.

Pour faciliter la coordination, le recours à d’autres professionnels de santé pourrait être amélioré par la promotion du ROR et par l’extension du remboursement de certaines prestations notamment les diététicien(e)s et les psychologues. La diffusion d’un support de coordination adapté aux situations d’obésité chez les enfants et les adolescents permettrait de faciliter les échanges entre les différents intervenants. La promotion des réseaux d’ETP, même si notre étude montre un taux d’adressage élevé en lien avec la population étudiée, est primordiale pour permettre une prise en soins adaptée aux situations de surpoids ou d’obésité des enfants et des adolescents.

A la faveur des campagnes de santé publique, de la parution de nouvelles recommandations de la HAS en 2022 et par le biais de formations à l'échelle locale nous pouvons espérer faire reculer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents suivis par les médecins généralistes adhérents au RCPO. Une étude à plus large échelle permettrait éventuellement d'extrapoler ces résultats à l'ensemble des médecins généralistes.

Le Président du jury,
Dijon le 02/11/2022

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 2 NOVEMBRE 2022
Le Doyen

Pr. J.M. PETIT

Pr. M. MAYNADIÉ

CHU DIJON
Endocrinologie - Diabétologie
Maladies Métaboliques
03 80 29 34 53
Docteur J.M. PETIT
10002178187

Bibliographie

1. Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA, Abu-Rmeileh NM, Acosta-Cazares B, Acuin C, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*. 16 déc 2017;390(10113):2627-42.
2. Santé Publique France. Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence [Internet]. [cité 31 août 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/les-resultats-de-l-etude-esteban-2014-2015>
3. Ligue Contre l'Obésité. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la Ligue contre l'Obésité. Nouvelle édition de l'étude ObEpi Roche menée depuis 1997. [Internet]. [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>
4. Société Française d'Endocrinologie. Item 251 – UE 8 - Obésité de l'enfant et de l'adulte [Internet]. Société Française d'Endocrinologie. [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.s fendocrino.org/item-251-ue-8-obesite-de-lenfant-et-de-ladulte/>
5. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids [Internet]. 2020 [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
6. Organisation Mondiale de la Santé. Assemblée mondiale de la Santé, 57. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé [Internet]. 2004 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/20855>
7. Ministère de la Santé et de la Prévention. Programme National Nutrition Santé (PNNS) [Internet]. [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>
8. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e) [Internet]. 2022 [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-et-l-adolescent-e
9. Observatoire Régional de Santé. La santé des enfants scolarisés en classe de 6ème dans les établissements publics d'Alsace [Internet]. 2018 [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: <https://ors-ge.org/sites/default/files/documents/RAPPORT%20ORS%20SANTE%20ENFANTS%20ALSACE.pdf>
10. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant : plan de mise en œuvre [Internet]. 2017 [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274902>
11. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 : des personnes plus actives pour un monde plus sain [Internet]. 2019 [cité 3 sept 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327168>
12. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 2019-2023 [Internet]. 2019 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
13. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003) [Internet]. 2011 [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003
14. Ministère de la Santé et de la Prévention. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

