

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Cécile OLLITRAUT-BERNARD

Le 18 Janvier 2022

Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes de Midi Pyrénées dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique

Directrice de thèse : Dr Odile BOURGEOIS

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Madame le Docteur Odile BOURGEOIS

Assesseur

Madame le Docteur Marielle PUECH

Assesseur

Monsieur le Docteur Didier RIGAL

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIF Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADDUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICCOEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RALHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BRDS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
Professeur ARLET Philippe	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur BOUTAULT Franck	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur CHAMONTIN Bernard	
Professeur CHAP Hugues	
Professeur CONTE Jean	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur GRAND Alain	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur LAGARRIGUE Jacques	
Professeur LANG Thierry	
Professeur LAURENT Guy	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur MAGNAVAL Jean-François	
Professeur MANELFE Claude	
Professeur MASSIF Patrice	
Professeur MAZERES Bernard	
Professeur MOSCOVICI Jacques	
Professeur MURAT	
Professeur RISCHMANN Pascal	
Professeur RIVIERE Daniel	
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphaël	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme TREMOLLERES Florence	Biologie du développement
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	P.U. Médecine générale	
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MCCTIÉ Pierre	
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie		
M. GAMC Xavier	Urologie	Professeur Associé Médecine générale	
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. ABITTEBOUL Yves	
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène	
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence	Mme MALAVALD Sandra	
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale		
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVALD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses		
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC, Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie		
M. PAVOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYSANT-HUBERT Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie		
M. PERRINET Bertrand (C.E)	Diagnostique		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie		
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale			
M. DUSTRIC Stéphane (C.E)			
Professeur Associé de Médecine Générale			
Mme RI-DELAHAYE Motoko			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOÏL Pol André	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEEL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétiq ue
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CURDT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme FERROT Aurore	Hématologie
M. PELLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marianne

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Vaïrène	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétiq ue
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALNIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASO David	Physiologie
M. GATMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VUA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emilie

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Léila

Remerciements aux membres du jury

Au président du jury, Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Vous me faites l'honneur de présider ma soutenance de thèse et vous en suis reconnaissante. Je vous prie d'accepter ma gratitude pour l'attention que vous portez à mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

Aux membres du jury :

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Odile BOURGEOIS

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Par votre expérience, tant professionnelle qu'universitaire, vous m'avez aidé à surmonter cette étape incontournable. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma gratitude.

A Madame le Docteur Marielle PUECH

Je vous suis reconnaissante d'accepter de faire part de mon jury de thèse. Votre participation a d'autant plus de signification que vos enseignements lors des groupes d'échanges de pratique m'ont été très précieux. Je vous prie de bien vouloir accepter mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Didier RIGAL

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail au sein de mon jury de soutenance. Merci également de ton investissement lors de mes premiers pas en tant que médecin, tu es un maître de stage et un médecin généraliste exceptionnel.

Remerciements personnels

A Romain et Joachim, mes deux soleils, merci pour tout ce que vous m'apportez, chacun à votre manière.

A maman, merci, tu auras vraiment tout supporté à mes côtés ! Tu es extraordinaire et ta résilience est un exemple pour moi. A papa, merci pour ton soutien sans faille et bien entendu ta cuisine ! A Eva et Anenka, mes sœurs hors du commun, qui m'ont aidé et soutenu dans cette épreuve.

Merci à Claire, Marine, Bruno, Yann, Ondine, Léo et Dodo pour votre douceur, humour et soutien. Merci Juju Bout' pour ton soutien et tes conseils lors de la rédaction de cette thèse !

Merci à Alex, Audrey, Nina et Lorraine, vous êtes des amies extraordinaires.

Merci aux copains Orléanais pour le divertissement et pour les conseils avisés dans tous les domaines.

Merci à Jean-Michel et Michèle sans qui mes études n'auraient pas abouti !

Merci à tous les professionnels du cabinet de Saint Rome et en particulier Christiane, Elodie et Didier pour tout ce que vous m'apportez. Merci aux filles du CMPP, c'est un bonheur de travailler avec vous !

Merci à tous les maitres de stage qui m'ont permis de devenir le médecin que je suis, en particulier Paule pour tes conseils dermatologiques précieux. Merci à madame Coué qui a été d'une aide précieuse et qui l'est toujours.

Merci aux copains de l'internat et de l'externat, pour les fous rires et le soutien au cours des stages.

Un grand merci à madame Haudry et à madame Ferrand qui sont des secrétaires extraordinaires.

Et enfin, merci à tous ceux qui m'ont mis des bâtons dans les roues, pour m'avoir forcé à trouver des solutions, faire face et surmonter les difficultés.

Table des matières

GLOSSAIRE.....	2
I- INTRODUCTION	3
A. OBESITE PEDIATRIQUE	3
1) Définitions.....	3
2) Dépistage.....	3
3) Rôle du médecin généraliste.....	4
4) Objectif de prise en charge.....	5
5) Objectifs thérapeutiques.....	5
B. CONTEXTE.....	7
C. OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRE	8
II- MATERIEL ET METHODES.....	9
A. TYPE D'ETUDE ET POPULATION CIBLE.....	9
1) Type d'étude.....	9
2) Population cible	9
D. DEROULEMENT DE L'ETUDE	9
1) Démarches règlementaires	9
2) Recherche bibliographique.....	10
3) Elaboration du questionnaire.....	10
4) Diffusion	10
5) Recueil de données	10
III- RESULTATS	11
A. OBJECTIF PRINCIPAL : ETAT DES LIEUX	11
1) Diagramme de flux	11
2) Caractéristiques de la population	12
3) Caractéristiques et structures des consultations	13
4) Diagnostic, annonce et prise en charge	15
B. OBJECTIF SECONDAIRE : EFFICACITE RESSENTIE ET SATISFACTION PERSONNELLE	20
1) Evaluation de l'efficacité de la prise en charge	20
2) Evaluation de la satisfaction personnelle par rapport à la prise en charge.....	24
IV- DISCUSSION.....	26
A. LIMITES ET BIAIS	26
B. FORCE DE L'ETUDE.....	26
C. INTERPRETATION DES RESULTATS	27
1) Objectif principal.....	27
2) Objectif secondaire.....	30
V- CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEXES.....	35

GLOSSAIRE

AP : Activité Physique

ASALEE : Action de SANTé Libérale En Equipe

EAL : Exploration d'une Anomalie Lipidique

EM : Entretien Motivationnel

ETP : Éducation Thérapeutique Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

IGF-1 : Insulin-like Growth Factor 1

IMC : Indice de Masse Corporelle

IOTF : International Obesity Task Force

MG : Médecin Généraliste

MHD : Mesures Hygiéno-Diététiques

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NSP : Ne se prononce pas

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

RéPPOP : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

TSH : Thyroid-Stimulating Hormone

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

I- INTRODUCTION

A. OBESITE PEDIATRIQUE

1) Définitions

L'organisation mondiale de la santé définit l'obésité par une accumulation anormale excessive de graisse présentant un risque pour la santé (1).

C'est la résultante d'un déséquilibre de la balance énergétique apports-dépenses, dont l'étiologie est plurifactorielle : l'impact de la prédisposition génétique s'exprime dès lors qu'elle est modulée par d'autres facteurs environnementaux et notamment sociétaux (alimentation, sédentarité, insuffisance de sommeil, habitudes familiales, activités physiques, accès aux loisirs, politiques urbaines, contexte socio-économique). (2-5)

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) reflète la masse adipeuse, c'est une mesure simple qui doit être évaluée dans le dépistage et la surveillance du surpoids et de l'obésité. Il se calcule de la manière suivante (2,6) :

$$\text{IMC} = \text{poids} / \text{taille}^2$$

En France, les courbes de référence pour le suivi de la corpulence sont celles du Programme National Nutrition Santé, comprenant les seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF) (Annexe 1). Ainsi on fixe le seuil du surpoids par un IMC dépassant le 97ème percentile et l'obésité (qui est une forme sévère du surpoids) si l'IMC dépasse le seuil de l'IOTF-30 (2).

Chez l'enfant, l'IMC est variable selon l'âge et le sexe : avant un an, il est plutôt rond, puis s'affine avec l'acquisition de la marche, enfin on observe une remontée de la courbe d'IMC (rebond d'adiposité) vers 6 ans (3).

Cette pathologie peut générer de multiples complications de gravités variables (2,5,6) (Annexe 2), notamment orthopédiques (en particulier l'épiphysiolyse de la tête fémorale), cutanées et psychologiques (7,8).

2) Dépistage

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de « dépister tôt et de proposer une prise en charge précoce [...] afin d'éviter la constitution d'une obésité persistante et la survenue de complications métaboliques. » Chaque médecin de premier recours doit surveiller l'IMC au moins trois fois par an pour les enfants de moins de 2 ans et deux fois par an pour les plus âgés, avec une attention particulière pour les enfants avec facteurs de risque ou vivant dans des « familles en situation de vulnérabilité » (2).

Pour le dépistage, il faut peser, mesurer l'enfant, calculer son IMC (4,6) et tracer ces mesures dans le carnet de santé, pour faire le diagnostic et le repérage des signes d'alerte (Annexe 3) (2,9).

Chez un enfant en surpoids ou obèse, on mesure le périmètre abdominal ou « tour de taille ». Si le rapport tour de taille/taille est supérieur à 0,5, l'enfant présente une obésité abdominale : c'est un facteur de risque cardio-vasculaire et métabolique (10).

La HAS et les professionnels spécialisés dans la prise en charge de cette pathologie recommandent de faire une annonce claire, honnête avec tact et diplomatie. Cela demande de bien connaître l'enfant, son contexte familial, socio-économique et culturel, pour employer les mots les plus adaptés : « expliquer, rassurer, dédramatiser [et] déculpabiliser » et rendre l'annonce moins traumatisante (2,3). Le médecin peut s'aider des courbes staturo-pondérales, voire d'outils plus ludiques (image de la voiture et du carburant, l'illustration « retrouve ta route » de l'annexe 4 (11), etc.). Cette étape permet à l'enfant et sa famille de prendre le temps d'intégrer la problématique, de comprendre la situation et de s'engager dans la voie du changement.

Avant de commencer une prise en charge, il faut « explorer la représentation que l'enfant a de son corps et de son poids, [ainsi que] celle des parents » et « expliquer [...] les objectifs à long terme et les moyens de les atteindre » (2,4).

3) Rôle du médecin généraliste

La consultation initiale se fait en deux temps : l'examen clinique et le diagnostic éducatif.

L'examen clinique permet d'établir le diagnostic (importance, facteurs de risque, élimination d'une obésité endocrinienne ou syndromique¹), d'évaluer les comorbidités et les complications et de chercher les contre-indications à la pratique d'un sport (5).

Le diagnostic éducatif ou un entretien de compréhension permet de recueillir les informations concernant l'enfant, d'apprécier et d'encourager sa motivation au changement (2,12). Il faut aussi explorer les représentations, la motivation et la situation socio-économique des parents. Cela permet « d'identifier les leviers sur lesquels il est possible d'agir pour modifier les habitudes de vie » (2). La synthèse de l'entretien établit les difficultés, ressources et savoir-faire de l'enfant et permet de choisir des objectifs limités.

¹ Signes d'appels : ralentissement de la vitesse de croissance concomitante à l'établissement d'une obésité, présence de signes dysmorphiques ou malformatifs, changement rapide de couloir d'IMC.

Un bilan biologique (exploration des anomalies lipidiques (EAL), glycémie à jeun et transaminases) est prescrit dans deux situations : en cas de surpoids avec antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie et chez un enfant en situation d'obésité.

Un avis spécialisé est demandé en cas de suspicion d'obésité endocrinienne ou syndromique, d'obésité compliquée ou d'évolution très rapide (2).

La HAS recommande un suivi mensuel à trimestriel, d'au minimum deux ans, avec programmation des consultations de suivi, afin de renforcer la motivation des patients.

Chaque consultation permet d'évaluer la réussite, la pertinence et la difficulté à atteindre les objectifs fixés (12). Tous les déterminants doivent être travaillés avec l'enfant et sa famille, pour obtenir un changement durable. Le médecin doit aussi évaluer l'équilibre psychologique de l'enfant.

C'est aussi l'occasion de vérifier que le niveau de recours est toujours adapté à l'enfant. La HAS a défini trois niveaux de prise en charge (Annexe 5).

4) Objectif de prise en charge

L'objectif de la prise en charge est le ralentissement de la progression de la courbe de corpulence, en stabilisant ou ralentissant le poids durant la croissance (2), afin d'améliorer la qualité de vie et de prévenir les complications.

La perte de poids n'est pas un objectif en soi, sauf en cas de comorbidités sévères (intolérance au glucose ou diabète de type 2, troubles respiratoires et apnées du sommeil, complications orthopédiques ou hépatiques sévères) ou de handicap induit par l'obésité (2).

La HAS recommande de s'appuyer sur les principes de l'éducation thérapeutique afin d'encourager et d'accompagner l'enfant et sa famille vers le changement (2). Elle précise que « l'entretien motivationnel est [...] particulièrement utile en médecine générale lorsqu'on veut aborder un changement de comportement influençant la santé » (13).

5) Objectifs thérapeutiques

5.1 Diététique

Le médecin traitant rappelle l'importance du cadre parental et de la cohérence familiale et explore trois axes :

- Les informations alimentaires (5). Il peut s'aider du Programme National Nutrition Santé (PNNS) qui donne les repères qualitatifs et quantitatifs (14). Aucun aliment n'est interdit et les régimes amaigrissants sont contre-indiqués.
- Le comportement alimentaire : rythme, répartition, nombre, durée, contexte des repas, grignotage (2).
- Les sensations alimentaires : faim, rassasiement, satiété et envies.

