

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Manon VERGNES

Le 21 Janvier 2025

**Etat des lieux des pratiques par le médecin généraliste du dépistage et de
la prévention primaire du surpoids et de l'obésité chez les adolescents en
Aveyron**

Directeur de thèse : Dr Bruno FAVRE

JURY :

Madame le Professeur Julie DUPOUY

Madame le Docteur Florence DURRIEU

Monsieur le Docteur Bruno FAVRE

Présidente

Assesseur

Assesseur

FACULTÉ DE SANTÉ

Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine

2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elic	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANGAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROG Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRIER Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENGUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENGUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRIER Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLEO Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVALD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies Infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MOLNIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHACHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carie (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme FERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénie	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecins généraux
Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jil	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Mariène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
	Professeurs Associés de Médecine Générale
	M. ABITTEBOUL Yves
	M. BIREBENT Jordan
	M. BOYER Pierre
	Mme FREYENS Anne
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	Mme LATROUS Lella
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeurs Associés Honoraires
	Mme MALAUAUD Sandra
	Mme PAVY LE TRAON Anne
	M. SIBAUD Vincent
	Mme WOISARD Virginie

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Poi Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDI Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAFEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MALPAS SCHWALM Française	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANGIE Julie	Génétique
Mme DE GLIBEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELFLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOLAA Bruno
M. ESCOURROU Emilie
Mme GIMENEZ Laetitia

Maitres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme FUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Remerciements

A la présidente du jury, Madame le Professeur Julie DUPOUY, Professeur des Universités de Médecine Générale,

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

A Madame le Docteur Florence DURRIEU, Maître de Conférences Associée,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de mes sincères remerciements.

Je vous présente ma profonde et respectueuse reconnaissance pour votre disponibilité.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Bruno FAVRE,

Je te suis très reconnaissante d'avoir accepté de diriger ce travail, après être mon tuteur lors de mon premier passage en Aveyron. Tu m'as accompagnée avec bienveillance et beaucoup de disponibilité pour cette thèse. Je te remercie pour tes conseils et l'intérêt que tu as porté à ce travail. Merci pour ton soutien qui m'a permis de garder ma motivation durant toute la préparation du travail thèse.

Aux médecins généralistes ayant participé à cette étude,

Pour le temps que vous y avez consacré. Recevez mes remerciements les plus sincères.

À tous les médecins qui m'ont encadrée durant mon parcours, et à tous les soignants avec qui j'ai eu la joie de travailler, j'ai grandi et appris énormément à vos côtés. Merci pour votre investissement et nos échanges enrichissants.

Remerciements personnels

A mes parents,

Merci d'avoir fait en sorte de mettre toutes les chances de mon côté pour que je puisse exercer le métier de mes rêves. Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ces nombreuses années. Merci pour votre amour et votre soutien inconditionnel et pour l'attention que vous m'avez donnée.

Je suis très fière de célébrer la fin de ce parcours avec vous aujourd'hui, j'espère que vous serez fiers de mon travail.

A mon frère, merci d'avoir toujours été présent, malgré nos différences de caractère ! Je mesure la chance d'avoir un frère comme toi, je sais que tu veilles sur moi et que tu seras toujours là. Merci à Gaëlle de le supporter chaque jour et d'en faire un homme meilleur !

A mes grands-parents, Mamie Jeannine, Papi Camille, Mamie Rose, Papi Claude,

je suis infiniment reconnaissante d'avoir des grands-parents comme vous, toujours présents à mes côtés. Merci pour votre amour, vos conseils et votre bienveillance. Votre soutien constant et votre présence m'ont permis d'avancer avec confiance tout au long de mon parcours. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis.

A ma famille, je tiens à les remercier pour leur soutien et leurs encouragements. Merci Marraine, Tonton, les cousins.

A Hugo, mon cœur

Merci pour ton humour, ta bienveillance, ta positivité qui ont rendu ces années plus simples et plus douces. Merci pour ta patience et ton soutien sans faille dans les moments difficiles, de m'avoir encouragé et m'avoir rappelé de ne jamais abandonner.

Depuis presque 6 ans maintenant, on se soutient mutuellement pour avancer au fil des années, je n'aurais pas pu rêver meilleur compagnon de route. Ton amour qui me porte au quotidien. Le meilleur est devant nous et il me tarde de découvrir ce que l'avenir nous réserve.

A ma belle-famille,

Nadine et Gilles. Merci de m'avoir accueillie les bras ouverts et en toute simplicité depuis plusieurs années.

A Sophie, merci de ta présence à mes côtés et de ton soutien pendant toutes ces années. Il s'en est passé des choses depuis le collège, que d'aventures au lycée, à la fac et encore aujourd'hui. Nous avons des souvenirs mémorables ensemble, vivement nos prochaines aventures !

A la famille Bégué, Manue et Thierry, pour votre soutien,

A Marie et Laurent, qui m'ont accueilli avec plaisir durant mes premiers pas d'interne en terre Ariégeoise.

A Guy, pour tes conseils précieux et ton partage d'expériences,

Enfin, merci à moi-même d'avoir eu le courage et la force de caractère face aux nombreuses épreuves qui se sont présentées au fil des années. Merci à tous ceux qui ont essayé de mettre des obstacles sur ma route, ils m'ont rendue plus forte. Je suis fière d'être la personne et le médecin que je suis devenue.

A tous ceux que j'aime et qui m'ont soutenu depuis le début.

À ceux qui nous ont quittés et que l'on n'oublie pas.

Table des matières

GLOSSAIRE.....	10
TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	11
I – INTRODUCTION.....	12
A. Données épidémiologiques	
B. Définitions	
C. Enjeux et politiques de santé publique	
D. La prise en charge de l'adolescent en médecine générale	
II – MATERIEL ET METHODES.....	17
A. Type d'étude	
B. Population cible	
C. Elaboration du questionnaire	
D. Diffusion	
E. Recueil des données et analyse statistique	
F. Démarche réglementaire et éthique	
III – RESULTATS.....	20
A. Objectif principal	
1) Diagramme de flux	
2) Caractéristiques de la population d'étude	
3) Suivi de la croissance statur pondérale des adolescents	
a. Consultations de routine	
b. Consultations de suivi obligatoires	
4) Pratique de la prévention primaire du surpoids	
B. Objectifs secondaires	
IV – DISCUSSION.....	26
1) Limites et forces de l'étude	
2) Interprétations des résultats	
1) Objectif principal	
a. Dépistage du surpoids	
b. Connaissances des facteurs de risque du surpoids et de l'obésité	
c. Réalisation des consultations de suivi obligatoires	
d. Rappel des mesures hygiéno-diététiques	
2) Objectifs secondaires	
a. Identification des freins	
b. Utiliser des sources d'informations adaptées	
3) Influence sur ma pratique future	
CONCLUSION.....	38
BIBLIOGRAPHIE.....	39
ANNEXES.....	43
• Annexe n°1 : Courbes de croissance de référence du carnet de santé des filles et garçons	
• Annexe n°2 : Questionnaire de thèse	
• Annexe n°3 : Tableaux des résultats	

GLOSSAIRE

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire et de l'Alimentation

CNA : Conseil National d'Alimentation

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

ESTEBAN : Étude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

IMC : Indice de Masse Corporelle

INCA3 : étude Individuelle nationale des consommations alimentaires 3

IOTF : International Obesity TaskForce

MG : médecin généraliste

MSP : Maison Pluriprofessionnelle de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Plan National Nutrition Santé