15. Ministère de la Santé et de la Prévention. Feuille de route 2019-2022 [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/feuille-de-route-2019-2022>
16. United Nations general Assembly. Convention on the rights of the child, Treaty Series, 1577:3. New York, United Nations, 1989.
17. Organisation Mondiale de la Santé. Santé des adolescents [Internet]. [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>
18. Chambre Régionale de l'Économie Sociale et Solidaire. Notice des nouvelles courbes de croissance AFPA-CRESS-INSERM-CGM [Internet]. [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: <https://cress-umr1153.fr/wp-content/uploads/2018/03/Notice-des-nouvelles-courbes-de-croissance-AFPA-CRESS-INSERM-CGM-2018.pdf>
19. Ministère de la Santé et de la Prévention. Carnet de santé [Internet]. [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf
20. Haut conseil de la santé publique. Avis du 30 juin 2020 relatif à la révision des repères alimentaires pour les enfants âgés de 0-36 mois et de 3-17 ans. [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=924>.
21. Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement, travail. Avis relatif à l'actualisation des Repères alimentaires du PNNS pour les enfants de 0 à 3 ans. [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/avis-de-lances-relatif-%C3%A0-lactualisation-des-rep%C3%A8res-alimentairesdu-pnns-jeunes-enfants-0-3>
22. Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement, travail. Avis relatif à l'actualisation des Repères alimentaires du PNNS pour les enfants de 4 à 17 ans. [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/avis-r%C3%A9vis%C3%A9-de-lances-relatif-%C3%A0-lactualisation-desrep%C3%A8res-alimentaires-du-pnns-enfants-4-%C3%A0>
23. Nicklaus S. The Role of Dietary Experience in the Development of Eating Behavior during the First Years of Life. *Ann Nutr Metab.* 2017;70(3):241-5.
24. Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement, travail. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>
25. Organisation Mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité. [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1318320/retrieve>
26. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) - Fiches - Rôle des professionnels de santé impliqués dans le parcours [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321444/fr/role-des-professionnels-parcours-surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-e
27. Collège de la Médecine Générale. Surpoids de l'enfant : 10 points clés de la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/surpoids-de-lenfant-10-points-cles-de-la-prise-en-charge-du-surpoids-et-de-l-obesite-de-lenfant/>
28. Hadjiyannakis S, Buchholz A, Chanoine JP, Jetha MM, Gaboury L, Hamilton J, et al. The Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics: A proposed clinical staging system for paediatric obesity. *Paediatr Child Health.* 2016;21(1):21-6.
29. Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Surpoids et obésité infantile [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/un-enjeu-de-sante-publique>
30. MG France. Les cotations Enfants & Ados [Internet]. [cité 15 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/nomenclature/264-les-majorations-enfants>
31. Levaltier B. Enjeux éthiques de l'« éducation » thérapeutique chez le malade rénal chronique. In: *Traité de bioéthique* [Internet]. Toulouse: Érès; 2010 [cité 25 sept 2022]. p.

- 416-29. (Espace éthique - Poche). Disponible sur:
<https://www.cairn.info/traité-de-bioéthique-2--9782749213064-p-416.htm>
32. Organisation Mondiale de la Santé. Education Thérapeutique du Patient [Internet]. 1998 [cité 2 oct 2022]. Disponible sur:
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
 33. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient, comment la proposer et la réaliser [Internet]. 2007 [cité 25 sept 2022]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
 34. Légifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. juill 21, 2009. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>
 35. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Traitement de l'obésité des enfants et des adolescents en 1re et 2e ligne. Guide de pratique clinique. Volet I. Québec: INESSS; 2012. [Internet]. Disponible sur:
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/GuidePratique/Obesite/GPC_TraitementObesiteEnfantsAdolescents_Volet1.pdf
 36. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations for growth monitoring, and prevention and management of overweight and obesity in children and youth in primary care. CMAJ 2015;187(6):411-21.
 37. National Health and Medical Research Council. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. Canberra: NHMRC; 2013.
 38. National Institute for Health and Care Excellence. Obesity: identification, assessment and management. Clinical guideline. London: NICE; 2014.
 39. Belgian Association for the Study of Obesity. Consensus BASO 2020. Un guide pratique pour l'évaluation et le traitement du surpoids et de l'obésité. Anderlecht: BASO; 2020.
 40. European Society of Endocrinology, Pediatric Endocrine Society, Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, Farooqi IS, et al. Pediatric obesity-assessment, treatment, and prevention: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 2017;102(3):709-57.
 41. US Preventive Services Task Force. Screening for Obesity in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 20 juin 2017;317(23):2417.
 42. American Psychological Association. Clinical practice guideline for multicomponent behavioral treatment of obesity and overweight in children and adolescents: current state of the evidence and research needs from the guideline development panel (GDP) for obesity treatment of the American Psychological Association (APA). Adopted as APA policy march 10, 2018. Washington: APA; 2018. [Internet]. 2018. Disponible sur:
www.apa.org/obesity-guideline/clinical-practice-guideline.pdf (PDF, 892KB)
 43. Task Force takes on Canada's urgent child obesity challenge with new guidelines – Canadian Task Force on Preventive Health Care [Internet]. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur:
<https://canadiantaskforce.ca/task-force-takes-on-canadas-urgent-child-obesity-challenge-with-new-guidelines/>
 44. Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Morrison K, Warren R, Usman Ali M, Raina P. Treatment of overweight and obesity in children and youth: a systematic review and meta-analysis. CMAJ Open. mars 2015;3(1):E35-46.
 45. O'Connor EA, Evans CV, Burda BU, Walsh ES, Eder M, Lozano P. Screening for Obesity and Intervention for Weight Management in Children and Adolescents: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 20 juin 2017;317(23):2427-44.
 46. Maisons Sport Santé Nature Alsace | bougez ou faites un bilan de santé [Internet]. Maisons Sport Santé Nature Alsace. [cité 14 oct 2022]. Disponible sur:
<https://www.maisons-sport-sante-nature.org/>
 47. Prescirmouv, bougez plus pour mieux vivre en Grand Est [Internet]. [cité 14 oct 2022].