5.2 Activité physique

Le médecin traitant doit encourager l'augmentation de l'activité physique (AP) et la réduction de la sédentarité (15). Il valorise les notions positives de l'AP (plaisir, rencontre, bien être).

La HAS recommande aux enfants de plus de six ans la pratique d'au moins « soixante minutes d'activité physique quotidienne modérée à intense » (16). Le médecin peut rédiger un certificat d'inaptitude partielle, voire un projet personnalisé de scolarisation, pour sensibiliser l'enseignant aux difficultés de l'enfant.

5.3 Temps d'écran et de sommeil

Le médecin explore le rythme de vie de l'enfant. L'entretien de compréhension évalue la consommation d'écran (temps passé, fréquence, type) et l'hygiène de sommeil (heures du coucher et du lever, activité pratiquée avant le coucher) (6,17).

Le psychiatre Serge Tisseron a élaboré des règles concernant le temps d'écran, reprises par l'Association Française de Pédiatrie (Annexe 6) (18). On recommande l'arrêt de toute exposition au moins une heure avant le coucher. Les enfants entre 5 et 11 ans ont besoin de dormir entre 9 et 11 heures par nuit et les adolescents d'au moins 8 heures.

5.4 Accompagnement psychologique

Le surpoids et l'obésité génèrent des troubles tels que mésestime de soi, culpabilité, souffrance liées aux remarques, difficultés à accepter le diagnostic ou suite à l'échec des prises en charge, etc. (3,6).

L'écoute empathique et le questionnement de l'enfant sont indispensables à l'évaluation de l'impact psychologique, pour déculpabiliser et apaiser les souffrances. Il faut évaluer l'état émotionnel, l'humeur, l'anxiété éventuelle, la présence de troubles du comportement alimentaire et l'environnement social et familial. L'état psychologique de

l'enfant est un aspect déterminant l'orientation vers un psychologue et/ou un pédopsychiatre, voire une équipe pluridisciplinaire (2).

Empathie et écoute active, valorisation, renforcement positif sont autant de savoir-être indispensables à la prise en charge de cette pathologie et font partie intégrante de l'Entretien Motivationnel (EM) (19).

B. CONTEXTE

A l'échelle mondiale, l'obésité pédiatrique a été multiplié par 10 au cours des quatre dernières décennies. En 2016, elle a progressivement augmenté pour atteindre 5,6 % chez les filles (50 millions) et 7,8 % (74 millions) chez les garçons, tous âges confondus (20).

Le constat actuel en France n'est pas moins alarmant : la prévalence du surpoids, chez les enfants entre 6 et 17 ans, s'élevait à 17 % en 2015 dont 3,9 % en situation d'obésité (21). En CM2 en 2014-2015, la prévalence atteignait les 18 % d'enfant en surpoids et 3.6 % en situation d'obésité. En 2017, 18 % des adolescents de troisième étaient en surpoids et 5 % étaient obèses (22).

Entre 2002 et 2015, la prévalence nationale a eu tendance à se stabiliser parmi les enfants de CM2, mais a augmenté chez les adolescents de troisième entre 2009 et 2017, notamment chez les filles (passant de 17 à 20 %) (22,23).

En 2015-2016 en Midi-Pyrénées, 6.6 % des enfants de grande section de maternelle étaient en surpoids dont 2.2 % en situation d'obésité. En classe de sixième, 13.4 % étaient en surpoids et 2.6 % en situation d'obésité (24).

L'obésité pédiatrique est une pathologie fréquente et grave, associée à une augmentation du risque de développer des maladies chroniques à l'âge adulte (obésité, diabète de type 2, hypertension, dyslipidémie, etc.) (25,26). C'est un enjeu majeur de santé publique en raison des conséquences physiques, psychiques et financières qu'elle génère.

En 2016, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) alertait sur l'augmentation de la prévalence au niveau mondial et fixait sa prise en charge parmi les objectifs prioritaires. Elle recommandait une action urgente des gouvernements pour mettre en place des politiques visant à la prévention et le traitement de l'obésité pédiatrique (27) et a lancé un

plan d'action mondial pour l'activité physique. La Commission européenne a aussi lancé un Plan d'Action de lutte visant à réduire l'obésité pédiatrique (28).

En 2001, le Gouvernement a mis en place le PNNS visant à l'amélioration de la santé de la population par l'amélioration la nutrition. Le PNNS est inscrit dans le code de Santé Publique à l'article L 3231-1 et définit la politique nutritionnelle du Gouvernement (29). Les actions proposées sont également inscrites dans le code rural et de la pêche maritime dans le plan national pour l'alimentation. En lien étroit avec le PNNS, le Gouvernement a élaboré une feuille de route visant à poursuivre les mesures proposées dans le plan Obésité de 2010-2013. Les axes de prise en charge soulignent l'importance du parcours de soin, notamment le rôle prépondérant des médecins de premier recours, mais aussi la nécessité de développer la formation des professionnels de santé (30).

Ainsi, le médecin généraliste (MG) a un rôle majeur dans la prise en charge de l'obésité pédiatrique : dépistage, annonce, suivi, coordination du parcours de soin. Elle constitue un challenge thérapeutique : longue, s'inscrivant dans un contexte de modification du mode de vie au sein d'une relation triangulaire médecin-parent-enfant. En parallèle, il doit gérer une multitude de pathologies, dans un contexte où la démographie médicale se clairseme. Il devient donc difficile de prendre en charge correctement le problème alarmant de la surcharge pondérale de l'enfant.

En connaissant les modalités de prise en charge de l'obésité pédiatrique par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées, cela permettrait de soulever les freins et les difficultés des médecins et ainsi dégager des solutions visant à améliorer la prise en charge de ce problème de santé publique.

C. OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRE

L'objectif principal de cette étude vise à caractériser les consultations de prise en charge de l'obésité pédiatrique afin d'établir un état des lieux des pratiques des médecins généralistes concernant : le diagnostic, l'annonce, le suivi et le recours aux niveaux 2 et 3 dans le cadre de la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique en Midi Pyrénées.

L'objectif secondaire cherche à évaluer l'efficacité subjective et la satisfaction, ressenties par les médecins généralistes de Midi Pyrénées vis-à-vis de leur prise en charge de l'enfant en surpoids ou obèse, en fonction de leurs méthodes de prise en charge.

II- MATERIEL ET METHODES

A. TYPE D'ETUDE ET POPULATION CIBLE

1) Type d'étude

Pour répondre à notre objectif principal, nous avons choisi d'effectuer une étude descriptive quantitative et transversale, réalisée au moyen d'auto-questionnaires anonymes.

2) Population cible

1.1 Critères d'inclusion

La population cible de cette étude est représentée par les médecins généralistes installés dans l'ex-région Midi-Pyrénées, exerçant une activité libérale ou mixte et assurant la prise en charge de l'obésité pédiatrique.

Cette prise en charge est faite au sein de leur cabinet libéral, avec ou sans l'aide d'une infirmière spécialisée dans l'Action de Santé Libérale En Equipe (ASALEE), d'une diététicienne, d'un enseignant en activité physique adaptée ou d'un atelier d'éducation thérapeutique patient (ETP).

1.2 Critères de non inclusion

Les médecins spécialistes : pédiatres, endocrinologues, médecins nutritionnistes et les MG remplaçants ont été exclus de cette étude.

B. DEROULEMENT DE L'ETUDE

1) Démarches réglementaires

Cette étude se faisant par questionnaires sans données médicales, elle n'entre pas dans le cadre de la loi Jardé relative à la Recherche Impliquant La personne Humaine. Conformément à la Méthodologie de la Recherche MR-004, nous nous sommes engagés « à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de la recherche » (31), via une déclaration faite auprès de la Commission Nationale Informatiques et Libertés.

Nous ne souhaitons pas publier, ainsi nous n'avons pas sollicité d'avis du comité éthique auprès du Collège National des Généralistes Enseignants.

2) Recherche bibliographique

Une recherche bibliographique préalable a été menée auprès des bases de données suivantes : SUDOC, Cairn.info, CISMef, Cochrane Library, EM Premium et Medline afin d'évaluer l'étendue des travaux abordant la prise en charge de l'obésité pédiatrique.

Les mots clefs, conformes au Medical Subject Headings (MeSH) étaient les suivants : *general practice, primary care, pediatric obesity, behavioral intervention, motivational interviewing.*

3) Elaboration du questionnaire

Nous avons rédigé un auto-questionnaire électronique à partir de Google Docs®. Il se composait de quarante-et-une questions, dont dix questions ouvertes et trente-et-une questions fermées, divisé en quatre parties (annexe 7).

La première partie recueillait les caractéristiques du MG et de son mode d'exercice, la deuxième concernait la structure de la consultation ainsi que l'efficacité ressentie de la prise en charge, la troisième abordait différents aspects de l'annonce et la consultation initiale et la quatrième questionnait le déroulement des consultations de suivi. Le passage à la question suivante n'était possible qu'après avoir répondu à la précédente.

Une première version du questionnaire a été présentée à ma directrice de thèse, le Dr Bourgeois. Nous avons procédé à plusieurs corrections du questionnaire, puis nous avons testé la version auprès d'un médecin nutritionniste pour évaluer la compréhension et la pertinence des questions, ce pré-test a abouti à de nouvelles modifications qui ont abouti à une version finale.

4) Diffusion

La version finale du questionnaire a été déposée à l'Union Région des Professionnels de Santé (URPS) des médecins d'Occitanie le 19 Janvier 2021. La commission recherche et thèse a donné son aval le 10 Juin 2021 et il a été diffusé à cette date à l'ensemble des médecins généraliste de l'ancienne région Midi Pyrénées via internet. La clôture des réponses au questionnaire a eu lieu le 10 Août 2021.

5) Recueil de données

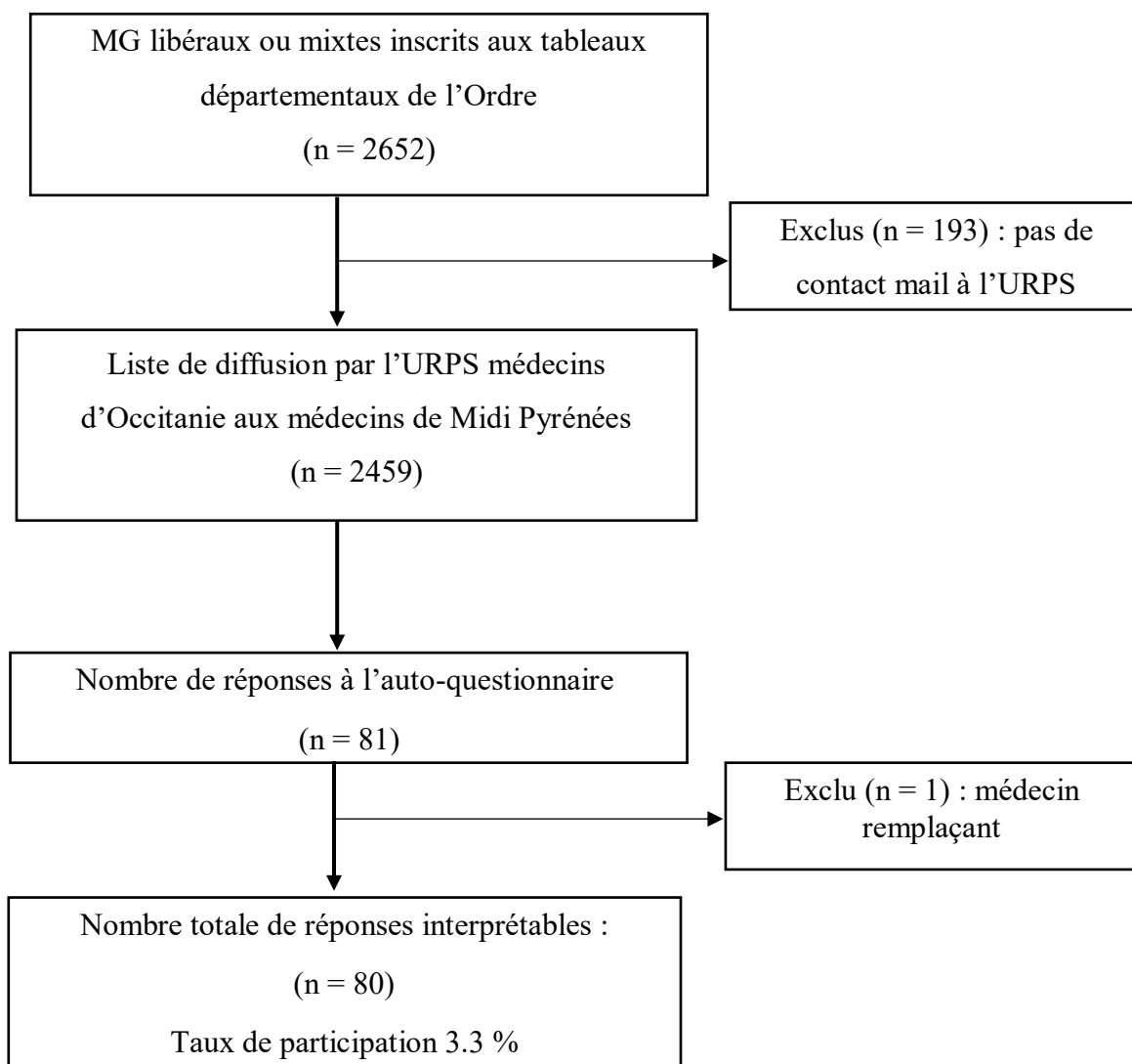
Nous avons recueilli 81 réponses anonymes de MG, sur Google Docs®. Les données ont été collectées puis analysées sur un tableur du logiciel Microsoft Excel 2019®. Les analyses statistiques ont été réalisées sur le tableur Excel.