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

SERO Occitanie : Structure d'Expertise Régionale Obésité

SPF : Santé Publique France

TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figures

- *Figure 1* - Diagramme de flux.....20
- *Figure 2* - Connaissances des facteurs de surpoids d'obésité.....23
- *Figure 3* - Ressenti des MG sur leur implication dans le dépistage.....24
- *Figure 4* - Freins au dépistage et à la prévention primaire.....24
- *Figure 5* - Moyens de communication et d'information envers les patients.....25

Tableaux des résultats

- *Tableau n°1* : Caractéristiques socio-épidémiologiques.....47
- *Tableau n°2* : Caractéristiques professionnelles.....47
- *Tableau n°3* : Suivi de la croissance staturo-pondérale au cours d'une consultation chez l'adolescent48
- *Tableau n°4* : Modalités des consultations de suivi obligatoires.....49
- *Tableau n°5* : Prévention primaire du surpoids.....49
- *Tableau n° 6* : Perspectives d'évolution.....50

I – INTRODUCTION

A. Données épidémiologiques

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de 390 millions d'enfants et d'adolescents étaient en situation de surpoids en 2022 dont près de la moitié étaient obèses. Entre 1990 et 2022, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les jeunes a plus que doublé, passant de 8 % à 20 % à l'échelle mondiale (1). En France, le surpoids et l'obésité infantile constituent un problème de santé publique majeur depuis plusieurs années. Selon l'étude ESTEBAN (Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition) menée en 2015, 17 % des enfants âgés de 6 à 17 ans étaient en surpoids, dont 4 % en situation d'obésité (2). Plus récemment en 2020, l'étude Obépi-Roche a révélé que 21 % des enfants âgés de 8 à 17 ans étaient en surpoids, et que 6 % d'entre eux étaient en situation d'obésité, selon les seuils de l'International Obesity TaskForce (IOTF) (3).

Le surpoids et l'obésité infantile restent donc des enjeux majeurs de santé publique en France en 2024.

B. Définitions

D'après l'OMS, le surpoids et l'obésité sont définis comme une accumulation anormale ou excessive de graisse qui nuit à la santé. Chez les adultes, l'Indice de Masse Corporelle (IMC), calculé en divisant le poids par le carré de la taille (exprimé en kg/m²), est utilisé pour identifier le surpoids (IMC > 25) et l'obésité (IMC > 30). Chez l'enfant et l'adolescent, il faut tenir compte de l'âge et du sexe et l'on se réfère ensuite aux courbes de croissance présentes dans le carnet de santé (4). Les courbes de croissance sont présentes en Annexe n°1.

Un enfant est en surpoids lorsque son IMC se situe au-delà de la courbe IOTF-25 (correspondant à un IMC égal à 25 à l'âge de 18 ans) ou au-delà du 97e percentile des références françaises, tandis que l'obésité correspond à un IMC au-dessus du seuil de l'IOTF-30. Enfin, on définit l'obésité sévère lorsque l'IMC se situe au-delà du seuil de l'IOTF 35.

Cependant dans la pratique clinique, plus que le niveau de corpulence lui-même il est surtout important d'apprécier l'allure évolutive de la courbe qui permet d'orienter le diagnostic et de mieux comprendre les mécanismes d'une prise de poids excessive.

Les mesures anthropométriques (poids et taille) et le calcul de l'IMC font partie de l'examen clinique et du suivi de la croissance staturo-pondérale de tout enfant et adolescent, dont les données doivent être reportée sur les courbes de leur carnet de santé. De la naissance à l'âge de 6 ans, le calendrier des examens obligatoires de santé suffit au suivi de la croissance staturo-pondérale. A partir 6 ans, un suivi annuel est recommandé pour tous les enfants, tandis qu'un suivi plus fréquent est conseillé pour ceux présentant des facteurs de risque de surpoids ou d'obésité (5).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), plusieurs facteurs prédisposants ou de risque de surpoids et d'obésité infantile sont identifiés. Leur connaissance est essentielle pour prévenir et dépister le surpoids chez les adolescents. D'une part, on retrouve les **antécédents des parents** (surpoids ou obésité, chirurgie bariatrique, diabète gestationnel, tabagisme ou diabète de type 2 maternel). D'autres part, les **antécédents personnels** des adolescents : un poids de naissance élevé, la présence d'un handicap, la survenue de situations ou événements traumatisants, la prise de traitements modifiant le métabolisme ou encore les troubles des conduites alimentaires sont aussi des facteurs contributifs.

Enfin, l'importance des facteurs environnementaux est soulignée, jouant un rôle majeur dans le développement du surpoids chez les adolescents. Dans une société où les habitudes alimentaires et les modes de vie sont en constante évolution, l'environnement dans lequel un adolescent grandit peut considérablement influencer son poids et sa santé globale. Les **habitudes alimentaires familiales** par exemple, ont un impact direct sur les choix nutritionnels des adolescents. Des portions trop grandes, une consommation excessive de boissons sucrées et d'aliments à haute densité énergétique contribuent à un apport calorique excessif, souvent non compensé par une activité physique adéquate. Ces habitudes ancrées dès le plus jeune âge peuvent perdurer et se renforcer à l'adolescence. Par ailleurs, le mode de vie **sédentaire**, accentué par une utilisation excessive des **écrans** pour les loisirs et le travail scolaire, réduit le temps consacré à l'activité physique. La HAS considère aussi le **sommeil**, comme autre facteur environnemental à ne pas négliger chez les jeunes. Enfin, l'irrégularité des repas et des rythmes de vie, souvent liée à des horaires de sommeil et de repas désordonnés, contribue à des déséquilibres métaboliques et à un risque accru de surpoids.

C. Enjeux et politiques de santé publique

Sur le plan mondial et européen

L'OMS a entrepris le plan d'action mondial « Une population plus active pour un monde en meilleure santé » entre 2018 et 2030 afin de promouvoir et d'accroître l'activité physique partout dans le monde (6). Les dirigeants mondiaux avaient adopté ce plan en 2018 à l'occasion de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé dans le but de réduire de 10% le manque d'activité physique d'ici à 2025 et 15 % à l'horizon 2030 (7). L'engagement qu'ont pris les dirigeants du monde d'atteindre ces objectifs moyennant des mesures nationales ambitieuses offre l'occasion de recentrer et de renouveler les efforts visant à promouvoir l'activité physique en créant davantage de possibilités aux personnes de tout âge, quelles que soient leurs capacités, de pratiquer une ou plusieurs activités physiques (8).

En 2016, le bureau européen de l'OMS a également impulsé sa stratégie sur l'activité physique 2016 - 2025. L'Union Européenne a d'ailleurs défini des cadres d'intervention pour les politiques publiques en matière de promotion de l'activité physique. Les États doivent dès lors s'efforcer de promouvoir des politiques efficaces en matière d'activité physique bienfaisante pour la santé, en élaborant une approche transversale qui englobe les politiques du sport, de la santé, de l'éducation, de l'environnement et des transports (9).