- Disponible sur: <https://www.prescrimouv-grandest.fr/>
48. Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Enfant et adolescent : 20 examens de suivi médical [Internet]. [cité 14 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/suivi-medical-de-l-enfant-et-de-l-adolescent/enfant-et-adolescent-20-examens-de-suivi-medical>
 49. Monge A. Moyens de recherche des recommandations de bonnes pratiques et difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes. [Thèse d'exercice]. Nice, France : Université Côte d'Azur; 202. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03244622> [Thèse d'exercice].
 50. Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Mon espace santé - Vous avez la main sur votre santé [Internet]. [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.monespacesante.fr/>
 51. Lecigne A. Dépistage de l'obésité infantile en médecine générale: état des lieux des pratiques des médecins généralistes picard en 2015 [Thèse d'exercice]. [Amiens, France]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
 52. US Preventive Services Task Force, Grossman DC, Bibbins-Domingo K, Curry SJ, Barry MJ, Davidson KW, et al. Screening for Obesity in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 20 juin 2017;317(23):2417.
 53. Caisse Primaire d'Assurance Maladie. M'T dents : des rendez-vous offerts chez le dentiste [Internet]. [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents>
 54. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing : Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press;1991.
 55. Ollitraut-Bernard C, Bourgeois O. État des lieux des pratiques des médecins généralistes de Midi Pyrénées dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique [Thèse d'exercice]. Toulouse, France: Université Paul Sabatier; 2022. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3787/>.
 56. Renard C, Vidal-Guillemain D. Évaluation des pratiques de prévention et de dépistage de l'obésité infantile en médecine générale en Bourgogne [Thèse d'exercice]. Dijon, France: Université de Bourgogne; 2021 . Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/0930c21e-1bc8-4ce7-960b-0b4abd5819ad>.
 57. Vimeux L. Pratiques et attentes des médecins généralistes et pédiatres libéraux de Poitou-Charentes concernant le diagnostic et la prise en charge de l'obésité pédiatrique [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France: Université de Bordeaux; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01565289>. 2017.
 58. Perotin A. Obéclis [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <http://www.obeclic.fr/mentions-legales.html>
 59. Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. Conseils aux parents par les spécialistes de l'enfant [Internet]. mpedia.fr. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/>
 60. Réseau de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique Bourgogne Franche-Comté. Obésité pédiatrique : fiches conseils et recettes [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.reppop-bfc.com/documentation>
 61. DiPietro L, Buchner DM, Marquez DX, Pate RR, Pescatello LS, Whitt-Glover MC. New scientific basis for the 2018 U.S. Physical Activity Guidelines. J Sport Health Sci. mai 2019;8(3):197-200.
 62. Biddle SJH, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. Br J Sports Med. sept 2011;45(11):886-95.
 63. Harel L. La prise en charge des enfants à risque d'obésité par les médecins généralistes du Nord depuis l'instauration de la consultation suivi de l'obésité: étude observationnelle descriptive. [Thèse d'exercice]. Lille, France : Université de Lille; 2020. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM513.pdf.
 64. Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement, travail. Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca3) [Internet]. 2017 [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2014SA0234Ra.pdf>
 65. Cappuccio FP, Taggart FM, Kandala NB, Currie A, Peile E, Stranges S, et al.

- Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep*. mai 2008;31(5):619-26.
66. Nielsen LS, Danielsen KV, Sørensen TIA. Short sleep duration as a possible cause of obesity: critical analysis of the epidemiological evidence. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. févr 2011;12(2):78-92.
 67. Seegers V, Petit D, Falissard B, Vitaro F, Tremblay RE, Montplaisir J, et al. Short sleep duration and body mass index: a prospective longitudinal study in preadolescence. *Am J Epidemiol*. 15 mars 2011;173(6):621-9.
 68. Gupta NK, Mueller WH, Chan W, Meininger JC. Is obesity associated with poor sleep quality in adolescents? *Am J Hum Biol Off J Hum Biol Council*. déc 2002;14(6):762-8.
 69. Henry AL, Vidal-Guillemain D. Dépistage et suivi du surpoids et de l'obésité infantile en médecine générale en Saône et Loire.[Thèse d'exercice] Dijon, France: Université de Bourgogne; 2020. Disponible sur:
<https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/2c2716f2-4f8b-4e0d-92da-c1a2810e4630>.
 70. Ministère de la Santé et de la Prévention. Le Répertoire ROR [Internet]. [cité 14 oct 2022]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/produits-services/repertoire-ror>
 71. Ministère de la Santé et de la Prévention. MonPsy : ouverture du dispositif de remboursement de séances de psychologues - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 14 oct 2022]. Disponible sur:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/monpsy-ouverture-du-dispositif-de-remboursement-de-seances-de-psychologues>
 72. Syndicat National des Psychologues. Échec du dispositif monpsy : à peine 5 % des psychologues [Internet]. [cité 25 oct 2022]. Disponible sur:
<https://psychologues.org/actualites-single/echec-du-dispositif-monpsy-a-peine-5-des-psychologues/>
 73. Haute Autorité de Santé. Plan personnalisé de coordination en santé [Internet]. [cité 16 oct 2022]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante
 74. Watrin B. Comportement et représentations des médecins généralistes concernant la classification commune des actes médicaux [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université de Lorraine; 2017 [cité 16 oct 2022]. Disponible sur:
<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931789/document>.
 75. Département de Médecine Générale de Strasbourg. FO5 Éducation thérapeutique [Internet]. [cité 14 oct 2022]. Disponible sur:
<http://mediamed.unistra.fr/dmg/enseignement/formation-theorique/formations-optionnelles/fo5-education-therapeutique/>
 76. Université de Strasbourg. Diplôme d'Université en Education Thérapeutique [Internet]. [cité 14 oct 2022]. Disponible sur:
https://sfc.unistra.fr/formations/sante-transverse_-_education-a-la-sante_-_diplome-duniversite-en-education-therapeutique_-_3347/
 77. Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé. Dispenser l'éducation thérapeutique du patient [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur:
<https://www.maformation.fr/detailformation/dispenser-l-etp-education-therapeutique-du-patient-176075>

Annexes

Annexe 1 : Score EOSS-P traduit en français par le Collège de la Médecine Générale

Stade 0	<p>Métabolisme : pas d'anomalie métabolique</p> <p>Mécanique : pas de limitation fonctionnelle</p> <p>Mental : pas de psychopathologie</p> <p>Milieu : pas de préoccupation environnementale parentale, familiale ou sociale</p>
Stade 1	<p>Métabolisme : anomalies métaboliques légères (ATG, pré-hypertension, anomalies lipidiques légères, stéatose hépatique légère/élévation des transaminases)</p> <p>Mécanique : complications bio-mécaniques légères (SAS ne demandant pas une VPP, petite douleur de troubles musculosquelettiques n'interférant pas avec les activités quotidiennes, RGO)</p> <p>Mental : psychopathologie légère, trouble du déficit de l'attention, difficultés d'apprentissage, préoccupation légère de l'image du corps, binge eating occasionnel ou émotionnel, harcèlement, retard modéré du développement</p> <p>Milieu : problèmes relationnels mineurs, limitations mineures à répondre aux besoins des enfants.</p>
Stade 2	<p>Métabolisme : complications métaboliques modérées nécessitant un traitement médicamenteux (par exemple diabète de type 2, HTA, anomalies lipidiques, syndrome d'ovaire polykystique, stéatose hépatique modérée à sévère)</p> <p>Mécanique : complications biomécaniques modérées (par exemple SAS nécessitant une VPP, RGO, douleurs liées à troubles musculo-squelettiques limitant l'activité, limitation modérée des activités quotidiennes)</p> <p>Mental : problèmes de santé mentale modérés (par exemple dépression caractérisée, anxiété, compulsions fréquentes, trouble de l'image corporelle significative, retards de développement modérés)</p> <p>Milieu : difficultés relationnelles modérées, harcèlement ou violences significatives à la maison ou à l'école, limitations significatives à répondre aux besoins des enfants.</p>
Stade 3	<p>Métabolisme : complications métaboliques non contrôlées (par exemple diabète de type 2 (+ complications/objectifs glycémiques non atteints), HTA non contrôlée, glomérulonéphrite segmentaire et focale, élévation marquée des enzymes hépatiques et/ou dysfonction hépatique, lithiases biliaires symptomatiques, anomalies lipidiques marquées)</p> <p>Mécanique : SAS nécessitant un traitement par VPP et un supplément en oxygène, mobilité limitée, souffle court en position assise/pendant le sommeil.</p> <p>Mental : psychopathologie non contrôlée, refus scolaire, pulsions alimentaires quotidiennes, troubles sévères de l'image corporelle.</p> <p>Milieu : problèmes relationnels graves, impossibilité à répondre aux besoins des enfants (peut inclure une exposition à des violences familiales), environnement dangereux (domicile, voisinage ou école).</p>