III- RESULTATS

A. OBJECTIF PRINCIPAL : ETAT DES LIEUX

1) Diagramme de flux

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins recensait 2652 MG en activité libérale ou mixte, inscrits aux tableaux de l'Ordre Départementaux de l'ex région Midi-Pyrénées en 2021 (32). L'URPS a envoyé notre questionnaire par mail à 2459 MG. 81 MG ont répondu, 1 questionnaire a été exclu, soit un taux de participation de 3,3 %.



2) Caractéristiques de la population

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques

Variabes	Participants (%)
Age (n=80)	
30-39 ans	37 (46.25 %)
40-49 ans	18 (22.5 %)
50-59 ans	11 (13.75 %)
60-69 ans	13 (16 %)
> 70 ans	1 (1.25 %)
Sexe (n=80)	
Femme	57 (71.25 %)
Homme	23 (28.75 %)

Tableau 2 : Caractéristiques professionnelles

Variabes	Participants (%)
Milieu d'exercice (n=80)	
Urbain	26 (32.50 %)
Rural	25 (31.25 %)
Mixte	29 (36.25 %)
Mode d'exercice (n=80)	
Seul	39 (48.75 %)
Maison médicale	23 (28.75 %)
MSP	18 (22.50 %)
Durée d'installation (n=80)	
< 10 ans	44 (55 %)
10 à 19 ans	15 (18.75 %)
20 à 29 ans	9 (11.25 %)
> 30 ans	12 (15 %)

Tableau 3 : Formations complémentaires

Variabes	Participants (%)
<i>Formation sur le surpoids et l'obésité pédiatrique (n=80)</i>	
Oui	29 (36.25 %)
Non	51 (63.75 %)
<i>Formation en ETP (n=80)</i>	
Oui	19 (23.75 %)
Non	61 (76.25 %)
<i>Maître de stage (n=80)</i>	
Oui	44 (55 %)
Non	36 (45 %)

3) Caractéristiques et structures des consultations

3.1 Généralités

Tableau 4 : Généralités

Variabes	Participants (%)
<i>Nombre de patients par semaine (n=80)</i>	
< 100	39 (48.75 %)
Entre 100 et 149	35 (43.75 %)
> 150	6 (7.5 %)
<i>Nombre d'enfants de 3 à 16 ans par semaine (n=80)</i>	
< 10	8 (10 %)
Entre 10 et 19	36 (45 %)
Entre 20 et 29	22 (27.5 %)
Entre 30 et 39	9 (11.25 %)
> 40	5 (6.25 %)
<i>Nombre d'enfants en surpoids ou obèses vus par semaine (n=80)</i>	
< 2	42 (52.5 %)
Entre 2 et 5	29 (36.25 %)
Entre 6 et 9	8 (10 %)
NSP	1 (1.25 %)

3.2 Structure générale des consultations

Tableau 5 : Caractéristiques temporelles

Variabes	Participants (%)
<i>Temps de consultation sur la prise en charge de l'obésité pédiatrique (n=80)</i>	
< 20 minutes	7 (8.75 %)
20 à 30 minutes	61 (76.25 %)
31 à 45 minutes	9 (11.25 %)
> 45 minutes	1 (1.25 %)
Variable	2 (2.5 %)
<i>Fréquence des consultations de prise en charge de l'obésité pédiatrique (n=80)</i>	
1 fois par an	4 (5 %)
2 fois par an	8 (10 %)
3 fois par an	39 (48.75 %)
4 fois par an	19 (23.75 %)
Tous les mois	10 (12.5 %)

Concernant la répartition du temps de parole, 36.25% des MG déclarent parler au moins 50 % du temps de la consultation (et 2.5 % pendant au moins 70 % du temps).

18.75 % des participants disent répartir le temps de parole de manière à peu près équivalente entre les trois protagonistes du soin (MG/enfant/parent).

15 % des participants déclarent laisser le ou les parents parler à plus de 50 % du temps (avec 3.75 % des MG à plus de 75 % du temps).

10 % des participants disent laisser l'enfant parler à plus de 50 % du temps, (avec 2.5 % des MG à au moins 70 % du temps).

3.75 % des participants déclarent parler 25 % du temps et le reste du temps réparti entre l'enfant et les parents.

Enfin, 3.75 % des MG allèguent ne pas parvenir à évaluer leur temps de parole et 1 participant (soit 1.25%) précise que le temps de parole est très variable d'une consultation à l'autre.

4) Diagnostic, annonce et prise en charge

4.1 Diagnostic et annonce

Pour établir le diagnostic de surpoids ou d'obésité, l'IMC est mentionné par 100 % des participants. Le rapport tour de taille/taille est évoqué par 15 % des participants. 100 % des participants déclarent l'annoter dans le carnet de santé.

Lorsque l'IMC est problématique, les participants disent évoquer le sujet systématiquement dans 42.5 % des cas, souvent dans 48.75 % des cas, parfois dans 8.75 % des cas et jamais dans 0 % des cas.

Pour faire l'annonce, la majorité des MG déclarent utiliser le positionnement sur les courbes (48.75%). Pour expliquer le diagnostic et son implication pour la santé 33.75 % des participants disent utiliser des termes médicaux (surpoids, obésité, maladie, etc.), tandis que 15 % disent utiliser des termes profanes (« tu es trop gros », « tu te portes trop bien », « costaud », etc.) dont 2.5 % disent employer les mots évoqués par l'enfant.

3.75 % des participants disent utiliser des images pour faire l'annonce (« piste de ski et hors-piste », « chenille qui s'allonge », « sortie de route »).

7.5 % des participants précisent qu'ils n'utilisent que rarement voire jamais les mots « surpoids », « obèse » ou « obésité ».

A l'inverse, 8.75 % des réponses mentionnent que c'est l'enfant qui fait l'annonce, parfois en commentant lui-même les courbes, et que le MG confirme ensuite.

3.75 % des participants disent préciser que l'annonce est très variable selon les caractéristiques de l'enfant.

Pour faire l'annonce, 62.5 % des participants déclarent utiliser un ou plusieurs outils en particulier. Les outils mentionnés sont les courbes de poids, taille et IMC (carnet de santé ou logiciel) par 38.75 % des participants. A noter que parmi eux, un participant déclare qu'il ajoute le rapport taille/tour de taille et un participant parle du rebond d'adiposité précoce et utilise des examens biologiques (TSH, glycémie à jeun et EAL +/- IGF 1) pour compléter le diagnostic.

21.25 % des médecins interrogés disent qu'ils dédramatisent le diagnostic.

Une fois le diagnostic posé, l'enfant est vu seul systématiquement dans 1.25 % des cas, souvent dans 12.5 % des cas, parfois dans 37.5 % des cas et jamais dans 50 % des cas.

Tableau 6 : Critères évoqués pour voir l'enfant seul

Critères mentionnés	Participants (%)
Critères principaux (n = 36)	
Age	17 (45.95 %)
Relation parent-enfant rendant l'entretien difficile	11 (29.73 %)
Souhait de l'enfant	8 (21.6 %)
Critères mineurs (n = 9)	
Souhait d'établir une relation de qualité avec l'enfant	2 (5.41 %)
Evolution des données staturo-pondérales	2 (5.41 %)
Suspicion de trouble du comportement alimentaire	1 (2.70 %)
Souhait de comprendre le vécu de l'enfant	1 (2.70 %)
Souhait de garantir le secret médical de l'enfant	1 (2.70 %)
Enfant semblant réticent au diagnostic	1 (2.70 %)
Impression du médecin	1 (2.70 %)

Les réponses telles que : « parents monopolisant le temps de conversation », « difficultés de l'enfant à s'exprimer devant ses parents », « relation parents-enfant conflictuelle », suspicion de « problèmes familiaux » sont regroupées sous le terme « relation parent-enfant rendant l'entretien difficile ».

La demande de l'accord des parents pour voir l'enfant seul est mentionnée dans 2.70 % des réponses.

4.2 Consultation initiale

Une fois l'annonce diagnostique faite, 20 % des participants disent expliquer l'objectif de la prise en charge. 7.5 % et 2.5% des MG déclarent que cet objectif vise respectivement à prévenir les complications et à améliorer la qualité de vie.

83.75% des MG de l'étude déclarent questionner l'enfant sur ce qu'il souhaite faire. 28.75 % des participants disent explorer le déni de l'enfant et 8.75 % celui des parents (« est-ce qu'ils le savent ? », « conscients », « qu'est-ce que tu en penses ? »).

17.5 % des participants déclarent préciser que la prise en charge sera longue, par exemple en soulignant l'importance d'un suivi régulier.

90 % des participants disent qu'ils expliquent aux enfants ce qu'il faut faire, tandis que 85 % déclarent expliquer les recommandations à proprement parler à l'enfant. Il est rarement dit à l'enfant qu'il a une mauvaise hygiène de vie (8.75% des participants). La majorité des participants (96.25 %) disent qu'ils expliquent les recommandations aux parents.

Tableau 7 : explications données par le MG lors de la consultation initiale

Explications	Participants (%)
Conséquences de la maladie	9 (11.25 %)
Bénéfices de la mise en place des MHD	5 (6.25 %)
<i>Dont bénéfice sur l'aspect psychologique</i>	1 (1.25 %)
Composante génétique	1 (1.25 %)

Afin d'établir le diagnostic éducatif, 83.75 % des MG déclarent questionner l'enfant sur ce qu'il sait. 3.75 % des participants disent demander à l'enfant s'il connaît l'origine de son surpoids.

Les participants disent questionner l'enfant et ses parents sur plusieurs aspects, pour comprendre qui il est et comment le foyer fonctionne :

- 5% des participants déclarent questionner les antécédents personnels et familiaux du surpoids,
- 48.75 % des participants disent explorer l'alimentation de l'enfant. Parmi ceux-ci 17.95 % disent questionner précisément ce qu'il mange ou boit, 33.33 % déclarent questionner le comportement alimentaire (« grignotage », « structure des repas »), 1 seul participant (soit 2.56 %) dit explorer les sensations alimentaires et 1 participant dit proposer une enquête alimentaire.
- 42.5 % des participants déclarent explorer l'activité physique,
- 15% disent questionner l'enfant sur son temps passé devant les écrans,
- 3.75% déclarent explorer le sommeil de l'enfant,
- 23.75 % des participants disent explorer le retentissement psychologique, 16.25 % déclarent explorer les relations avec les pairs ou la scolarité de ces enfants et 7.5 % disent explorer les relations intra familiales et le fonctionnement parental.

Au décours de cet entretien de compréhension, 82.5% déclarent explorer les motivations de l'enfant. 25 % disent demander au cours de l'entretien ce que l'enfant peut changer ou disent explorer les pistes et solutions envisageables pour la modification du mode de vie. 6.25% des participants disent questionner l'enfant sur son stade de changement. 1 participant dit explorer les facteurs facilitants et les freins au changement et un autre 1 participant déclare évoquer les efforts qui ont déjà été faits.

A noter qu'un participant dit proposer une consultation dédiée uniquement au diagnostic éducatif.

Durant la consultation, 3.75 % des participants déclarent proposer des examens complémentaires.

En fin de consultation initiale, 7.5 % des participants disent fixer d'emblée des objectifs.

Puis 13.75 % des participants déclarent proposer un suivi, voire fixer un rendez-vous et parmi eux, un seul déclare proposer à l'enfant de lui laisser du temps de la réflexion.

Enfin, 13.75 % disent qu'ils proposent, voire adressent directement à d'autres partenaires (premier, second ou troisième recours : infirmière ASALEE, diététicienne, pédiatre, Réseau de Prévention et de Prise en Charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP), programme TAKAPHER (Tout sur l'Alimentation, les Kilos, l'Activité PHysique, Éducation et Recette), centre Paul Dottin, réseau local).

4.3 Consultations de suivi

4.3.1 Généralités

Tableau 8 : Conditions de suivi

Paramètre	Participants (%)
<i>Rendez-vous de suivi fixé par le MG (n = 80)</i>	
Oui	63 (78.75 %)
Non	17 (21.25 %)
<i>Retours spontanés (n = 80)</i>	
Oui	38 (47.5 %)
Non	42 (52.5 %)

4.3.2 Déroulement

Lors des consultations de suivi, la discussion avec l'enfant permet de faire le point sur plusieurs choses.

L'entretien avec l'enfant est l'occasion pour 82.5 % des participants d'évaluer les mesures hygiéno-diététiques (MHD) mises en place et l'atteinte des objectifs. 31.25% des participants disent évaluer précisément les difficultés que ces changements ont générées, tandis que 5 % déclarent poser directement la question des facilités ressenties lors de leur mise en place.

12.5 % des participants disent évaluer l'acceptation et/ou l'adhésion aux mesures de l'enfant et 12.5 % sa motivation à maintenir les MHD.

Enfin, 55 % des MG déclarent évaluer l'équilibre psychologique de l'enfant et 2.75 % disent qu'ils questionnent le lien social ou le retentissement scolaire.

Lors de l'entretien, 22.5 % des participants déclarent questionner les parents sur leur investissement et le soutien apporté à l'enfant.