Sur le plan National

Le gouvernement français a mis en œuvre le Programme National Nutrition Santé (PNNS) dès 2001, ayant pour objectif l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population à travers une meilleure nutrition, c'est-à-dire l'alimentation et l'activité physique. Actuellement le PNNS 4 (2019-2024) est en cours, dont les ambitions visent à augmenter l'activité physique, réduire la sédentarité, améliorer les habitudes alimentaires et les apports nutritionnels ainsi que réduire les inégalités sociales dans le domaine nutritionnel tout en considérant les enjeux de développement durable (10). Le PNNS s'appuie sur une analyse de la situation nutritionnelle et du niveau de pratique d'activité physique et sportive de la population française et de son évolution, à travers des études récentes françaises telles que les études INCA3 (Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires) menée par l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire et de l'Alimentation (ANSES) et ESTEBAN menée par Santé Publique France (SPF) (2, 11). Ce programme s'appuie également sur l'analyse

des précédents PNNS, les avis émis par le Conseil National de l'Alimentation (CNA), les objectifs nutritionnels fixés par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) ainsi que sur les recommandations des instances internationales validées. C'est le programme de référence pour le volet santé de tous les plans, programmes, feuilles de route, actions mises en œuvre par le secteur public ou le secteur privé et qui couvrent le champ de l'alimentation et/ou de l'activité physique et sportive. Le PNNS communique auprès de la population à travers le slogan « manger-bouger » présent sur plusieurs publicités à la télévision ou dans les campagnes publicitaires des industries agro-alimentaires, à travers le site internet mangerbouger.fr ou encore via le logo Nutri-Score (12). Ce plan promeut particulièrement la mise en œuvre de mesures de prévention concernant les enfants, de la période prénatale à l'adolescence, qui constituent une cible prioritaire car les comportements acquis dans l'enfance persistent le plus souvent à l'âge adulte. L'un des objectifs du PNNS 4 est de réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents, et de diminuer de 10% parmi ceux issus de familles défavorisées.

D. La prise en charge de l'adolescent en médecine générale

Le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans la prévention de la santé des jeunes, c'est souvent le premier interlocuteur face à des questionnements de santé. Selon l'OMS, la prévention regroupe l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps en distinguant 3 étapes (13). D'une part, **la prévention primaire** qui rassemble l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population saine et dont l'objectif est de réduire le plus possible l'apparition de nouveaux cas en agissant sur la prévention des conduites individuelles à risque, des risques environnementaux ou encore sociétaux. D'autre part, **la prévention secondaire** qui vise à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population asymptomatique par des actions intervenant au début de l'apparition de la maladie pour s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. Enfin, **la prévention tertiaire tend** à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population symptomatique en essayant de prévenir les complications secondaires, les invalidités ou les rechutes.

Actuellement en France, il existe une multitude de programmes axés sur la prévention secondaire du surpoids chez les enfants et adolescents, comme le réseau RÉPPOP (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique) ou SERO Occitanie (Structure d'Expertise Régionale Obésité) (14). Cependant, les initiatives dédiées à la prévention primaire sont moins fréquentes. Il est impératif de développer davantage de stratégies de

prévention primaire pour réduire l'incidence à long terme du surpoids et de l'obésité chez les adolescents. Encourager l'adoption d'un mode de vie sain, notamment grâce à des habitudes alimentaires équilibrées et une activité physique régulière dès l'enfance est essentiel pour prévenir leurs apparitions.

De la naissance à l'âge de 16 ans, 20 consultations de suivi sont organisées dans le parcours de soins des enfants et adolescents pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Depuis le 1^{er} mars 2019, on note 3 nouveaux examens ; entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans ; afin de renforcer le suivi de la santé chez les jeunes (15). Ces deux dernières consultations sont l'occasion d'aborder tous les aspects de la santé des adolescents afin de les inciter à en prendre soin. Elles offrent une occasion idéale pour discuter des recommandations concernant leurs habitudes de vie, en les interrogeant sur leur alimentation, leur niveau d'activité physique et leur sommeil.

L'adolescence, période définie par l'OMS entre 10 et 19 ans, constitue une période de transition majeure entre l'enfance et l'âge adulte marquée par des changements physiques, psychologiques et sociaux significatifs (16). Elle se présente comme une phase d'adaptation importante au cours de laquelle les jeunes doivent mettre en place les fondements d'une vie saine et d'une santé équilibrée. En effet, durant l'adolescence, la surveillance médicale devient souvent moins régulière alors que de nouveaux enjeux de santé émergent. Il est donc primordial de promouvoir les échanges entre les jeunes et leur médecin généraliste.

Les diverses mesures et initiatives pour atteindre les objectifs du PNNS sont étroitement liées les unes aux autres. En effet, la réduction de la prévalence de l'obésité chez les enfants et les adolescents exige la mise en œuvre de multiples actions combinées dans le domaine de la prévention. Cela implique particulièrement d'encourager tous les enfants et leurs familles à adopter des comportements favorables à leur santé en termes d'alimentation et d'activité physique, dans le cadre de la prévention primaire.

Mon travail de thèse s'inscrit dans cette démarche et a pour but de répondre à la question :
« Quel est le rôle du médecin généraliste dans le dépistage et la prévention primaire du surpoids et de l'obésité chez les adolescents ? »

II - MATERIEL ET METHODES

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale, réalisée auprès des médecins généralistes exerçant en Aveyron et portant sur le dépistage et la prévention primaire du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent. Elle a été réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme.

L'objectif principal est d'évaluer les pratiques des médecins généralistes dans le dépistage et la prévention primaire du surpoids et de l'obésité chez les adolescents.

Les objectifs secondaires de cette étude sont d'identifier les freins à la promotion de la prévention primaire du surpoids ainsi que d'évaluer les sources et moyens de communications utilisés pour délivrer les recommandations des règles hygiéno-diététiques aux adolescents.

B. Population cible

La population cible de cette étude était représentée par les médecins généralistes libéraux installés exerçant en Aveyron. Le recrutement de la population a été réalisé à partir de l'annuaire des médecins disponible sur le site de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Un total de 236 médecins a été recensé.

1) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin spécialiste en médecine générale, ayant une activité libérale, installé au premier septembre 2023 et exerçant en Aveyron.

2) Critères d'exclusion

Les médecins non inclus dans cette étude étaient les médecins généralistes remplaçants, retraités ou salariés, les internes ainsi que les médecins généralistes n'exerçant pas en tant que généraliste mais ayant un exercice particulier (homéopathe, acupuncteur, médecine d'urgence ou activité hospitalière).

C. Elaboration du questionnaire

Une recherche bibliographique préalable a été menée auprès des bases de données suivantes : SUDOC, PubMed, Cairn.info, Cochrane Library et Medline. Les principaux mots-clés utilisés ; conformes au Medical Subject Headings (MeSH) ; pour les équations de recherche en français étaient les suivants : surpoids, obésité, adolescent, prévention, dépistage, alimentation, activité physique, sommeil, écrans.

Le questionnaire a été réalisé via Google Forms, un outil gratuit et disponible en ligne.

Il comprend 20 questions à choix unique ou multiples et se divise en 3 parties :

- La première partie correspond aux questions 1 à 6. Elle visait à recueillir les données socio-épidémiologiques des participants.
- La seconde partie correspond aux questions 7 à 15. Le but était de recueillir les pratiques d'exercice concernant le dépistage et la prévention primaire du surpoids face à des adolescents en consultation.
- La troisième partie correspond aux questions 16 à 20. Cette partie du questionnaire avait pour but d'évaluer les perspectives d'évolution et d'amélioration possible dans ce domaine.

Le questionnaire complet est disponible en Annexe n°2.

Les recommandations issues de la HAS concernant le parcours de soins du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent datant de 2011 ainsi que celles du PNNS 4 ont permis l'élaboration de la trame du questionnaire.

Avant sa diffusion à la population cible, la version initiale du questionnaire a été soumise à une phase pré-test afin de tester sa compréhension et la pertinence des questions posées auprès d'un échantillon de 3 médecins généralistes. Des modifications ont été apportées en tenant compte des remarques afin d'améliorer la qualité du questionnaire définitif.