Traduction du tableau : Collège de la Médecine Générale

Groupe d'étude

1 Quel âge avez-vous ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Entre 25 et 40 ans
- Entre 40 et 55 ans
- Plus de 55 ans

2 Êtes-vous ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Un homme
- Une femme

3 Avez-vous une formation particulière dans le domaine du surpoids et/ou de l'obésité des enfants et des adolescents (DU de pédiatrie , diététique et nutrition, éducation thérapeutique) ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- oui
- non

4 Exercez-vous :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Seul ?
- En association avec un ou plusieurs autres médecins généralistes ? (sans autre profession associée)
- Au sein d'une structure de santé pluriprofessionnelle ?

5 Avez-vous lu le *Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e)* mis en ligne en mars 2022 par la Haute Autorité de Santé ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Dépistage

6 Quelle est la définition de l'IMC (Indice de Masse Corporelle) ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Poids (Kilogrammes) / Taille² (Centimètres)
- Poids (Kilogrammes) / Taille² (Mètres)
- Taille² (Mètres) / Poids (Kilogrammes)

- Je ne sais pas

7 À quelle occasion calculez-vous l'IMC (Indice de Masse Corporelle) de vos patients enfants et adolescents ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Systématiquement à chaque consultation
- Uniquement en cas d'impression clinique de surpoids ou d'obésité ou de complication somatique
- À la demande des parents
- Le calcul de l'IMC ne fait pas partie de mes habitudes de pratique

8 À quelle fréquence reportez-vous les mesures d'Indice de Masse Corporelle (IMC) sur le carnet de santé de l'enfant/adolescent ? (Le carnet de santé mis à jour en 2018 comporte une seule courbe incluant la courbe AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, avant 2 ans; et la courbe IOTF : International Obesity Task Force, après 2 ans)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Systématiquement à chaque consultation
- Au moins une fois par an
- Moins de une fois par an
- Le report de l'IMC sur le carnet de santé ne fait pas partie de mes habitudes

9 Selon vous, le rebond d'adiposité (remontée physiologique de la courbe d'Indice de Masse Corporelle) se situe entre ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1-2 ans
- 3-4 ans
- 5-6 ans
- 7-8 ans

10 Est-associé à un risque accru de surpoids ou d'obésité ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Un rebond d'adiposité précoce
- Un rebond d'adiposité tardif
- L'absence de rebond

11 En dehors des consultations obligatoires de suivi des enfants et du calendrier vaccinal, planifiez-vous des consultations de suivi pour tous les enfants et des adolescents quel que soit l'IMC ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

12 Si oui, à quelle fréquence ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Au moins 2 fois par an
- Une fois par an
- Une fois tous les 2 ans
- Moins d'une fois tous les deux ans

13 Hors situation de surpoids ou d'obésité, savez-vous que vous pouvez proposer 20 consultations de suivi des enfants et adolescents de la naissance à 16 ans prise en charge à 100% en tiers-payant par l'Assurance Maladie ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

14 Si oui, quelles codifications CCAM permettent leur prise en charge à 100%? (plusieurs réponses possibles)

Veillez sélectionner de 1 à 6 réponses.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- G+MEG
- COE
- COB
- COD
- COH
- CSO

15 Savez-vous qu'il est possible de réaliser deux consultations par an (rémunérées chacune 46 euros), prises en charge en tiers-payant intégral par l'Assurance Maladie, dans le cadre du suivi et de la coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

16 Si oui quelle codification CCAM permet leur prise en charge à 100%?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- G+MEG
- COE
- COB
- COD
- COH
- CSO
- CCX

17 En 2022, la HAS propose de s'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle dès le repérage d'une situation de surpoids ou d'obésité d'un enfant ou d'un adolescent

En voyant cette marguerite, comment vous sentez-vous à l'aise, sur une échelle de 1 à 5, de réaliser cette évaluation multidimensionnelle ?