18.75 % des MG déclarent demander s'ils ont observé un changement chez leur enfant.

72.5 % des participants disent évaluer la mise en place des MHD par les parents, parmi eux 22.6 % des MG déclarent questionner spécifiquement sur les difficultés vis-à-vis de ces changements et 11.25 % sur les modifications de l'organisation familiale (« courses », « heures des repas », etc.).

32.5 % des MG disent explorer le ressenti du ou des parents vis-à-vis de leur enfant ou des changements mis en place et 7.5 % déclarent s'intéresser à l'équilibre de la structure familiale (« ambiance familiale », « conflits », etc.)

Lors des consultations de suivi, 51.25 % des participants précisent qu'ils recherchent une évolution des mesures anthropométriques.

4.3.3 Etapes de la consultation

Concernant le détail des étapes de la consultation de suivi, 28.75 % des participants disent qu'ils procèdent à un entretien, un examen clinique puis fixent de nouveaux objectifs (parmi ceux-ci, 4 participants proposent un rendez-vous de suivi).

16.25 % des MG déclarent faire un entretien, un examen clinique et puis une conclusion, parmi eux, 1 MG précise qu'il propose un rendez-vous de suivi et 2 que la conclusion consiste à donner des conseils, les autres ne précisent pas ce qui est dit dans la conclusion.

17.5 % des participants déclarent procéder uniquement à un entretien puis un examen clinique.

5 % disent faire seulement un entretien pendant les rendez-vous de suivi, qui sont aussi l'occasion de redonner des conseils à l'enfant et ses parents. 2.5 % déclarent donner des conseils, fixer des objectifs puis proposer un suivi.

2.5 % des participants déclarent proposer uniquement un suivi.

3.75 % des participants précisent qu'ils n'ont pas d'étapes prédéfinies mais que la consultation varie selon différents paramètres (comme l'âge de l'enfant par exemple).

20 % des réponses sont ininterprétables (« question non comprise », « ? », « NSP », etc.)

Là encore, 5 % des participants précisent qu'ils adressent aux partenaires locaux (« RéPPOP », « infirmière ASALEE »).

10 % des participants déclarent que les rendez-vous de suivi sont l'occasion d'encourager, motiver, valoriser l'enfant.

B. OBJECTIF SECONDAIRE : EFFICACITE RESSENTIE ET SATISFACTION PERSONNELLE

1) Evaluation de l'efficacité de la prise en charge

L'efficacité ressentie par rapport à la prise en charge sur la mise en place de MHD est répartie sur trois intervalles, sur une échelle de 0 à 10 :

- 22.5 % des participants se situent entre 0 et 3 (respectivement 1.25 % à 0, 5 % à 1, 8.75 % à 2 et 7.5 % à 3).
- La majorité des participants (65 %) se positionnent entre 4 et 6 (20 % à 4, 31.25 % à 5 et 13.75 % à 6).
- Le reste (12.5 %) évalue cette satisfaction entre 7 (8.75 %) et 8 (3.75 %) au maximum.

De même, sur l'efficacité ressentie par rapport à la prise en charge sur la diminution de l'IMC :

- 22.5 % des participants se situent entre 0 et 3 (respectivement 2.5 % à 0, 2.5 % à 1, 7.5 % à 2 et 10 % à 3).
- La majorité des participants (66.25 %) se positionnent entre 4 et 6 (20 % à 4, 27.5 % à 5 et 18.75 % à 6).
- Le reste (11.25 %) évalue cette satisfaction entre 7 (7.5 %) et 8 (3.75 %) au maximum.

Enfin, l'efficacité ressentie par rapport à la prise en charge sur la qualité de vie de l'enfant est répartie de la manière suivante :

- 17.5 % des participants se situent entre 0 et 3 (respectivement 2.5 % à 0, 2.5 % à 1, 8.75 % à 2 et 3.75 % à 3).
- La grande majorité des participants (66.25 %) se positionnent entre 4 et 6 (26.25 % à 4, 25 % à 5 et 15 % à 6).
- Le reste (16.25 %) évalue cette satisfaction entre 7 (12.5%), 8 (2.5 %) et 9 (1.25 %).

Nous proposons de qualifier une évaluation se situant entre 0 et 3 de faible, entre 4 et 6 de moyenne et entre 7 et 10 de forte et faisons une moyenne sur les notes auto-attribuées sur la satisfaction personnelle liée à la prise en charge, la mise en place des MHD et la diminution de l'IMC.

Le tableau 9 illustre l'évaluation de l'efficacité personnelle de la prise en charge selon que les participants disent avoir fait ou pas une formation sur l'obésité pédiatrique et en ETP.

Tableau 9 : évaluation de l'efficacité personnelle de la prise en charge selon la formation en surpoids/obésité pédiatrique et en ETP

Formations	Evaluation de l'efficacité n (%)		
	<i>Faible</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Forte</i>
<i>Sur l'obésité pédiatrique</i>			
Effectuée (n = 30)	4 (13.3 %)	21 (70 %)	5 (16.7 %)
Non effectuée (n = 50)	11 (22 %)	32 (64 %)	7 (14 %)
<i>Sur l'ETP</i>			
Effectuée (n = 19)	1 (5.3 %)	14 (73.7 %)	4 (21 %)
Non effectuée (n = 61)	14 (23 %)	38 (62.3 %)	9 (14.8 %)

Nous proposons de classer les évaluations d'efficacité personnelle des MG selon les conditions de suivi déclarées (rendez-vous fixé ou non, retour spontané ou non) dans le tableau 10.

Tableau 10 : évaluation de l'efficacité personnelle de la prise en charge selon les conditions du suivi (fixation d'un rendez-vous de suivi et retour spontané)

Conditions du suivi	Evaluation de l'efficacité n (%)		
	<i>Faible</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Forte</i>
<i>Rendez-vous de suivi fixé</i>			
Oui (n = 63)	9 (14.3 %)	42 (66.7 %)	12 (19 %)
Non (n = 17)	4 (23.5 %)	13 (76.5 %)	0 (0 %)
<i>Retour spontané</i>			
Oui (n = 38)	4 (10.5 %)	30 (79 %)	4 (10.5 %)
Non (n = 42)	9 (21.4 %)	25 (59.5 %)	18 (19.1 %)

Si l'on classe la fréquence des consultations en trois tranches : entre 1 et 2 consultations par an, entre 3 et 4 par an et 12 par an, les répartitions des évaluations de l'efficacité sont les suivantes (tableau 11).

Tableau 11 : évaluation de l'efficacité personnelle de la prise en charge selon la fréquence des consultations

Fréquence du suivi	Evaluation de l'efficacité n (%)		
	<i>Faible</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Forte</i>
<i>1 à 2 fois par an (n = 12)</i>	1 (8.3 %)	9 (75 %)	2 (16.7 %)
<i>3 à 4 fois par an (n = 58)</i>	11 (19 %)	40 (69 %)	7 (12 %)
<i>12 fois par an (n = 10)</i>	1 (10 %)	6 (60 %)	3 (30 %)

Le tableau 12 montre la séparation entre les MG qui disent questionner l'enfant sur ses connaissances de la maladie, son souhait et sa motivation et ceux qui ne le font pas.

Tableau 12 : évaluation de l'efficacité personnelle de la prise en charge en fonction du questionnement des connaissances, du souhait et de la motivation de l'enfant

Questionnement de l'enfant	Evaluation de l'efficacité n (%)		
	<i>Faible</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Forte</i>
<i>Sur ses connaissances</i>			
Oui (n = 69)	12 (17.4 %)	45 (65.2 %)	12 (17.4 %)
Non (n = 11)	1 (9.1 %)	10 (90.9 %)	0 (0 %)
<i>Sur son souhait</i>			
Oui (n = 68)	11 (16.2 %)	45 (66.2 %)	12 (17.6 %)
Non (n = 12)	2 (16.7 %)	10 (83.3 %)	0 (0%)
<i>Sur sa motivation</i>			
Oui (n = 67)	10 (14.9 %)	47 (70.2 %)	10 (14.9 %)
Non (n = 13)	3 (23.1 %)	8 (61.5 %)	2 (15.4 %)

Enfin, si l'on sépare les MG selon qu'ils disent expliquer les MHD aux enfants et aux parents, on obtient les pourcentages suivants (tableau 13)

Tableau 13 : évaluation de l'efficacité personnelle de la prise en charge selon les explications des MHD à l'enfant et à leurs parents

Explication des MHD	Evaluation de l'efficacité n (%)		
	<i>Faible</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Forte</i>
<i>A l'enfant</i>			
Oui (n = 68)	12 (17.7 %)	46 (67.6 %)	10 (14.7 %)
Non (n = 12)	2 (16.7 %)	9 (75 %)	1 (8.3 %)
<i>A ses parents</i>			
Oui (n = 77)	12 (15.6 %)	54 (70,1 %)	11 (14.3 %)
Non (n = 3)	0 (0 %)	3 (100 %)	0 (0 %)

2) Evaluation de la satisfaction personnelle par rapport à la prise en charge

La satisfaction personnelle retirée de la prise en charge est répartie de la même manière sur trois intervalles, sur une échelle de 0 à 10 /

- 36.25 % l'évalue entre 0 et 3 (respectivement 6.25 % à 0, 5 % à 1, 10 % à 2 et 13.25 % à 3).
- La majorité des participants (52.5 %) l'évalue entre 4 et 6 (18.75 % à 4, 20 % à 5 et 13.75 % à 6).
- Le reste (11.25 %) évalue leur efficacité entre 7 (5 %) et 8 (6.25 %).

Tableau 14 : évaluation de la satisfaction retirée de la prise en charge selon la formation en surpoids/obésité pédiatrique et en ETP

Formation	Evaluation de l'efficacité n (%)		
	<i>Faible</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Forte</i>
Sur l'obésité pédiatrique			
Effectuée (n = 30)	7 (23.3 %)	17 (56.7 %)	6 (20 %)
Non effectuée (n = 50)	22 (44 %)	25 (50 %)	3 (6 %)
Sur l'ETP			
Effectuée (n = 19)	6 (31.6 %)	11 (57.9 %)	2 (10.5 %)
Non effectuée (n = 61)	23 (37.7 %)	31 (50.8 %)	7 (11.5 %)

Tableau 15 : évaluation de la satisfaction retirée de la prise en charge selon les conditions du suivi

Conditions du suivi	Evaluation de l'efficacité n (%)		
	<i>Faible</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Forte</i>
Rendez-vous de suivi fixé			
Oui (n = 63)	20 (31.7 %)	34 (54 %)	9 (14.3 %)
Non (n = 17)	11 (64.7 %)	6 (35.3 %)	0 (0 %)
Retour spontané			
Oui (n = 38)	10 (26.3 %)	23 (60.5 %)	5 (13.2 %)
Non (n = 42)	21 (50 %)	17 (40.5 %)	4 (9.5 %)

Tableau 16 : évaluation de la satisfaction retirée de la prise en charge selon la fréquence des consultations

Fréquence du suivi	Evaluation de l'efficacité n (%)		
	<i>Faible</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Forte</i>
<i>1 à 2 fois par an (n = 12)</i>	6 (50 %)	5 (41.7 %)	1 (8.3 %)
<i>3 à 4 fois par an (n = 58)</i>	20 (34.5 %)	31 (53.5 %)	7 (12 %)
<i>12 fois par an (n = 10)</i>	5 (50 %)	4 (40 %)	1 (10 %)

Tableau 17 : évaluation de la satisfaction retirée de la prise en charge en fonction du questionnement des connaissances, du souhait et de la motivation de l'enfant

Questionnement de l'enfant	Evaluation de l'efficacité n (%)		
	<i>Faible</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Forte</i>
<i>Sur ses connaissances</i>			
Oui (n = 69)	24 (34.8 %)	36 (52.2 %)	9 (13 %)
Non (n = 11)	7 (63.6 %)	4 (36.4 %)	0 (0 %)
<i>Sur son souhait</i>			
Oui (n = 68)	25 (36.8 %)	34 (50 %)	9 (13.2 %)
Non (n = 12)	6 (50 %)	6 (50 %)	0 (0%)
<i>Sur sa motivation</i>			
Oui (n = 67)	22 (32.8 %)	37 (55.2 %)	8 (12 %)
Non (n = 13)	8 (61.5 %)	4 (30.8 %)	1 (7.7 %)

Tableau 18 : évaluation de la satisfaction retirée de la prise en charge en fonction des explications des MHD à l'enfant et à leurs parents

Explication des MHD	Evaluation de l'efficacité n (%)		
	<i>Faible</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Forte</i>
<i>A l'enfant</i>			
Oui (n = 68)	25 (36.8 %)	33 (48.5 %)	10 (14.7 %)
Non (n = 12)	6 (50 %)	6 (50 %)	0 (0 %)
<i>A ses parents</i>			
Oui (n = 77)	27 (35.1 %)	41 (53.2 %)	9 (11.7 %)
Non (n = 3)	3 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

IV- DISCUSSION

A. LIMITES ET BIAIS

Notre étude comporte plusieurs limites et biais.

Tout d'abord, le peu de réponses obtenues, recueillies sur un temps court : notre période de recueil s'étendait sur un mois. La période de diffusion et la situation sanitaire liée à l'épidémie de SARS-CoV 2 de l'année 2020-2021 ont probablement freiné l'accès de mon questionnaire aux médecins généralistes puisque les préoccupations étaient tournées vers des problématiques plus actuelles. Les élections à l'URPS ont aussi freiné la diffusion de notre questionnaire aux médecins généralistes. Prolonger notre recherche plus longtemps aurait peut-être permis d'obtenir un échantillon plus important voire des différences entre les réponses significatives.