D. Diffusion

Les cabinets des médecins généralistes aveyronnais ont été contactés par téléphone, à partir de l'annuaire santé de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM). Le questionnaire a été envoyé par mail, soit à l'adresse des secrétariats soit directement à l'adresse des médecins. Il était accompagné d'une préface expliquant l'objectif de l'étude et assurant le respect de l'anonymat de chaque médecin. J'ai également distribué une version papier du questionnaire dans les Maisons de Santé des villes se trouvant en périphérie de la ville de Rodez.

Un premier envoi a eu lieu le 20/11/2023, puis deux relances ont été effectuées en janvier, puis février 2024. Le recueil a pris fin le 29/02/24.

E. Recueil des données et analyse statistique

Les données ont été recueillies par le biais du questionnaire anonyme créé sur la plateforme Google Forms®. Les données ont ensuite été collectées puis analysées à partir du logiciel Microsoft Excel®. Les analyses statistiques ont également été réalisées sur un tableur Excel®.

F. Démarche réglementaire et éthique

Cette étude évaluant les pratiques des médecins généralistes et se faisant par questionnaire sans données médicales, elle n'entre pas dans le cadre de la loi Jardé relative à la Recherche Impliquant La personne Humaine. Ainsi nous n'avons pas dû déposer de dossier auprès d'un comité de protection des personnes. 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 » via une déclaration faite auprès de la Commission Nationale Informatiques et Libertés (CNIL).

III – RÉSULTATS

A. Objectif principal

1) Diagramme de flux

L'annuaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) recense 249 médecins exerçant en Aveyron. Parmi eux, seuls 236 correspondent aux critères d'inclusion de mon travail de recherche de thèse. Le questionnaire a été envoyé par mail à 236 médecins généralistes. 92 d'entre eux ont répondu, soit un taux de participation de 38,9%.

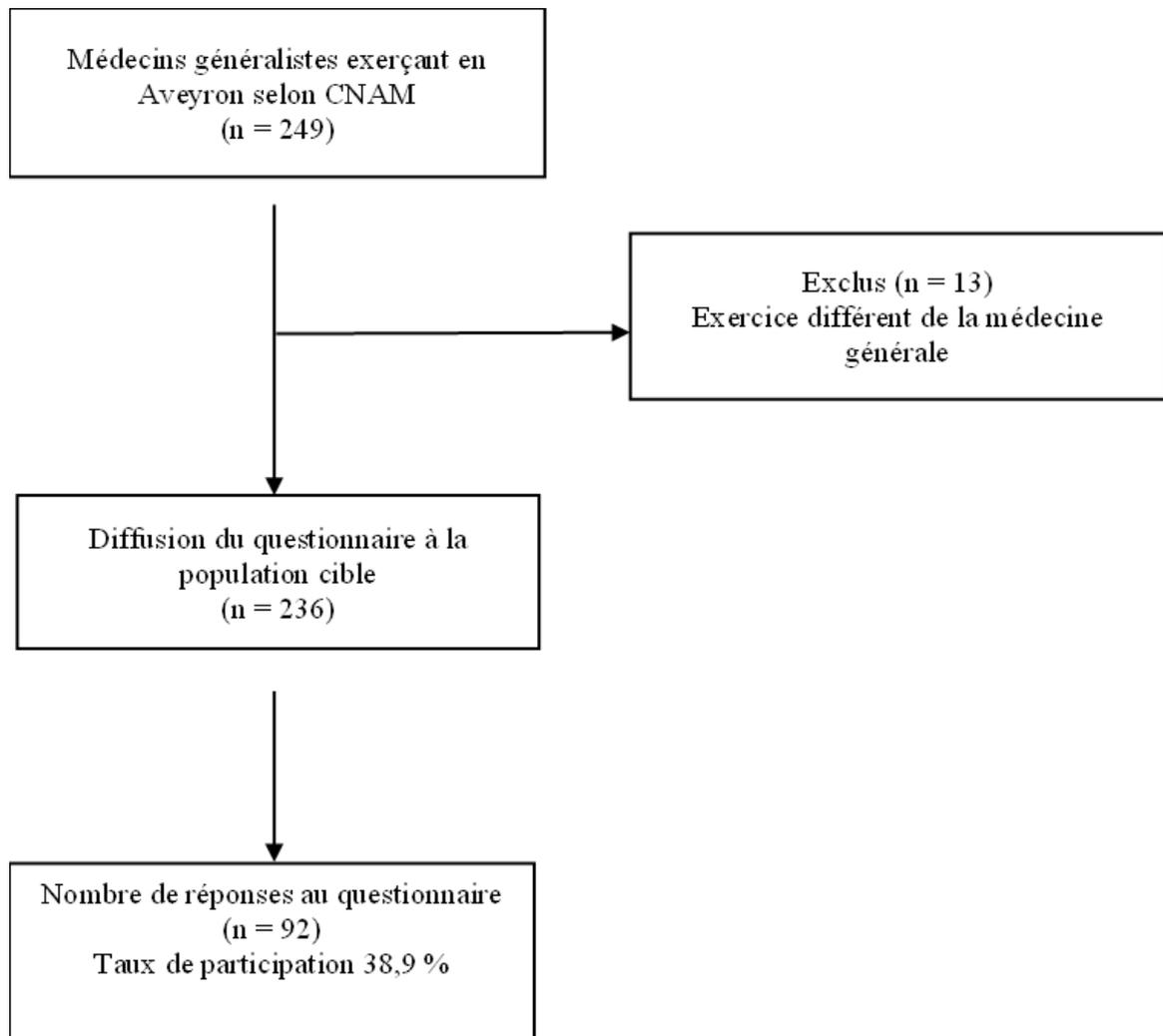


Figure 1 - Diagramme de flux

2) Caractéristiques de la population d'étude

L'ensemble de ces caractéristiques sont présentées dans les tableaux n°1 et n°2 (Annexe n°3).

L'échantillon se compose essentiellement de femmes (72%). L'âge moyen de l'échantillon est de 42 ans (minimum = 29 ans et maximum = 66 ans). L'âge médian est de 39,5 ans.

Les médecins généralistes exercent principalement en zone semi-rurale (47%) et en zone rurale (38%). Ils exercent majoritairement en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (64%), dont 15% d'entre eux bénéficient d'un(e) infirmier(e) asalée, 8% d'un(e) diététicien(ne) et 34% bénéficient des deux.

Concernant leur formation, 64% des médecins répondant n'ont bénéficié d'aucune des formations proposées dans le questionnaire. 15% avaient réalisés une formation pédiatrie/médecine de l'adolescents ou une formation sur le surpoids et/ou l'obésité de l'enfant et de l'adolescents. Un faible nombre d'entre eux (4%) ont bénéficié d'une formation en Nutrition ou Maladies Métaboliques. 12% d'entre eux ont réalisés une formation en Education Thérapeutique.

Enfin, seulement 5% des médecins font partie du réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées.

3) Suivi de la croissance staturo-pondérale des adolescents

a. Consultation de routine

L'ensemble de ces caractéristiques sont présentées dans le tableau n°3 (Annexe n°3).

- **Suivi de la croissance staturo-pondérale**

Lors des consultations de routine chez les adolescents, le poids est mesuré au moins une fois par an dans 97% des cas, la taille dans 98% des cas, et l'IMC est calculé dans 98% des cas.

- **Report sur les courbes du carnet de santé**

Le report systématique sur la courbe de croissance est effectué dans 54% des cas pour le poids, 56% des cas pour la taille, et 56% des cas pour l'IMC.