1 : pas à l'aise du tout

2 : un peu à l'aise

3 : moyennement à l'aise

4 : très à l'aise

5 : parfaitement à l'aise

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

18 Sur quelle(s) notion(s) de cette évaluation multidimensionnelle aimeriez-vous renforcer vos capacités d'évaluation ?

Veillez sélectionner de 1 à 9 réponses.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Histoire et comorbidités somatiques et psychiques individuelles et familiales
- Habitudes de vie et environnement, aspects culturels
- Retentissement sur l'état de santé
- Histoire des prises en charge antérieures
- Réceptivité aux changements des habitudes de vie
- Aspects psychologiques, affectifs, psychopathologiques
- Situation sociale, situation économique
- Scolarité
- Situation familiale
- Aucun de ces items

19 En 2022, la Haute Autorité de Santé propose de distinguer une situation de surpoids ou d'obésité dite non complexe d'une situation complexe afin de graduer et de moduler les soins et l'accompagnement. Savez-vous différencier ces deux types de situations?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

20 Sur une échelle de 1 à 5, comment vous sentez-vous à l'aise dans le dépistage du surpoids et/ou de l'obésité des enfants et des adolescents?

1 : pas à l'aise du tout

2 : un peu à l'aise

3 : moyennement à l'aise

4 : très à l'aise

5 : parfaitement à l'aise

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Annonce

Face à une situation de surpoids ou d'obésité d'un enfant ou d'un adolescent :

21 Demandez-vous à l'enfant/l'adolescent l'autorisation d'aborder cette thématique ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

22 Demandez-vous aux parents de l'enfant/adolescent l'autorisation d'aborder cette thématique ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

23 Recherchez-vous la/les représentation(s) qu'a l'enfant/l'adolescent du surpoids ou de l'obésité ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

24 Recherchez-vous la/les représentation(s) qu'ont les parents de l'enfant/l'adolescent du surpoids ou de l'obésité ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

25 Recherchez-vous la/les attente(s) qu'a l'enfant/l'adolescent quant à une prise en soins ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

26 Recherchez-vous la/les attente(s) qu'ont les parents de l'enfant/l'adolescent quant à une prise en soins ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

27 Entre 0 et 6 ans, selon quelle modalité réalisez-vous vos entretiens dans une situation avérée de surpoids ou d'obésité d'un enfant ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Entretien uniquement avec l'enfant
- Entretien avec l'enfant et les parents ensemble
- Entretien avec l'enfant et les parents ensemble, puis l'enfant seul

28 Entre 6 et 13 ans, selon quelle modalité réalisez-vous vos entretiens dans une situation avérée de surpoids ou d'obésité d'un enfant ou d'un adolescent ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Entretien uniquement avec l'enfant/adolescent
- Entretien avec l'enfant/l'adolescent et les parents ensemble
- Entretien avec l'enfant/l'adolescent et les parents ensemble, puis l'enfant/l'adolescent seul

29 Au-delà de 13 ans, selon quelle modalité réalisez-vous vos entretiens dans une situation avérée de surpoids ou d'obésité d'un adolescent ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Entretien uniquement avec l'adolescent
- Entretien avec l'adolescent et les parents ensemble
- Entretien avec l'adolescent et les parents ensemble, puis l'adolescent seul

30 Quelle(s) seraient selon vous la(es) meilleure(s) attitude(s). à adopter pour aborder pour la première fois une situation de surpoids ou d'obésité avec un enfant/adolescent et ses parents ? (plusieurs réponses possibles)

Veillez sélectionner de 1 à 4 réponses.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Une attitude neutre
- Une attitude alarmiste
- Une attitude dédramatisante
- Une attitude de non-jugement et d'ouverture

31 Sur une échelle de 1 à 5, comment vous sentez-vous à l'aise dans l'annonce d'une situation de surpoids ou d'obésité à un enfant/adolescent et sa famille ?