De plus, il est possible que les MG qui ont répondu soient plus intéressés ou se sentent plus concernés par la problématique de l'obésité pédiatrique (biais de volontariat).

Ensuite, l'analyse des réponses a été faite par un seul chercheur, ce qui ne permet pas de recouper les réponses entre elles. Certaines questions sont des questions ouvertes, ce qui entraîne deux biais supplémentaires. Le premier correspond à la nécessité de catégoriser qui restreint nécessairement la précision des réponses. Le deuxième est lié à l'interprétation de certains mots ou expressions, qui peuvent être compris à double sens.

Enfin, le questionnaire a omis certains aspects des recommandations. En particulier, les questions abordant l'examen clinique et les partenaires sur qui les MG peuvent se reposer. Cependant beaucoup de participants ont spontanément évoqué l'examen clinique et un certain nombre a aussi mentionné l'absence de questions sur les réseaux et les infirmières ASALEE. Cette dernière en particulier introduit un biais important puisque certains médecins généralistes leur délèguent la prise en charge et n'évaluent l'enfant qu'une fois par an pour évoquer ce suivi.

B. FORCES DE L'ETUDE

La population cible de notre étude était représentée par les médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées. L'échantillonnage a été fait de manière aléatoire, grâce à la diffusion par l'URPS médecins d'Occitanie. Ceci a permis une plus grande représentativité de l'hétérogénéité de la région, dans le sens où les médecins exerçaient aussi bien en milieu rural, qu'urbain ou mixte.

Nous avons volontairement choisi une diffusion par courrier électronique afin que les médecins puissent répondre au moment qui leur semblait le plus opportun et sans avoir de coût supplémentaire, tant pour le chercheur que pour le répondant.

Dans la littérature, peu d'études explorent les pratiques des MG dans la prise en charge de l'obésité pédiatrique. Celles qui le font, n'interrogent pas ou superficiellement l'aspect relationnel et communicationnel de cette prise en charge. De plus ces études interrogent tous les acteurs de soins primaires (incluant les pédiatres), or nous avons ciblé les médecins généralistes seuls.

Notre étude interrogeait uniquement des MG, dont la majorité exerçaient depuis plus de 5 ans. A Toulouse, la formation des internes de médecine générale intégrant quarante heures d'ETP est mise en place depuis 5 ans. En ce sens, notre étude est plutôt inédite et représente un état des lieux initial intéressant. En effet, elle pourrait permettre d'évaluer l'impact de cet enseignement à distance de celui-ci, voire d'envisager des perspectives différentes en termes de formation initiale au sein d'autres facultés qui n'ont pas mis en place ce type d'enseignement.

C. INTERPRETATION DES RESULTATS

1) Objectif principal

La majorité des participants suivent les grandes lignes des recommandations d'un point de vue théorique en ce qui concerne le dépistage, le diagnostic (IMC) et la prise en charge (mesures hygiéno-diététiques). Cependant, peu d'entre eux suivent les recommandations d'un point de vue pratique et en particulier celles liées à la communication dans la relation médecin-patient. Ainsi, la majorité des participants semblent insuffisamment exercés aux choix des mots lors de l'annonce. Beaucoup utilisent plutôt un vocabulaire médical que des « termes adaptés à l'enfant/l'adolescent et à sa famille » (33) ; peu de MG dédramatisent le diagnostic ; et peu d'entre eux expliquent les objectifs de la prise en charge. De plus, peu de participants explorent le déni du parent et/ou de l'enfant sur l'existence de son problème et donc proposent à l'enfant de lui laisser le temps d'accepter l'annonce. Bien que la majorité questionnent les souhaits, les connaissances et les motivations de l'enfant et expliquent les MHD lors de la consultation initiale, ces points sont rarement approfondis ou retravaillés dans les consultations de suivi. Peu de participants fixent des objectifs aux enfants.

Ainsi, une étude de 2013 évaluant les pratiques des médecins dans la prise en charge de l'obésité pédiatrique dans 4 pays européens, dont la France (34), souligne une mise en œuvre

insuffisante des recommandations pour la prise en charge de l'obésité. Ces observations semblent correspondre aux conclusions d'une étude menée aux Etats-Unis en 2012 (35) qui conclue que la majorité des médecins connaissent les recommandations et adhèrent à 60 % des recommandations.

Concernant la fréquence des consultations, la majorité des médecins généralistes voient leurs patients régulièrement, ce qui correspond aux recommandations de la HAS. Ce constat est aussi retrouvé dans une revue systématique de la littérature de 2011 (36). Elle souligne que les résultats sur l'IMC sont significatifs lorsque les enfants voient leurs médecins généralistes au minimum cinq fois durant toute la prise en charge. Cependant dans cette étude, les résultats sur la corpulence sont significatifs chez les enfants ayant plus d'un contact par semaine avec un professionnel de santé, dont au moins une séance d'activité physique par semaine. Cette prise en charge semble impossible en médecine générale (mais envisageable en équipe pluridisciplinaire). Dans cette étude, il n'est pas retrouvé de preuve significative sur la durée de l'intervention, cependant une intervention de moins de 20 minutes nous semble peu optimale pour une consultation de prise en charge de l'obésité pédiatrique en soins primaires.

La HAS a évalué l'efficacité et l'efficience de l'ETP dans les maladies chroniques en 2018 (37). Bien qu'elle étudie la prise en charge de l'obésité chez l'adulte, elle montre un bénéfice, d'autant plus important que les interventions éducatives sont multiples, comportant au minimum une éducation diététique associée à de l'exercice physique, intensives et poursuivies dans le temps (12 à 24 mois). Or dans notre étude, peu de participants sont formés à l'ETP pour les enfants en situation d'obésité. Une revue systématique de la littérature publiée en 2011 (36) montrait l'efficacité de la prise en charge de l'obésité pédiatrique lorsque les professionnels de santé (médicaux, paramédicaux et diététiciens) avaient bénéficié d'une formation spécifique sur l'obésité pédiatrique. De même, l'étude de 2013 menée dans les 4 pays européens soulignait l'importance de bénéficier d'une formation avancée, non seulement en conseils diététiques, mais aussi dans la prise en charge psychologique et la communication. Une revue de la littérature de 2017 (38) montre que la formation des professionnels qui réalisent l'intervention est un facteur associé à de meilleurs résultats sur la réduction de l'obésité pédiatrique.

Lors de l'entretien de compréhension, la majorité des médecins explorent principalement l'alimentation, l'activité physique et l'équilibre psychologique, qui sont les domaines d'intervention principaux, mais ne semblent pas aborder certaines sphères de la vie de

l'enfant (temps passé devant les écrans et de sommeil, conditions socio-économiques, etc.). Pourtant, une étude de 2019 (39) met en évidence l'impact des écrans et d'un sommeil insuffisant dans la constitution de l'obésité. D'autre part, une revue systématique de la littérature publiée en 2017 (38) met en évidence l'impact des facteurs sociodémographiques et socio-économiques dans la prise en charge de l'obésité pédiatrique.

De plus, lors de la prise en charge et des consultations de suivi, une minorité de médecins questionnent l'enfant sur ce qu'il peut changer, le valorisent, renforcent sa motivation et fixent des objectifs. Une revue systématique de la littérature de 2011 (36) montrent que la majorité des interventions efficaces ont déclaré avoir recours à une combinaison de conseils ou éducation, distribution de ressources écrites et motivation ou soutien afin d'influencer le changement de comportement. Ces compétences font partie intégrante de la pratique de l'entretien motivationnel et plusieurs études mettent en évidence son efficacité. Une revue systématique de la littérature de 2015 (40) a démontré une réduction significative de l'IMC lorsque le professionnel de santé utilise l'EM lors de ses consultations de prise en charge de l'obésité pédiatrique.

Concernant le recours aux partenaires, le rôle des infirmières ASALEE est mentionné par seulement quelques participants (puisque non abordé dans le questionnaire). En effet, les infirmières ASALEE sont formées à l'ETP et l'obésité pédiatrique fait partie de leurs objectifs de prise en charge. Le recours aux infirmières ASALEE est d'ailleurs évoqué dans une thèse sur les connaissances des internes de MG sur l'obésité pédiatrique (41). Une autre thèse évalue la satisfaction des patients pris en charge par les infirmières ASALEE (42), ils se disent satisfaits de leurs interventions. D'autres avantages d'ordre quantitatif sont soulevés : les patients apprécient qu'elles prennent le temps (l'intervention durant environ une heure) et leur recours dégage du temps au médecin généraliste.

Les niveaux de recours pluridisciplinaire sont peu évoqués par les MG, mais semblent guidés par le souhait de mettre en place une prise en charge globale, ce résultat est également retrouvé dans une thèse similaire (43). Une revue systématique de la littérature de 2018 (44) spécifie que la gestion de l'obésité pédiatrique implique une approche intégrée des soins (c'est-à-dire étant coordonnés entre les professionnels, les établissements et les réseaux) pour apporter des changements importants.

2) Objectif secondaire

La majorité des MG (65 %) estiment comme étant moyenne (entre 4 et 6) l'efficacité de leur prise en charge sur la mise en place des MHD, sur la diminution de l'IMC (66.25 %), sur l'amélioration de qualité de vie de l'enfant (66.25 %), mais aussi leur satisfaction personnelle vis-à-vis de leur prise en charge de l'obésité pédiatrique.

Une étude de 2011 (45) a évalué 96 médecins sur la prévention, le dépistage et la prise en charge des enfants en situation de surpoids ou d'obésité pédiatrique. Il y est retrouvé que même si la plupart des praticiens se sentent capables de conseiller les enfants et leurs familles sur cette pathologie, la majorité estime que leurs conseils ne sont pas efficaces. Dans une étude de 2013 (34), seuls 31.2 % des médecins français estimaient avoir un niveau de compétence suffisant pour gérer efficacement l'obésité infantile

De plus, dans une étude de 2012 (35), l'auto-efficacité mesurée par les participants était significativement corrélée à l'adhésion aux recommandations. Les médecins précisent dans cette étude (35) qu'une formation sur les méthodes efficaces pour augmenter la motivation permettrait une meilleure gestion de l'obésité pédiatrique et ainsi améliorer leur sentiment d'efficacité personnelle. De même, une étude de 2018 menée dans des centres de soins (46) a démontré qu'une brève formation à la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique permettait une amélioration du sentiment d'auto-efficacité. Une autre étude de 2020 (47), démontre elle aussi qu'une formation accrue sur l'obésité améliore la confiance des médecins dans leur prise en charge de l'obésité.

V- CONCLUSION

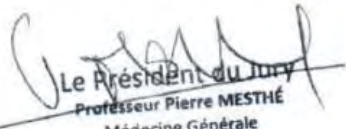
L'état des lieux réalisé dans cette étude, bien qu'assez peu représentatif des médecins généralistes de Midi Pyrénées, montre des connaissances théoriques plutôt satisfaisantes sur l'obésité pédiatrique et les recommandations générale de la HAS, mais un manque de savoir-faire en termes de communication lors de la prise en charge globale. Si la prise en charge initiale est plutôt appropriée, les consultations de suivi semblent moins adaptées.


A la lumière de cette étude, dans l'attente d'autres plus précises, nous pourrions avancer les quelques préconisations suivantes.

Bien que l'enseignement de l'EM durant l'internat de MG soit réalisé depuis quelques années, le problème de son application en pratique courante reste entier. On peut d'ailleurs souligner le fait que la faculté de Toulouse est novatrice dans ce domaine, grâce à son enseignement intégrant quarante heures d'ETP. On ne peut que souhaiter que cette pratique se généralise à l'ensemble des départements universitaires de médecine générale. De plus, il existe un intérêt majeur à poursuivre les formations et à faire des rappels et des rétroactions, tout au long de la vie professionnelle.

Une bonne maîtrise de la communication permet non seulement un gain de temps dans la prise en charge de l'obésité pédiatrique, mais aussi dans toutes les autres pathologies.

Enfin, on ne saurait insister sur une prise en charge pluridisciplinaire, dans l'intérêt de l'enfant d'abord, mais aussi des professionnels de santé. Pour le moment, les infirmières ASALEE et les réseaux de soin (lorsqu'ils sont disponibles), permettent une prise en charge de l'enfant en surpoids ou obèse, dans ce sens plus efficace. Dans un avenir proche, le développement d'organisation territoriale permettant une prise en charge pluridisciplinaire des enfants en situation d'obésité devrait être d'une grande aide. Si certaines MSP développent d'ores et déjà des initiatives dans ce sens, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé devraient le formaliser à plus grande échelle. Ainsi, l'intérêt de leur développement au sein de nos territoires apparaît indispensable.