- **Temps de consultation seul avec l'adolescent**

Concernant le temps de consultation accordé seul avec l'adolescent au cours d'une consultation, seulement 9% des médecins le proposent systématiquement. 73% le proposent s'ils le jugent nécessaire durant la consultation, 16% uniquement à la demande des parents ou de l'adolescent et 2% ne le proposent jamais.

b. Consultations de suivi obligatoires chez les adolescents

L'ensemble de ces caractéristiques sont présentées dans le tableau n°4 (Annexe n°3).

- **Réalisation des consultations de suivi obligatoire**

91% des médecins assurent la consultation de suivi obligatoire requise entre 11 et 13 ans. En revanche, seulement 40% assurent la consultation prévue entre 15 et 16 ans.

- **Durée des consultations de suivi**

En ce qui concerne la durée des consultations de suivi obligatoire chez les adolescents, 11% des médecins les limitent à 15 minutes, 86% accordent entre 15 et 30 minutes, tandis que 3% consacrent plus de 30 minutes à ces consultations.

4) Pratiques de la prévention primaire du surpoids

L'ensemble de ces caractéristiques sont présentées dans le tableau n°5 (Annexe n°3).

- **Connaissances des facteurs de risque**

Les facteurs les plus identifiés comme à risque de surpoids et d'obésité sont les mauvaises habitudes alimentaires, le faible niveau d'activité sportive et les antécédents familiaux de surpoids ou d'obésité. Les moins reconnus comme à risque sont l'insuffisance de sommeil et les échecs ou difficultés scolaires.

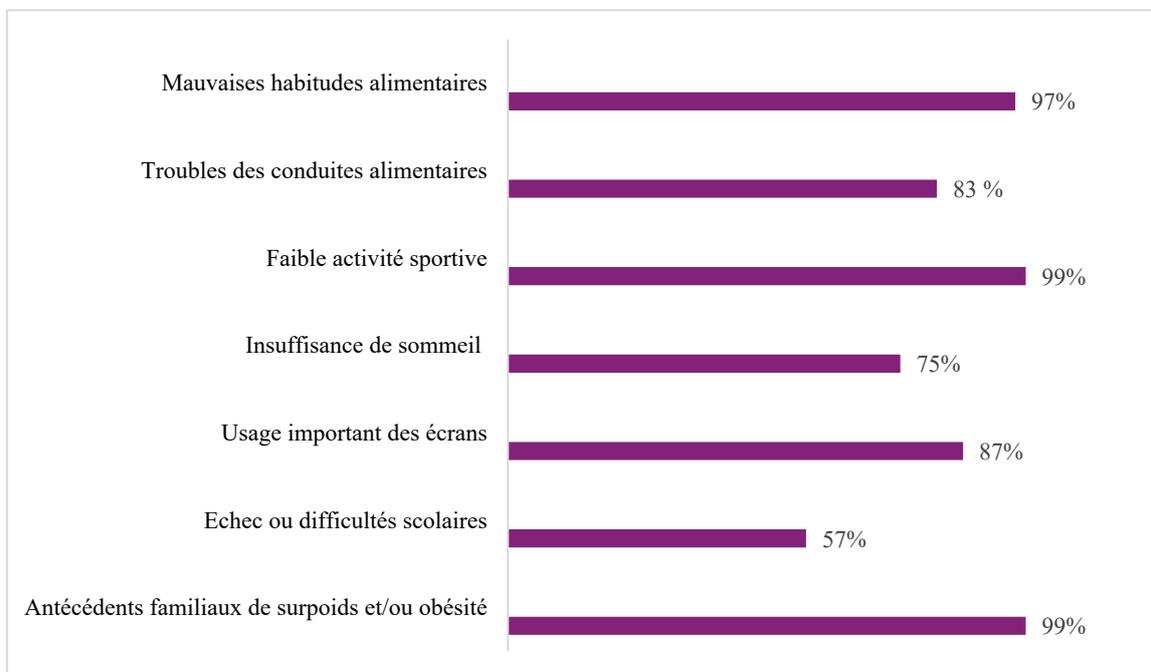


Figure 2 - Connaissances des facteurs de risque de surpoids et d'obésité

- **Rappel des recommandations des règles hygiéno-diététiques aux adolescents**

Le rappel systématique aux adolescents des recommandations liées aux règles hygiéno-diététiques est réalisé par 76% des médecins.

B. Objectifs secondaires

1) Perspectives d'évolution

L'ensemble de ces caractéristiques sont présentées dans les tableaux n°5 et 6 (Annexe n°3).

- **Rôle et investissement du médecin généraliste**

La prévention primaire du surpoids est considérée comme faisant partie intégrante du rôle du médecin généraliste par 99% des médecins interrogés. Cependant, seulement 45% d'entre eux estiment s'investir assez dans ce domaine.

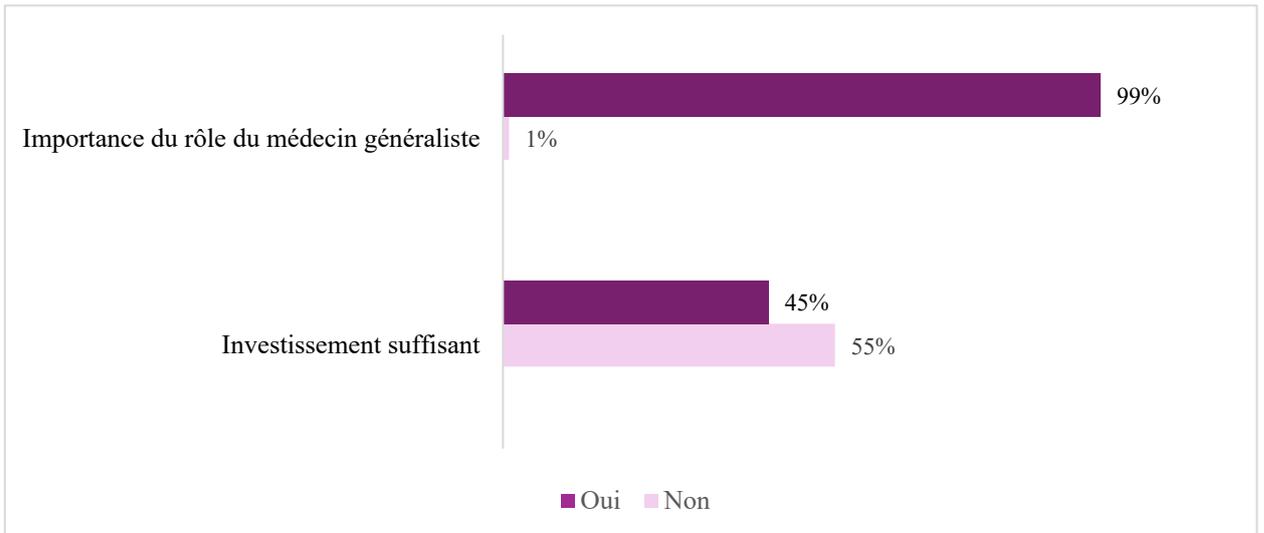


Figure 3 – Implication du médecin généraliste en dépistage et prévention primaire du surpoids

- **Les freins**

La majorité des MG mettent en avant la difficulté d'implication des parents ou de l'adolescent dans cette démarche ainsi que le manque de temps durant les consultations. Près de la moitié des médecins rapporte des difficultés pour aborder le sujet au cours de la consultation. Parmi les autres freins décrits en question ouverte, on retrouve la faible fréquence des consultations durant l'adolescence, une mauvaise hygiène de vie familiale globale, le manque de ressources disponibles et facilement accessibles à la prise en charge.