1 : pas à l'aise du tout

2 : Un peu à l'aise

3 : Moyennement à l'aise

4 : Très à l'aise

5 : parfaitement à l'aise

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Accompagnement

32 Face à une situation de surpoids ou d'obésité d'un enfant/adolescent, prescrivez-vous systématiquement un bilan biologique?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

33 Face à une situation de surpoids ou d'obésité d'un enfant, outre la promotion de sa santé et de son bien-être votre objectif de poids serait :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Une perte de poids de 5 à 10 % en 6 mois
- Une perte de poids de 5 à 10 % en 12 mois
- Repasser à un IMC < 25 kg/m²
- Ralentir la prise de poids alors que la croissance se poursuit (infléchissement de la courbe de corpulence)
- Stabiliser le poids

34 Face à une situation de surpoids ou d'obésité chez un adolescent en fin de croissance et sans complication sévère, outre la promotion de sa santé et de son bien-être votre objectif de poids serait :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Une perte de poids de 5 à 10 % en 6 mois
- Une perte de poids de 5 à 10 % en 12 mois
- Repasser à un IMC < 25 kg/m²

- Ralentir la prise de poids alors que la croissance se poursuit (infléchissement de la courbe de corpulence)
- Stabiliser le poids

35 Afin d'évaluer les habitudes alimentaires des enfants/adolescents, la Haute Autorité de Santé propose de s'appuyer sur la "Révision des repères alimentaires pour les enfants de 0-36 mois et de 3-17 ans » du Haut Conseil de la santé publique (2020) ou ceux de l'Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement, travail (Anses) pour les enfants de 0 à 3 ans et de 4 à 17 ans (2019).

Avez-vous pris connaissance de l'une ou l'autre de ces recommandations depuis leur parution ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

36 Lorsque vous prodiguez des conseils alimentaires, proposez-vous un support (site internet, application mobile ou support papier) à l'enfants/l'adolescent et ses parents pour accompagner vos propos ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

37 D'après vous, le temps d'activité physique variée et quotidienne préconisé avant 5 ans, selon l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (2016) ou l'Organisation Mondiale de la Santé (2020) est de :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Au moins 1 heure par jour
- Au moins 2 heures par jour
- Au moins 3 heures par jour
- Au moins 4 heures par jour

38 D'après vous, le temps d'activité physique quotidienne (d'intensité modérée à élevée) préconisé entre 5 et 17 ans, selon l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (2016) ou l'Organisation Mondiale de la Santé (2020) est de :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Au moins 1 heure par jour
- Au moins 2 heures par jour
- Au moins 3 heures par jour
- Au moins 4 heures par jour

39 Avez-vous déjà prévu un aménagement concernant l'activité physique d'un enfant/adolescent en milieu scolaire?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

40 D'après vous, la durée maximale d'exposition aux écrans préconisée avant 2 ans selon l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (2016) est de ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Absence complète d'écran
- Moins de 1 heure par jour
- Moins de 2 heures par jour
- Absence de limitation de temps d'exposition aux écrans

41 D'après vous, la durée maximale d'exposition aux écrans préconisée entre 2 et 6 ans selon l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (2016) est de ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Absence complète d'écran
- Moins de 1 heure par jour
- Moins de 2 heures par jour
- Absence de limitation de temps d'exposition aux écrans

42 D'après vous, la durée maximale d'exposition aux écrans préconisée entre 6 ans et 11 ans, (temps d'écran hors temps scolaire) selon l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (2016) est de ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Absence complète d'écran
- Moins de 1 heure par jour
- Moins de 2 heures par jour
- Absence de limitation de temps d'exposition aux écrans

43 Face à une situation de surpoids ou d'obésité chez un enfant/adolescent, évaluez-vous la qualité et la quantité du sommeil, ainsi que la régularité des rythmes de la vie quotidienne ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

44 Sur une échelle de 1 à 5, comment vous sentez-vous à l'aise dans la réalisation de séances d'éducation thérapeutique avec un enfant/adolescent obèse?

1 : pas à l'aise du tout

2 : un peu à l'aise

3 : moyennement à l'aise

4 : très à l'aise

5 : parfaitement à l'aise

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

45 Face à une situation de surpoids ou d'obésité d'un enfant/adolescent, à quelle fréquence planifiez-vous au départ un suivi médical ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- tous les mois
- tous les 2 mois
- tous les 3 mois
- tous les 6 mois
- tous les ans

46 Sur une échelle de 1 à 5, comment vous sentez-vous à l'aise dans l'accompagnement d'un enfant/adolescent en situation de surpoids ou d'obésité?