V4
Toulouse le 04/12/2021

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse le 6/12/2021
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE


BIBLIOGRAPHIE

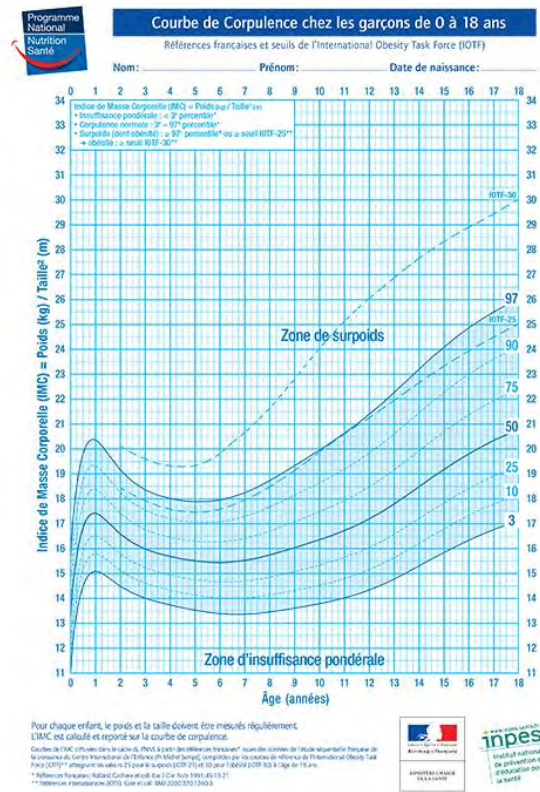
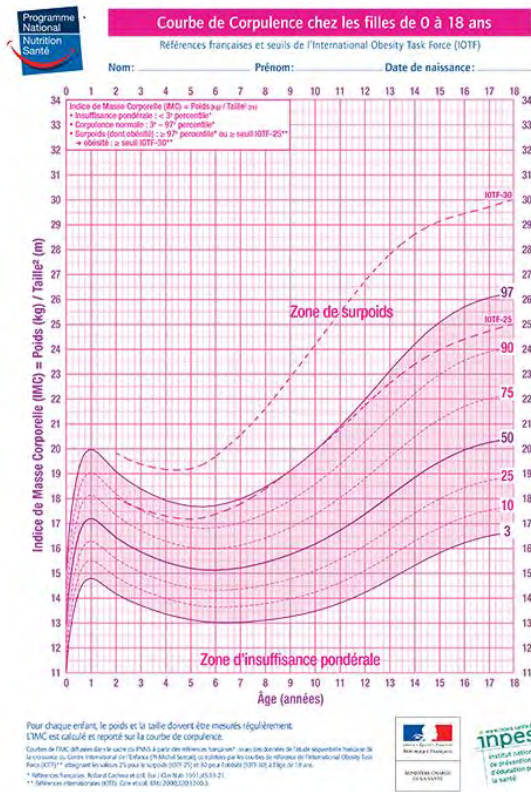
1. OMS | Surpoids et obésité de l'enfant [Internet]. WHO. [cité 27 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/fr/>
2. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations de bonne pratique. Paris; 2011 sept.
3. Tauber M. Obésité et surpoids de l'enfant. La revue du praticien. 2015;65:22.
4. Dubern B. Ne pas culpabiliser l'enfant obèse. LA REVUE DU PRATICIEN. sept 2018;Tome 31(1006):3.
5. Koyuncuoğlu Güngör N. Overweight and Obesity in Children and Adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrinol. sept 2014;6(3):129-43.
6. Pediatric obesity: Current concepts. Disease-a-Month. 1 avr 2018;64(4):98-156.
7. Yanovski JA. Pediatric obesity. An introduction. Appetite. 1 oct 2015;93:3-12.
8. Vander Wal JS, Mitchell ER. Psychological complications of pediatric obesity. Pediatr Clin North Am. déc 2011;58(6):1393-401, x.
9. He Q, Karlberg J. Probability of adult overweight and risk change during the BMI rebound period. Obes Res. mars 2002;10(3):135-40.
10. Pataky Z, Bobbioni-Harsch E, Makoundou V, Golay A. [Enlarged waist circumference and cardiovascular risk factors]. Rev Med Suisse. 25 mars 2009;5(196):671-2, 674-5.
11. Courbe IMC « Retrouve ta route » - AFPA [Internet]. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. [cité 29 août 2021]. Disponible sur: <https://afpa.org/outil/courbe-imc-retrouve-route/>
12. Haute Autorité de Santé. Recommandations. Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. 2007.
13. Haute Autorité de Santé. L'entretien motivationnel [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf
14. Groupe d'experts réunis par l'INPES. La santé vient en bougeant. Le guide nutrition pour tous | PNNS. 2004.
15. Association pour la Prévention et la prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie, Coordonnateur H. THIBAUT, P. DUCHE, M. MEYER, G. PERES. Activité physique et obésité de l'enfant. Bases pour une prescription adaptée | Ministère de la santé de la jeunesse, des sports et de la vie associative.
16. ANSES. Actualisation des repères du PNNS -Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité | Avis de l'ANSES | Rapport d'expertise collective. 2016.
17. Taveras EM, Marshall R, Kleinman KP, Gillman MW, Hacker K, Horan CM, et al. Comparative effectiveness of childhood obesity interventions in pediatric primary care: a cluster-randomized clinical trial. JAMA Pediatr. juin 2015;169(6):535-42.
18. AFPA. Du bon usage des écrans chez les enfants « La règle du 3-6-9-12 » [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.alertecran.org/wp-content/uploads/2016/12/Affiche_4_pas_2016_EPSVE_format_Impression.pdf
19. Miller William Richard, Rollnick Stephen. L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement. 3e édition. Malakoff: InterÉditions; 2019. xiv+434. (Soins et psy).

20. En 40 ans, les cas d'obésité chez l'enfant et l'adolescent ont été multipliés par dix [Internet]. [cité 10 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>
21. Etude ESTEBAN 2014-2016 – Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: </liste-des-actualites/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte>
22. En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 10 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-2017-des-adolescents-plutot-en-meilleure-sante-physique-mais>
23. Guignon N. et al. La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale, études et résultats [Internet]. Drees; 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er993.pdf>
24. Beaumont A., Mathieu C., Cayla F. et al. La santé des élèves en Midi-Pyrénées. Le dispositif Infiscol. Résultats 2015-2016 [Internet]. ORS Midi-Pyrénées; 2016. Disponible sur: https://www.ormip.org/tlc/ExploitationInfiscol2015_2016.pdf
25. Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. Mayo Clinic Proceedings. 1 févr 2017;92(2):251-65.
26. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* févr 2016;17(2):95-107.
27. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de la commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant. 2016.
28. European Commission. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020. 2014.
29. Article L3231-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037556873/
30. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Feuille de route 2019-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 12 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/feuille-de-route-2019-2022>
31. Délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018 portant homologation de la méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR-004) - Légifrance [Internet]. [cité 7 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037187498/>
32. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#c=indicator&i=demo_gen_tot.mg_act_regul&s=2021&view=map10
33. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 oct 2019]. 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
34. Mazur A, Matusik P, Revert K, Nyankovskyy S, Socha P, Binkowska-Bury M, et al. Childhood obesity: knowledge, attitudes, and practices of European pediatric care providers. *Pediatrics.* juill 2013;132(1):e100-108.
35. Harkins PJ, Lundgren JD, Spresser CD, Hampl SE. Childhood obesity: survey of physician assessment and treatment practices. *Child Obes.* avr 2012;8(2):155-61.
36. Sargent GM, Pilotto LS, Baur LA. Components of primary care interventions to treat childhood overweight and obesity: a systematic review of effect. *Obes Rev.* mai 2011;12(5):e219-235.

37. Éducation thérapeutique du patient (ETP) : évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 29 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2884714/fr/education-therapeutique-du-patient-ctp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques
38. Rajmil L, Bel J, Clofent R, Cabezas C, Castell C, Espallargues M. [Clinical interventions in overweight and obesity: a systematic literature review 2009-2014]. *An Pediatr (Barc)*. avr 2017;86(4):197-212.
39. Early GJ, Cheffer ND. Motivational Interviewing and Home Visits to Improve Health Behaviors and Reduce Childhood Obesity: A Pilot Study. *Hisp Health Care Int*. sept 2019;17(3):103-10.
40. Resnicow K, McMaster F, Bocian A, Harris D, Zhou Y, Snetselaar L, et al. Motivational Interviewing and Dietary Counseling for Obesity in Primary Care: An RCT. *Pediatrics*. 1 avr 2015;135(4):649-57.
41. Desavire M. Evaluation des connaissances des internes en médecine générale de Midi Pyrénées, sur le dépistage et la prise en charge de l'obésité infantile [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019 [cité 17 sept 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2920/>
42. Dadena E, Sader M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : le point de vue des patients [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 17 sept 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1863/>
43. 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 [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2017 [cité 17 sept 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01565289>
44. Anderson KL. A Review of the Prevention and Medical Management of Childhood Obesity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. janv 2018;27(1):63-76.
45. Rausch JC, Perito ER, Hametz P. Obesity prevention, screening, and treatment: practices of pediatric providers since the 2007 expert committee recommendations. *Clin Pediatr (Phila)*. mai 2011;50(5):434-41.
46. Barlow SE, Salahuddin M, Butte NF, Hoelscher DM, Pont SJ. Improvement in Primary Care Provider Self-Efficacy and Use of Patient-Centered Counseling To Address Child Overweight and Obesity after Practice-Based Changes: Texas Childhood Obesity Research Demonstration Study. *Child Obes*. déc 2018;14(8):518-27.
47. Campoverde Reyes KJ, Perez NP, Czepiel KS, Shaw AY, Stanford FC. Exploring Pediatric Obesity Training, Perspectives, and Management Patterns Among Pediatric Primary Care Physicians. *Obesity (Silver Spring)*. janv 2021;29(1):159-70.

ANNEXES

Annexe 1 : Courbes de corpulence-référence IOTF



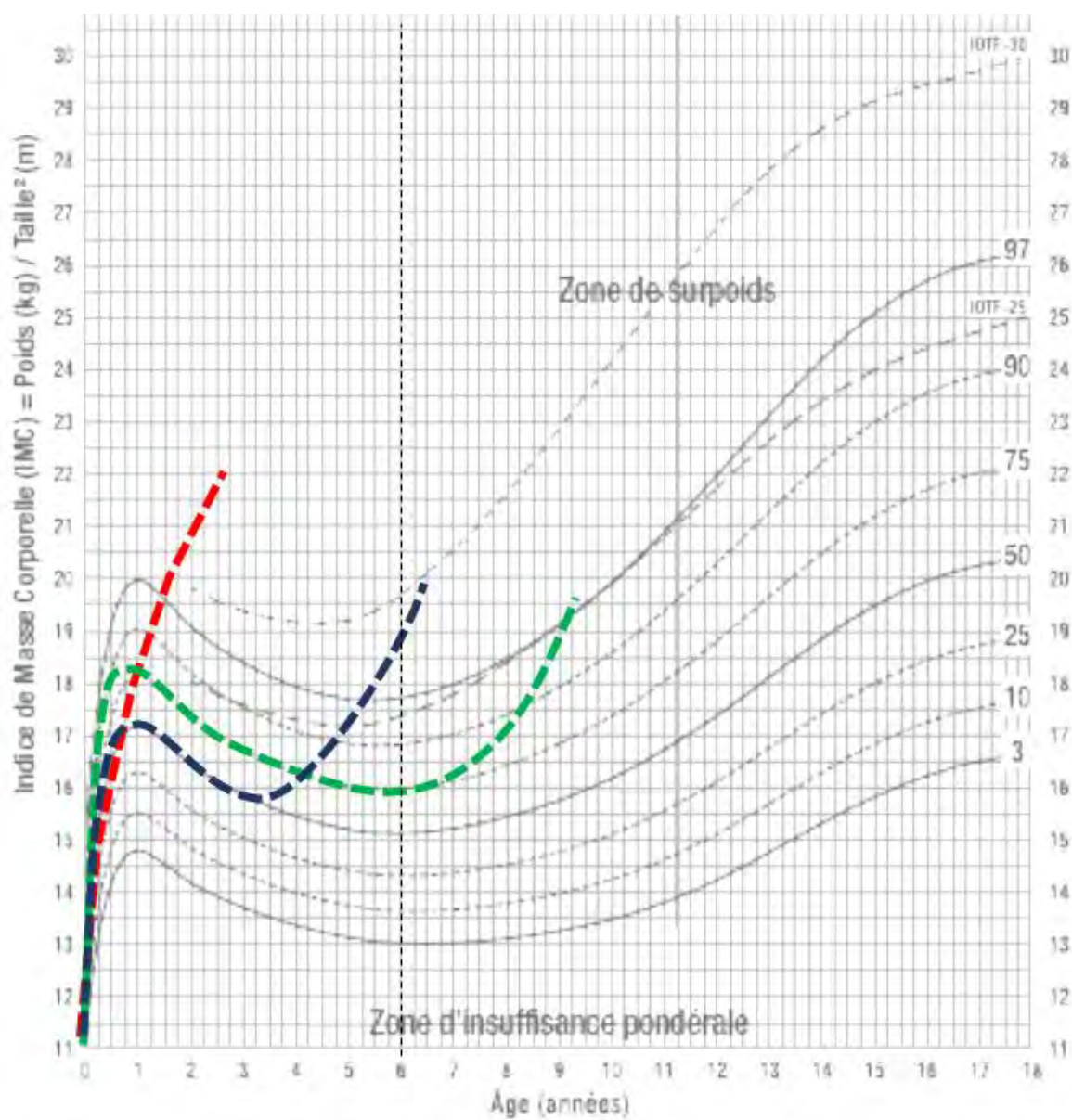
Annexe 2 : Complications et comorbidités du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Haute Autorité de Santé