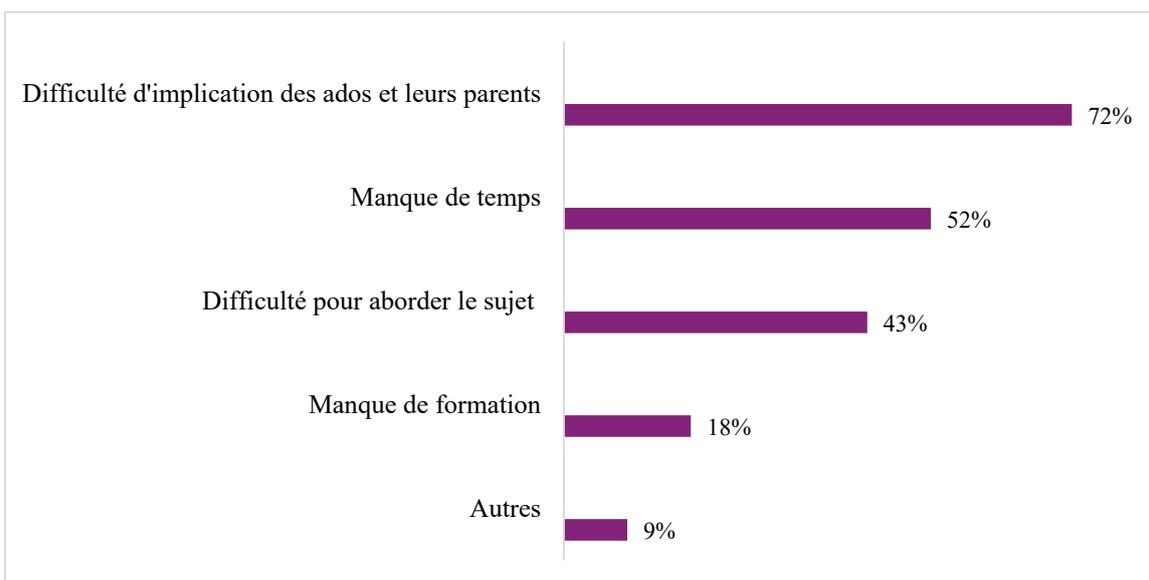


Figure 4 - Freins au dépistage et à la prévention primaire durant la consultation du MG

- **Sources d'informations en consultation**

Les sources sur lesquelles ils se basent pour délivrer les informations sont partagées : 33% utilisent le PNNS, 31% le site internet mangerbouger.fr, 26% les recommandations de la HAS. 21% se basent sur leurs propres formations complémentaires et 30% déclarent utilisées d'autres sources que celles proposées dans le questionnaire, sans les citer.

- **Les moyens de communication**

Les conseils oraux sont le plus couramment utilisés. Parmi les autres moyens, les résultats varient : un tiers d'entre eux environ utilisent des conseils écrits et des affiches dans leur cabinet ou la salle d'attente.

Les écrans d'affichage de messages de prévention, les brochures ainsi que les recommandations de sites internet sont moins fréquents. Enfin, 5% évoquent d'autres moyens tels que des fiches écrites par le médecin lui-même.

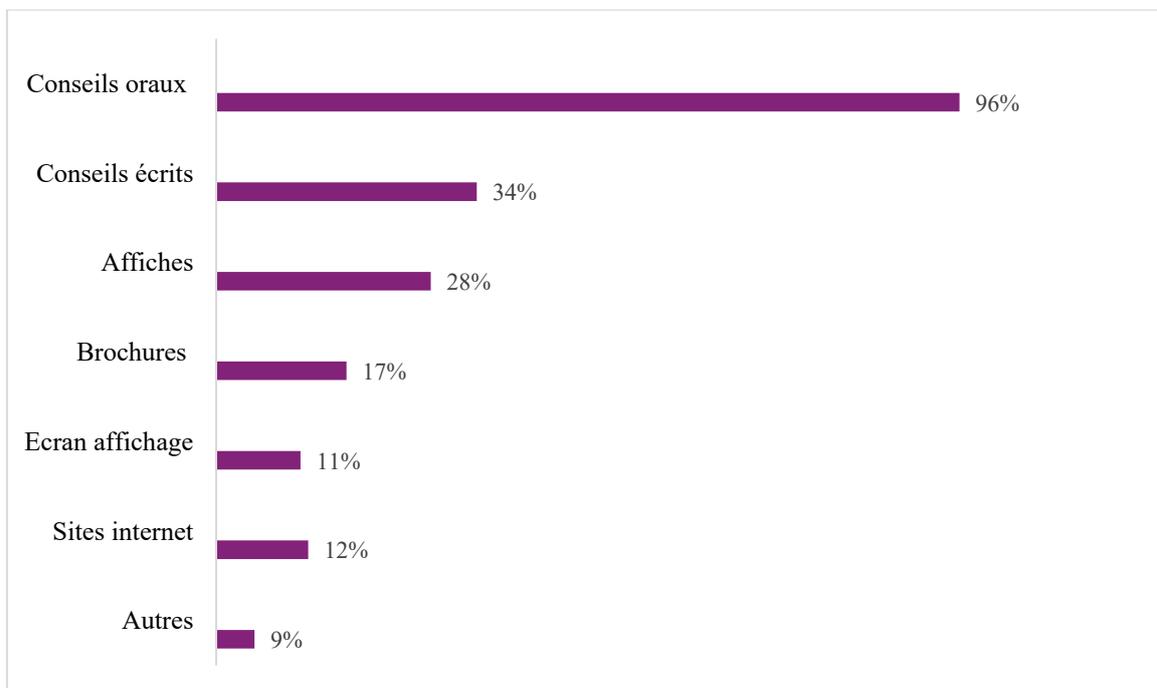


Figure 5 - Moyens de communication et d'information envers les patients

- **Intérêt pour la formation en éducation thérapeutique**

Concernant l'intérêt pour la réalisation de formation en éducation thérapeutique, les résultats sont divisés : 51% des médecins interrogés y seraient favorables.

IV – DISCUSSION

A. Limites et forces de l'étude

L'originalité du sujet constitue un élément notable : en effet, contrairement à de nombreuses thèses centrées sur la prise en charge des adolescents déjà en situation de surpoids, il existe peu de recherches sur la prévention primaire du surpoids dans cette population.

De plus, le taux de participation important au questionnaire atteignant 38,9% suggère une bonne représentativité du panel des médecins généralistes aveyronnais. Ce fort taux de réponse témoigne de l'intérêt et de l'engagement de ces professionnels de santé, conférant une grande pertinence aux données recueillies. La participation significative renforce la crédibilité et la validité des résultats obtenus. Le taux élevé de participation peut aussi s'expliquer en partie par la diversité des modes de distribution du questionnaire, qui a été envoyé par mail à plusieurs reprises et également distribué en version papier lors de mes visites directes à certaines maisons de santé.

Cependant, l'étude présente certaines limites. Un biais potentiel est lié aux questions ouvertes du questionnaire, dont les réponses n'étaient pas obligatoires ; cela a pu conduire à des réponses parfois incomplètes et à un manque d'informations pour l'interprétation des résultats. De plus, la définition du surpoids aurait pu être abordée en questionnaire pour vérifier la bonne connaissance de la définition chez les enfants et adolescents par les médecins généralistes.