1 : pas à l'aise du tout

2 : un peu à l'aise

3 : moyennement à l'aise

4 : très à l'aise

5 : parfaitement à l'aise

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Coordination

47 Avez-vous déjà été amené à travailler avec un autre professionnel dans le cadre d'une prise en charge coordonnée d'un enfant ou adolescent en surpoids ou obèse ? (Hors réseau de soin)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

48 Avez-vous utilisé un support de coordination? (Hors réseau de soin)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

49 Avez-vous été, ou avez-vous désigné un professionnel de santé référent ? (Hors réseau de soin)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

50 Avez-vous déjà orienté un enfant/adolescent vers une structure spécialisée dans l'éducation thérapeutique de l'obésité ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

51 Avez-vous déjà orienté un patient enfant ou adolescent en surpoids ou obèse vers un service Soins de Suite et Réadaptation (SSR) ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

52 Sur une échelle de 1 à 5, comment vous sentez-vous à l'aise pour articuler une prise en soin commune d'un surpoids ou d'une obésité d'un enfant ou d'un adolescent avec d'autres professions ?

1 : pas à l'aise du tout

2 : un peu à l'aise

3 : moyennement à l'aise

4 : très à l'aise

5 : parfaitement à l'aise

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Annexe 3 : Codifications CCAM à mettre en oeuvre pour la prise en charge à 100% par la CPAM des consultations de suivi des enfants et des adolescents(48)

examen	âge de l'enfant	cotation MG	cotation pédiatre	cotation pédiatre traitant	nature d'assurance
1	0 à 8 jours		COE (46 €)		maternité
2	8 jours à 12 jours	G + MEG (30 €)	CS + MEP + NFP (32 €)		
	13 ou 14 jours				
3	de 2 semaines à 1 mois				
4	1 mois				
5	2 mois	COD (30 €)	COH (32 €)		
6	3 mois				
7	4 mois				
8	5 mois				
9	8 mois	COE (46 €) facturation à l'âge de 8 ou 9 mois			
10	11 mois				
11	12 mois	COD (30 €)	COH (32 €)		maladie
12	16, 17 ou 18 mois				
13	23 ou 24 mois	COE (46 €)			
14	2 ans				
15	3 ans	COD (30 €)	COH (32 €)		
16	4 ans				
17	5 ans				
18	8 - 9 ans				
19	11 - 13 ans	COB (25 €)	COD (30 €)	COG (28 €)	
20	15 - 16 ans				

Titre de la thèse :

Évaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes adhérents au RCPO dans la prise en soin des enfants et des adolescents en situation de surpoids et d'obésité

Auteur : Julien Barth

Résumé :**Contexte :**

La prévalence du surpoids et de l'obésité infantile en France est en augmentation après une période de stabilisation.

Objectif :

Comparer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes par rapport aux recommandations de la HAS parues en 2022.

Méthode :

Étude descriptive quantitative et transversale par auto-questionnaires anonymes.

Résultats :

62 réponses ont été analysées. 32,3% des médecins reportaient l'IMC sur le carnet de santé à chaque consultation. 79% ne planifiaient pas de consultation en dehors du calendrier vaccinal. 58,1% demandaient l'accord de l'enfant et 56,5% celui des parents pour aborder la thématique du surpoids ou de l'obésité. 53,2% recherchaient les représentations qu'a l'enfant ou l'adolescent et 48,4% celles qu'ont les parents du surpoids ou de l'obésité. 58,1% réalisaient un entretien avec l'adolescent et les parents ensemble puis l'adolescent seul après 13 ans contre 3,2% entre 0 et 6 ans. 22,6% connaissaient les objectifs pondéraux chez les adolescents en fin de croissance. 11,3% avaient lu les recommandations de l'Anses ou de l'HCSP concernant les habitudes alimentaires. 69,4% évaluaient le sommeil et les rythmes de la vie quotidienne. 58,1% travaillaient en collaboration avec un autre professionnel et 88,7% orientaient vers un réseau spécialisé en ETP.

Conclusion :

Des améliorations sont possibles dans toutes les étapes du parcours de soin.

Mots clés :

Surpoids, obésité, enfant, adolescent, pratiques, connaissances, médecins généralistes, Haute Autorité de Santé