Pathologies recherchées	Signes évocateurs	Conduite à tenir et examens complémentaires
Comorbidités et complications psychopathologiques		
Troubles dépressifs	Symptomatologie dépressive : Tristesse, irritabilité, agitation, ralentissement, somatisation, asthénie, repli sur soi, hypersomnie ou insomnie, auto-dévalorisation, culpabilité, idées suicidaires.	Consultation spécialisée
Troubles anxieux	Phobie sociale, inhibition, angoisse de séparation, attaques de panique, troubles obsessionnels compulsifs, stress post-traumatique	
Troubles du comportement	Agitation, opposition, difficultés attentionnelles, impulsivité, provocation, mensonge, vol Agressivité verbale ou physique Difficultés familiales et sociales	
Troubles des conduites alimentaires	Hyperphagie boulimique Syndrome d'alimentation nocturne	
Addictions	Abus de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis, etc.), perte de contrôle (jeu pathologique, achats compulsifs, etc.)	
Complications cutanées (inspection systématique de la peau)		
Vergetures (ventres, cuisses, bras)	Vergetures rosées	Conseils : expliquer le mécanisme d'apparition de la vergeture
	Vergetures larges et violacées et/ou verticales pathologiques	Consultation spécialisée endocrinologie
Hypertrichose chez la jeune fille	Pilosité excessive des zones sous la dépendance des androgènes : cuisses, thorax, seins, visage (favoris, lèvre supérieure)	Avis spécialisé endocrino-pédiatrique Dosage des androgènes
Mycoses	Inflammation des plis	Traitement local
Acanthosis nigricans	Pigmentation anormale (aspect « sale ») des plis : aisselles, cou...	Consultation spécialisée endocrino-pédiatrique Recherche d'insulinorésistance
Complications et comorbidités orthopédiques : à rechercher toujours à l'examen et ne pas minimiser, impact important lors de l'activité physique		
Épiphyse de la tête fémorale	Période pubertaire, douleurs de hanche et du genou, boiterie à l'examen, hanche en rotation externe avec limitation de la rotation interne	Urgence : Avis spécialisé orthopédique Radiographies : bassin de face et hanche de profil et en abduction IRM si doute

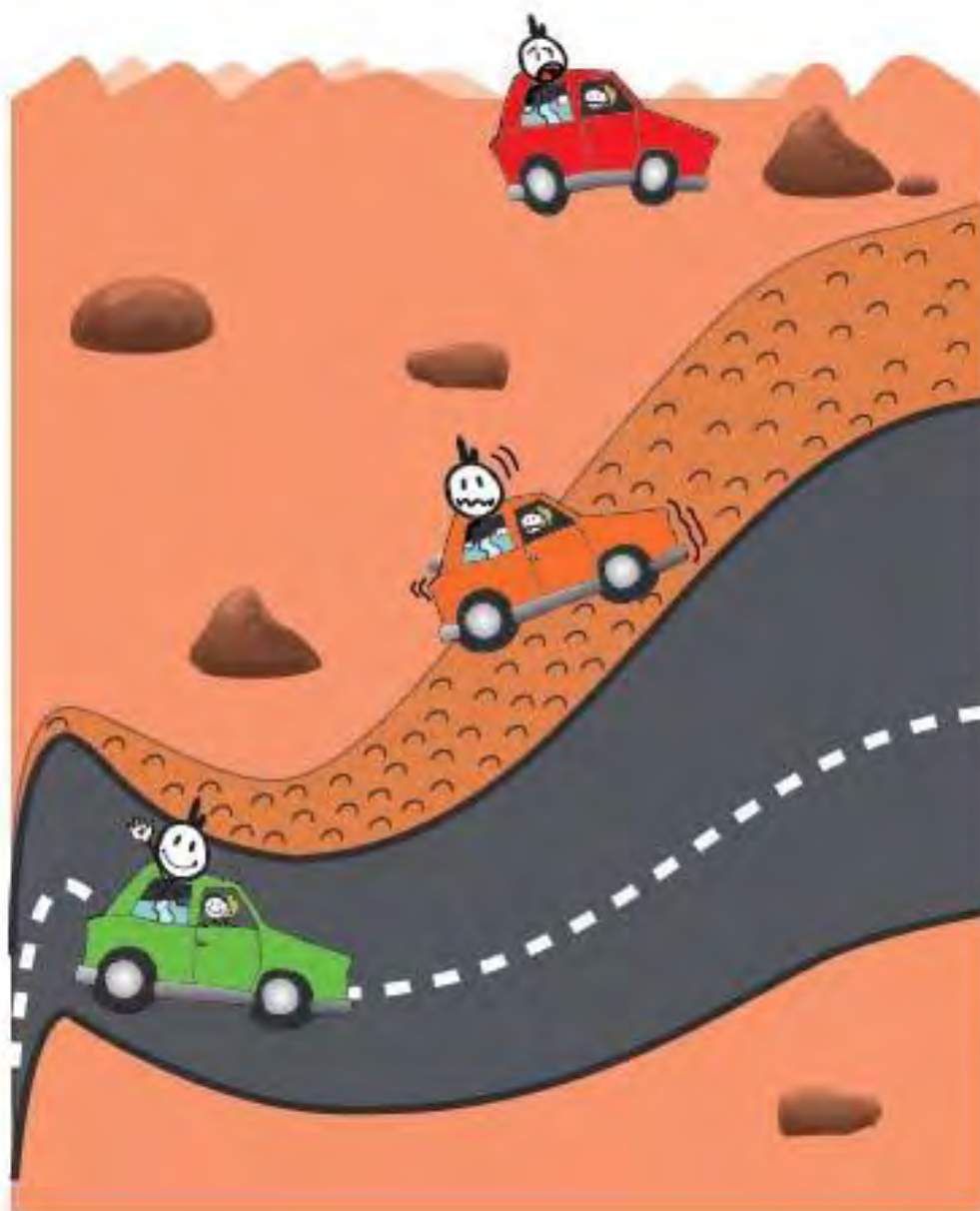
Pieds plats	Gêne Répercussions orthopédiques Douleurs	Avis spécialisé
Genu valgum	Hyperécartement des chevilles, non corrigé en serrant fort les cuisses en charge	Consultation spécialisée
Syndrome fémoropatellaire	Gonalgies	Radiographies et avis spécialisé
Ante torsion fémorale	Gêne à la marche	Avis spécialisé
Rachialgies	Douleurs du rachis fréquentes	Avis spécialisé
Troubles de la statique vertébrale (scoliose, cyphose, etc.)	Anomalie à l'examen du rachis	Radiographies et avis spécialisé
Épiphyssite de croissance - OsgoodSchlatter, - Maladie de Sever, - Maladie de Scheuermann	Gonalgies Talalgies Dorsalgie avec ou sans cyphose	Bilan radiologique avec ou sans avis spécialisé
Complications cardio-respiratoires		
Hypertension artérielle	Pression artérielle élevée	Prise de la pression artérielle avec un brassard adapté Holter tensionnel si les valeurs de TA sont élevées
Asthme (souvent associé et pouvant être aggravé par l'obésité)	Essoufflement, toux, sibilants, crises de dyspnée, asthme d'effort (toux à l'effort)	Avis spécialisé
Déconditionnement à l'effort	Mauvaise tolérance à l'effort (essoufflement, sensation de palpitations, malaises)	Consultation spécialisée et EFR et/ou test d'aptitude à l'effort
Troubles respiratoires du sommeil dont apnées du sommeil	Ronflements Réveils nocturnes Somnolence diurne Baisse des résultats scolaires	Consultation ORL Consultation spécialisée du sommeil et enregistrement polysomnographique
Complications endocriniennes		
Puberté avancée liée à l'obésité	Plutôt chez la fille	Âge osseux et avis spécialisé si avance d'âge osseux
SOPK associé à un contexte métabolique	Spanioménorrhée +/- hypertrichose +/- acné	Recherche d'insulinorésistance Avis spécialisé
Retard pubertaire	Plutôt chez le garçon	Âge osseux et avis spécialisé
Verge enfouie	Taille apparente réduite et verge de taille normale à l'examen	Expliquer et dédramatiser
	Si micropénis vrai (suspicion d'hypogonadisme)	Avis spécialisé

Gynécomastie	Développement de la glande mammaire chez le garçon	Différencier de l'adipomastie Avis spécialisé Conseils : expliquer le mécanisme et l'amélioration possible. Aborder la possibilité de traitement chirurgical chez le garçon en fin de croissance
Complications métaboliques		
Dyslipidémie	Pas de signe spécifique	Si obésité : dosage systématique cholestérol total, HDL-C, LDL-C et triglycérides
Stéatose hépatique	Pas de signe spécifique ou hépatalgie	Si obésité : transaminases
Insulinorésistance Intolérance au glucose Diabète de type 2	Pas de signe spécifique hormis l'acanthosis nigricans	Si obésité : glycémie à jeun et insulïnémie Insulinorésistance
	Si antécédent familial de diabète et un des facteurs de risque suivants (recommandation de l'American Diabetes Association pour enfants > 10 ans) : - obésité - rapport tour de taille / taille > 0,5 - acanthosis nigricans - syndrome des ovaires polykystiques - populations prédisposées	Glycémie à jeun, insulïnémie à jeun, HbA1c, hyperglycémie provoquée orale Avis spécialisé en endocrino-diabétologie
<p>L'excès de poids entraîne également des conséquences morphologiques et esthétiques (vergetures, gynécomastie, hypersudation, verge enfouie, etc.) qui peuvent être source de souffrance physique et psychique pour l'enfant et l'adolescent. Or, ces conséquences peuvent sembler mineures pour les soignants ou la famille et être négligées par ces derniers. Il est recommandé d'identifier les conséquences morphologiques et esthétiques de l'excès de poids et de les évoquer avec l'enfant ou l'adolescent. Le professionnel de santé pourra expliquer le mécanisme de ces complications et donner les conseils suivants à l'enfant ou l'adolescent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frottement des cuisses entre elles à la marche : porter des vêtements en coton (éviter le synthétique), mettre du talc avant l'effort, laver après l'effort, appliquer des crèmes si besoin. • Macération des plis (aisselles, bourrelets, cou, ventre) : lavage régulier et bien sécher. Faire surveiller pour éviter une mycose des plis. <p>Verge enfouie (NB : le diagnostic nécessite d'avoir examiné les organes génitaux externes et d'avoir mesuré, désenfouie, la verge) : aborder le sujet avec le patient si la verge est enfouie car ce sujet est souvent tabou mais inquiétant pour l'enfant ou l'adolescent.</p>		

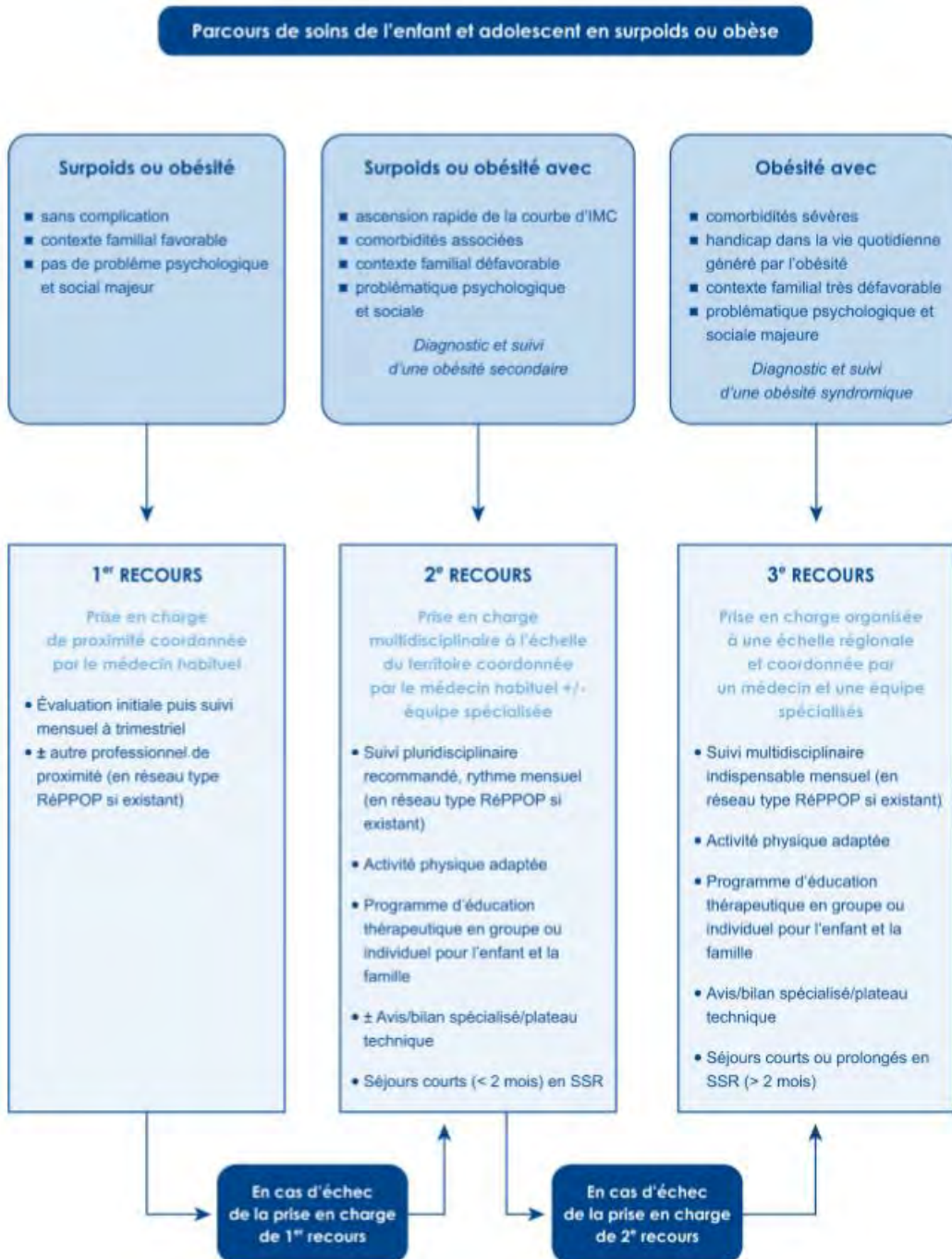
Annexe 3 : Signes d'alerte



Retrouve ta route



Annexe 5 : Niveaux de recours



Apprivoiser les écrans et grandir

3 - 6 - 9 - 12

À tout âge, choisissons ensemble les programmes, limitons le temps d'écran, invitons les enfants à parler de ce qu'ils ont vu ou fait, encourageons leurs créations.