B. Interprétation des résultats

1) Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la pratique des médecins généralistes sur le dépistage et la prévention primaire du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent.

a. Dépistage du surpoids

Le dépistage du surpoids, par le relevé de taille, du poids et du calcul de l'IMC est effectué par la grande majorité des médecins interrogés, lors des consultations de routine ou des consultations de suivi obligatoires. Les recommandations émises par la HAS préconisent un suivi de la croissance staturo-pondérale minimum annuel à partir de l'âge de 6 ans et un suivi plus régulier si des facteurs de risque de surpoids sont identifiés par le médecin (5). En

revanche, seulement un peu plus de la moitié des médecins reportent toujours les données sur les courbes de croissance statur pondérale du carnet de santé. Cependant, les recommandations suggèrent de réaliser systématiquement le report de la taille, du poids ainsi de l'IMC sur les courbes afin de réaliser un suivi régulier de la croissance des enfants et des adolescents. En effet, la consignation précise de ces paramètres anthropométriques dans le dossier médical des adolescents est d'une grande importance pour leur suivi. Tout d'abord, en traçant de manière régulière les courbes de croissance lors des consultations il devient alors plus aisé de surveiller l'évolution de leur croissance statur pondérale. En comparant les mesures individuelles aux normes établies pour l'âge et le sexe, les médecins généralistes peuvent détecter rapidement toute variation inhabituelle, comme une ascension continue ou un changement de couloir de l'un des paramètres, pouvant être en faveur d'un surpoids. Ces tracés permettent une surveillance proactive offrant la possibilité d'une intervention rapide et personnalisée. De plus, il est essentiel de présenter et de discuter l'évolution des courbes avec l'adolescent lui-même, favorisant ainsi son implication dans la gestion de sa propre santé. Les logiciels médicaux utilisés en consultation permettent de saisir les données anthropométriques mais ne calculent pas toujours automatiquement l'IMC ni ne génèrent les courbes de croissance. Intégrer systématiquement ces fonctionnalités dans ces logiciels pourrait aider les médecins généralistes à suivre plus efficacement la croissance de leurs jeunes patients.

b. Connaissances des facteurs de risque de surpoids et d'obésité

Notre étude montre également que les facteurs de risque de surpoids sont bien connus de la majorité des médecins, notamment concernant le rôle de l'alimentation et de l'activité physique. La connaissance de ces facteurs est essentielle pour repérer efficacement ces indicateurs dans le comportement des adolescents. Cependant, on note que 25% d'entre eux n'identifient pas l'insuffisance de sommeil comme à risque de prise de poids, et semble donc accorder moins d'importance au rôle du sommeil dans la surcharge pondérale des adolescents. L'étude ECOGEN menée en 2012 souligne aussi que le sommeil et la nutrition font partie des domaines de prévention les moins abordés auprès des adolescents par leur MG (17). Néanmoins, le manque de sommeil a de nombreuses conséquences à l'adolescence, notamment sur la prise de poids (18, 19). Le médecin généraliste doit y être vigilant car le temps de sommeil chez les adolescents français diminue de façon importante au cours des dernières années (20). Également, les échecs ou difficultés scolaires sont

faiblement reconnu comme facteur de risque de surpoids dans cette étude. Dans le cadre du dépistage et la prévention du surpoids, la HAS rappelle qu'il faut systématiquement évaluer les habitudes de vie (habitudes alimentaires, pratique d'activité physique et sportive, niveau de sédentarité, usage des écrans) mais aussi le bien-être de l'adolescent. Ce dernier doit être appréhendé du point de vue de l'adolescent, en l'évaluant à travers la vision de lui-même, les relations avec son entourage, la réussite scolaire et la réalisation d'activités de loisirs épanouissantes (5). J'ai choisi de limiter le choix des items proposés dans la question portant sur la reconnaissance des facteurs de risque de surpoids pour se concentrer sur ceux dont les médecins généralistes pouvaient exercer une influence sur le comportement ou permettre d'entreprendre une discussion avec l'adolescent ou ses parents. Il aurait peut-être été plus judicieux de proposer « le mal-être de l'adolescent » en substitution de l'item « échec ou difficulté scolaire » comme proposition de facteur de risque de surpoids afin d'être plus clair pour les médecins généralistes interrogés. Toujours est-il qu'il ne faut pas négliger cet abord dans la prévention primaire du surpoids. Ainsi, l'évaluation de leurs habitudes de vie permet d'engager des changements si cela est nécessaire ou bien de les encourager dans leurs bonnes habitudes.

En conséquence, les facteurs de risque du surpoids énoncés sont donc bien connus des médecins généralistes, or la prévalence du surpoids chez les adolescents reste trop élevée. On peut s'interroger sur les modalités selon lesquelles le médecin généraliste aborde ces éléments durant la consultation.

Dans notre étude, peu de médecins font partie du réseau RéPPOP. Cependant, il existe d'autres programmes de prévention dont "Mission : retrouve ton cap" ciblant les enfants de 3 à 12 ans en situation de surpoids ou d'obésité, ou présentant des signes précurseurs sur leur courbe de corpulence (21). Ce programme offre un suivi personnalisé pluridisciplinaire sur 2 ans, comprenant trois bilans (diététique, activité physique, psychologique) et six séances de suivi nutritionnel et/ou psychologique, renouvelables deux fois si nécessaire. En 2021, une évaluation a montré des impacts positifs sur la santé des adolescents, malgré une inclusion limitée en prévention primaire (seulement 4% des adolescents). Les entretiens avec les familles ont confirmé des changements dans les habitudes alimentaires et une augmentation de l'activité physique grâce à cette prise en charge (22). Promouvoir ce dispositif auprès des médecins généralistes pourrait améliorer sa reconnaissance et son utilisation dans la prévention primaire du surpoids.

c. Réalisation des consultations de suivi obligatoires

Une grande partie des médecins réalise la première consultation de l'adolescence, prévue entre 11 et 13 ans (91%) alors que moins de la moitié d'entre eux (40%) effectue celle prévue entre 15 et 16 ans. La réalisation des consultations obligatoires de suivi par le médecin généraliste telles que spécifiées dans le carnet de santé, relève d'une grande importance dans la pratique médicale. Ces consultations constituent des occasions cruciales pour surveiller de près le développement physique et psychologique des adolescents ainsi que pour répondre à leurs interrogations et leur fournir des conseils adaptés (23). La consultation entre 15 et 16 ans est importante dans la transition vers l'âge adulte : à cette période, les adolescents sont confrontés à de nouveaux défis et questions de santé, dont cette consultation offre un cadre propice pour aborder ces sujets, fournir un soutien approprié et élaborer un plan de suivi personnalisé pour chacun d'entre eux. La baisse de la réalisation de la consultation prévue entre 15 et 16 ans par le médecin généraliste pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs. Tout d'abord, à cet âge, les adolescents peuvent être plus autonomes dans la gestion de leur santé et moins enclins à consulter régulièrement un médecin. Ils sont également moins conscients de l'importance et l'utilité des consultations médicales régulières pour leur bien-être à long terme et leur santé. Les adolescents peuvent aussi ressentir une gêne ou une réticence à aborder certains sujets avec leur médecin, pouvant les dissuader de consulter.

Par ailleurs, le médecin doit être aussi acteur de prévention et proposer une consultation de suivi annuelle ou rappeler lors des consultations de routine que des consultations plus globales sont également nécessaires et pour certaines inscrites dans le carnet de santé que les adolescents ou même leurs parents peuvent méconnaître. En effet, les adolescents sont rarement vus en consultation en dehors de motifs aigus et ne consulteront pas à leur initiative pour parler de leur santé.

De plus, en dehors du rappel vaccinal prévu entre 11 et 13 ans, il n'existe pas d'autre vaccin obligatoire durant l'adolescence pouvant motiver une consultation. L'élargissement des compétences des pharmaciens et sage-femmes dans la prescription et réalisation de la vaccination à partir de l'âge de 11 ans réduit aussi la motivation d'une consultation avec le médecin généraliste (24).