3-6-9-12, des écrans adaptés à chaque âge

Avant 3 ans	De 3 à 6 ans	De 6 à 9 ans	De 9 à 12 ans	Après 12 ans
<p>Jouer avec votre enfant est la meilleure façon de favoriser son développement.</p> <p>Je préfère les histoires lues ensemble, les comptines et les jeux partagés aux écrans.</p> <p>La télévision allumée nuit aux apprentissages de votre enfant même s'il ne la regarde pas.</p> <p>Jamais de télé dans la chambre.</p> <p>Les outils numériques, c'est toujours accompagné, pour le seul plaisir de jouer ensemble.</p>	<p>Je fixe des règles claires sur les temps d'écran.</p> <p>Je respecte les âges indiqués pour les programmes.</p> <p>La tablette, la télévision et l'ordinateur, c'est dans le salon, pas dans la chambre.</p> <p>J'interdis les outils numériques pendant le repas et avant le sommeil.</p> <p>Je ne les utilise jamais pour calmer mon enfant.</p> <p>Jouer à plusieurs, c'est mieux que seul.</p>	<p>Je fixe des règles claires sur le temps d'écran, et je parle avec lui de ce qu'il y voit et fait.</p> <p>La tablette, la télévision et l'ordinateur, c'est dans le salon, pas dans la chambre.</p> <p>Je paramètre la console de jeux.</p> <p>Je parle du droit à l'intimité, du droit à l'image, et des 3 principes d'Internet :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) tout ce que l'on y met peut tomber dans le domaine public ; 2) tout ce que l'on y met y restera éternellement ; 3) il ne faut pas croire tout ce que l'on y trouve. 	<p>Je détermine avec mon enfant l'âge à partir duquel il aura son téléphone mobile.</p> <p>Il a le droit d'aller sur Internet, je décide si c'est seul ou accompagné.</p> <p>Je décide avec lui du temps qu'il consacre aux différents écrans.</p> <p>Je parle avec lui de ce qu'il y voit et fait.</p> <p>Je lui rappelle les 3 principes d'Internet.</p>	<p>Mon enfant « surfe » seul sur la toile, mais je fixe avec lui des horaires à respecter.</p> <p>Nous parlons ensemble du téléchargement, des plagats, de la pornographie et du harcèlement.</p> <p>La nuit, nous coupons le Wi-Fi et nous éloignons les mobiles.</p> <p>Je refuse d'être son « ami » sur les réseaux sociaux.</p>
<p>Avant 3 ans L'enfant a besoin de découvrir avec vous ses sensorialités, et ses repères</p> <p>Jouez, parlez, arrêtez la télé</p>	<p>De 3 à 6 ans L'enfant a besoin de découvrir ses dons sensoriels et manuels</p> <p>Limitez les écrans, partagez-les, parlez-en en famille</p>	<p>De 6 à 9 ans L'enfant a besoin de découvrir les règles du jeu social</p> <p>Créez avec les écrans, expliquez-lui Internet</p>	<p>De 9 à 12 ans L'enfant a besoin d'explorer la complexité du monde</p> <p>Apprenez-lui à se protéger et à protéger ses échanges</p>	<p>Après 12 ans Il s'affranchit de plus en plus des repères familiaux</p> <p>Restez disponibles, il a encore besoin de vous !</p>

« J'ai imaginé en 2008 les repères « 3-6-9-12 » comme une façon de répondre aux questions les plus pressantes des parents et des pédagogues. » Serge Tisseron
3-6-9-12. Apprivoiser les écrans et grandir, Ed. érès

Diffusons cette affiche.
C'est tous ensemble que nous modifierons notre relation aux écrans.
Rejoignez nous sur <http://3-6-9-12.org>

Cette affiche peut être téléchargée sur <http://3-6-9-12.org/> ou <http://sergetisseron.com>

érès

Annexe 7 : Questionnaire diffusé aux médecins généralistes

Comment organisez-vous la prise en charge du surpoids et de l'obésité de enfants ?

Madame, monsieur, chères consœurs et chers confrères,

En vue de l'obtention de ma thèse de médecine générale, je m'intéresse au suivi des enfants obèses dans nos cabinets. Je souhaite ainsi établir un état des lieux des pratiques professionnelles des médecins généralistes de Midi-Pyrénées dans la prise en charge de cette pathologie.

Par l'intermédiaire de l'Union Régionale des Professionnels de Santé, je vous sollicite afin de recueillir vos témoignages destinés à dresser cette observation. Je vous remercie de votre aide en consacrant moins de dix minutes au remplissage de ce questionnaire.

Je partagerai volontiers les résultats de ce travail avec vous. Si vous le souhaitez, vous pouvez m'envoyer un mail à l'adresse suivante, cecile.ollitraut@gmail.com.

Merci d'avance de votre participation.

Confraternellement,

Cécile OLLITRAUT-BERNARD

Le médecin généraliste :

Les dix premières questions abordent vos caractéristiques, votre exercice et vos éventuelles formations.

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre sexe ?
 - o Homme
 - o Femme
- Quel est votre milieu d'exercice ?
 - o Urbain
 - o Rural
 - o Mixte
- Quel est votre mode d'exercice ?
 - o En cabinet (seul)
 - o En groupe au sein d'une maison médicale
 - o En Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- Depuis combien de temps êtes-vous installé ?
- En moyenne, combien de patients voyez-vous par semaine ?
- En moyenne, combien d'enfants de 3 à 16 ans voyez-vous par semaine ?
- Avez-vous bénéficié d'une formation sur le surpoids et l'obésité pédiatrique ?

- Avez-vous bénéficié d'une formation en Education Thérapeutique Patient ?
- Etes-vous maître de stage ?
 - o Oui
 - o Non

Vos consultations de prise en charge de l'obésité pédiatrique

Les treize questions suivantes abordent l'aspect statistique, le cadre général et l'efficacité ressentie de vos consultations de prise en charge.

- En moyenne, combien d'enfant en surpoids, ou obèses, recevez-vous par semaine ?
- Lorsque le poids de l'enfant est problématique, abordez-vous le sujet ?
 - o Systématiquement
 - o Souvent
 - o Parfois
 - o Jamais
- En moyenne, combien de temps durent vos consultations lorsqu'une prise en charge du surpoids, ou de l'obésité pédiatrique, est nécessaire ?
- Comment est réparti le temps de parole durant ces consultations ? (Veuillez préciser le temps de répartition approximatif en pourcentage. Par exemple 50% pour l'enfant, 25% pour le parent et 25% pour vous)
- Vous arrive-t-il de voir l'enfant en surpoids, ou obèse, seul ?
 - o Systématiquement
 - o Souvent
 - o Parfois
 - o Jamais
- Si oui, selon quels critères le faites-vous ?
- Fixez-vous des rendez-vous de suivi ?
 - o Oui
 - o Non
- Les patients reviennent-ils spontanément ?
 - o Oui
 - o Non
- En moyenne, à quelle fréquence voyez-vous les enfants souffrant de surpoids et d'obésité ?
 - o Tous les mois
 - o Tous les 3 mois
 - o 3 fois par an

- 2 fois par an
- 1 fois par an
- De 0 à 10, à combien estimez-vous l'efficacité de votre prise en charge sur la mise en place des mesures hygiéno-diététiques ?
- De 0 à 10, à combien estimez-vous l'efficacité de votre prise en charge sur la qualité de vie de l'enfant ?
- De 0 à 10, à combien estimez-vous l'efficacité de votre prise en charge sur la diminution de l'IMC ?
- De 0 à 10, à combien estimez-vous la satisfaction personnelle que vous retirez de votre prise en charge ?

Etat des lieux des pratiques :

Les quatorze questions suivantes explorent différents aspects de la prise en charge.

- Quels éléments utilisez-vous pour faire le diagnostic de surpoids ou d'obésité pédiatrique ?
- Notez-vous ces éléments dans le carnet de santé ?
 - Oui
 - Non
- Comment dites-vous à l'enfant qu'il est en surpoids ou obèse ? Précisez quelle(s) formulation(s) vous utilisez pour le faire.
- Utilisez-vous des outils pour faire l'annonce du diagnostic ?
 - Oui
 - Non
- Quels outils utilisez-vous le cas échéant ?
- Une fois l'annonce du diagnostic faite, que dites-vous ?
- Une fois l'annonce du diagnostic faite, posez-vous des questions ? Si oui lesquelles ?
- Lorsque vous abordez les changements d'hygiène de vie, dites-vous à l'enfant que son hygiène de vie est mauvaise ?
 - Oui
 - Non
- Questionnez-vous l'enfant sur ce qu'il sait ?
 - Oui
 - Non
- Expliquez-vous à l'enfant ce qu'il convient de faire ?
 - Oui
 - Non

- Si vous faites une intervention éducative, demandez-vous à l'enfant ce qu'il souhaite faire ?
 - o Oui
 - o Non
- Questionnez-vous l'enfant sur ses motivations à diminuer sa corpulence ?
 - o Oui
- Expliquez-vous les recommandations à l'enfant ?
 - o Oui
 - o Non
- Expliquez-vous les recommandations à ses parents ?
 - o Oui
 - o Non

Lors des consultations de suivi

Pour finir, si vous menez des consultations de suivi.

- Que recherchez-vous ?
- Que demandez-vous à l'enfant ?
- Que demandez-vous à ses parents ?
- Quelles sont les étapes de la consultation ?

AUTRICE : Cécile OLLITRAUT-BERNARD

TITRE : Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes de Midi Pyrénées dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique

DIRECTRICE DE THESE : Dr Odile BOURGEOIS

Toulouse, le 28 Novembre 2021

Introduction : L'obésité pédiatrique est une pathologie fréquente et grave. Sa prise en charge est un défi thérapeutique pour le médecin généraliste (MG) : chronophage, nécessitant des modifications comportementales et s'inscrivant dans une relation triangulaire médecin-parent-enfant, dans un contexte de démographie médicale préoccupante.

Objectif : Etablir un état des lieux des pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique en Midi Pyrénées.

Matériels et méthodes : Notre étude descriptive quantitative et transversale ciblait les MG installés en Midi Pyrénées. 2459 auto-questionnaires ont été diffusés par l'Union Régionale des Professionnels de Santé, 80 réponses ont été incluses, soit un taux de participation de 3.3 %.

Résultats : 63.75 % des MG n'ont pas de formation sur l'obésité pédiatrique et 76.25 % n'en ont pas en Education Thérapeutique Patient (ETP). 100 % des MG utilisaient l'Indice de Masse Corporel pour faire le diagnostic et le notait dans le carnet de santé. Lors de la consultation initiale, 20 % expliquent les objectifs de prise en charge, 83.75 % des MG questionnent l'enfant sur ses souhaits et ses connaissances, 82.5 % ses motivations, 85 % expliquent les Mesures Hygiéno-Diététiques (MHD) aux enfants et 96.25 % aux parents. Lors du suivi, 82.5 % des MG évaluent la mise en place des MHD par les enfants et 72.5 % par les parents. 55 % évaluent l'équilibre psychologique de l'enfant. 28.5 % fixent de nouveaux objectifs.

Conclusion : Une formation plus approfondie en ETP lors de la formation initiale des MG et durant leur carrière semble indispensable dans la prise en charge de l'obésité pédiatrique. L'apport des différents professionnels de santé (réseau, infirmiers ASALEE, etc.) est un soutien incontestable dans ce contexte.

Introduction: Pediatric obesity is a common and serious condition. Its management is a therapeutic challenge for general practitioners (GP): time-consuming, requiring behavioral modifications and part of a triangular doctor-parent-child relationship, in a context of worrying medical demography.

Objective: To define the practices of GPs in the management of overweight and pediatric obesity in the Midi Pyrénées region.

Methods: Our quantitative and cross-sectional descriptive study targeted GPs in the Midi Pyrénées region. 2459 self-questionnaires were distributed by URPS, 80 responses were included, for a participation rate of 3.3%.

Results: 63.75% of GPs don't have any background in the pediatric obesity and 76.25% don't have in therapeutic patient education. 100% of GPs used Body Mass Index to diagnose and write down into the medical record. During the first consultation, 20% explain the goals of medical care, 83.75% of GPs ask the child about his wishes and knowledge, 82.5% his motivations, 85% explain the lifestyle and dietary measures to the children and 96.25% to the parents. During the follow-up, 82.5% of GPs assess the implementation of lifestyle and dietary measures by children and 72.5% by parents. 55% assess the child's psychological stability. 28.5% set new aims.

Conclusion: GPs need an extensive background in therapeutic patient education during their studies and all along their career. The contribution of the various health professionals (care network, ASALEE nurses, etc.) is an invaluable support in this context.

MOTS CLES : Médecine générale, obésité pédiatrique, soins de premier recours, intervention comportementale.

KEY WORDS : General practice, pediatric obesity, primary care, behavioral intervention.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil – 133 Route de Narbonne, 31062 Toulouse Cedex 04, France