Il est important de noter que le décret gouvernemental de 2021 qui remplace les certificats médicaux de non-contre-indication à la pratique sportive par un questionnaire rempli par

l'adolescent et ses parents, a pu réduire le nombre de consultations privant ainsi certains médecins de l'occasion de discuter de prévention avec leurs patients.

Pour pallier le manque de consultation, les adolescents suggèrent d'accroître le recours aux téléconsultations, ce qui leur offrirait davantage d'autonomie et simplifierait la gestion de leur emploi du temps quotidien (25). Un travail de thèse réalisé en 2023 suggère aussi l'envoi de rappels des consultations de suivi obligatoires par courrier ou par e-mail aux parents, à l'instar des pratiques en place pour le dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus chez les adultes, ou encore pour le suivi dentaire M'T dents (26). Afin d'améliorer l'efficacité de la prévention primaire du surpoids chez les adolescents, il pourrait être donc bénéfique d'augmenter la fréquence des consultations de suivi obligatoires.

Enfin, une autre suggestion serait l'utilisation d'un questionnaire à réaliser par l'adolescent en amont de la consultation. C'est la proposition issue du travail de thèse du docteur Dumont en 2023 abordant 4 thèmes (généralités, alimentation, activité physique, habitudes de vie) dans le but de proposer un outil numérique facile et pratique dans la prévention primaire du surpoids et son dépistage chez l'adolescent afin d'ouvrir ensuite la discussion sur ces sujets en consultation (27).

Une autre possibilité d'améliorer la prise en charge des adolescents pourrait être d'encourager un temps de consultation seul avec les adolescents. En effet, notre étude a révélé que seulement 8% des médecins proposent systématiquement cette possibilité alors que la majorité ne le fait que si cela semble nécessaire pendant la consultation. Dans la pratique de la médecine générale, accorder un temps de consultation dédié à l'adolescent est un élément essentiel, d'ailleurs inscrit à son attention dans le carnet de santé. Les recommandations actuelles suggèrent donc une consultation en 4 temps, débutant par un entretien avec le parent et l'adolescent afin de lister les motifs de consultation, en s'assurant de « qui demande quoi et pour qui », puis un moment seul avec l'adolescent, la réalisation de l'examen clinique et enfin un temps de synthèse avec l'adolescent et sa famille en s'interrogeant sur « Que dire à qui, comment et pourquoi ? » (28).

Durant la consultation, en s'adressant directement à l'adolescent, le médecin place ce dernier au cœur de la consultation, démontrant ainsi l'importance qui lui est accordée (29). Plusieurs travaux de thèse s'intéressant à l'avis des adolescents sur leur relation avec leur médecin traitant mettent en évidence leurs souhaits : ils attendent beaucoup de l'attitude du médecin, notamment du respect, de la disponibilité ainsi qu'un regard neutre et sans jugement. (11, 12). Il est important de leur rappeler qu'ils ont la possibilité de planifier une consultation seule avec le médecin, en particulier si la présence d'une tierce personne peut être un frein à

l'organisation de celle-ci. Le choix du médecin traitant à l'âge de 16 ans est un pas symbolique vers l'autonomie, soulignant ainsi l'intérêt et la nécessité de consulter seul (30). Même si les parents apparaissent comme le principal confident pour les adolescents, le médecin généraliste devient une personne ressource lorsqu'ils craignent un jugement de comportement par leurs parents : ils apprécient la possibilité de pouvoir s'entretenir seul avec le médecin, les rendant ainsi plus responsables de leur santé (31). En effet, ce moment est privilégié, l'adolescent peut s'exprimer en toute confidentialité favorisant un climat de confiance où l'adolescent se sent libre de discuter de ses préoccupations de santé, qu'elles soient physiques, émotionnelles ou sociales. C'est également l'occasion pour aborder ses habitudes de vie, recueillir ses attentes et besoins d'informations pour l'encourager par la suite à être plus réceptif aux conseils et aux recommandations du médecin concernant sa santé.

Par conséquent, les adolescents alternent entre le besoin de soutien parental et leur envie d'indépendance. La relation entre les adolescents, leurs parents et le médecin traitant doit concilier à la fois le droit de regard du parent et le droit au secret médical de l'adolescent (32).

d. Rappel des mesures hygiéno-diététiques

Par la suite, je me suis interrogée sur la réalisation par le médecin généraliste du rappel des mesures hygiéno-diététiques susceptibles d'influencer le développement du surpoids.

Dans cette étude, les recommandations en matière d'alimentation, d'activité physique, de temps passé devant les écrans et de sommeil sont évoquées par la majorité des médecins en consultation (76%).

Lorsqu'il s'agit de la prise en charge des adolescents, les questions relatives à la sexualité et à la santé mentale sont souvent considérées comme des préoccupations majeures et prioritaires dans cette transition vers l'âge adulte. Cependant, il est important de ne pas négliger que le rappel des mesures hygiéno-diététiques joue également un rôle significatif dans la promotion de leur santé. Il s'agit d'une mesure essentielle au-delà de la prévention du surpoids, qui met l'accent sur les bénéfices d'une alimentation équilibrée, de la pratique d'une activité physique régulière, d'un sommeil de qualité associé à un temps adapté devant les écrans pour maintenir une bonne santé physique et mentale.

Prendre le temps d'aborder ces sujets est d'autant plus important que les recommandations sur les habitudes de vie ne sont pas respectées par la majorité des adolescents français.

En 2015, seuls 51% des garçons et 33% des filles atteignaient les 60 minutes quotidiennes recommandées par l'OMS (33, 2). Les adolescents sont principalement motivés par le plaisir, le sentiment de bien-être et la socialisation dans leur pratique sportive, ce qui souligne l'importance pour le médecin généraliste de promouvoir le "sport-plaisir" durant les consultations (34). Il est également opportun d'orienter les jeunes vers les Maisons Sport-Santé, un programme soutenu par les ministères des Sports et de la Santé depuis 2019, pour encourager une activité physique adaptée et personnalisée pour ceux qui auraient besoin d'être guidé ou motivé (35).

Les médecins généralistes doivent être conscients de la forte prévalence de la sédentarité chez les adolescents, où 79% d'entre eux passent plus de 2 heures par jour devant des écrans en 2017 (36). L'augmentation de l'exposition aux écrans chez les adolescents et les enfants plus généralement constitue un problème majeur de santé publique. Cette tendance contribue significativement au déclin de l'activité physique et affecte négativement le sommeil des jeunes, augmentant ainsi le risque de surpoids comme évoqué précédemment.

Enfin, le rappel des bonnes habitudes alimentaires est essentiel dans la prévention primaire du surpoids. A mesure que les jeunes progressent dans leur adolescence, leur besoin croissant d'indépendance se reflète notamment dans leurs choix alimentaires. Les adolescents semblent avoir conscience du rôle de l'alimentation sur la santé, sans avoir les connaissances suffisantes pour en comprendre pleinement les enjeux. Le médecin généraliste doit donc s'efforcer de comprendre l'environnement dans lequel vit l'adolescent (son entourage, sa culture, son niveau social) afin de le conseiller le mieux possible.

En rappelant régulièrement l'importance d'une alimentation équilibrée, de l'activité physique et d'un sommeil suffisant, les médecins généralistes peuvent encourager les adolescents à adopter des comportements favorables à leur santé, soulignant ainsi l'importance des consultations de suivi prévues à 11-13 ans et 15-16 ans, et la pertinence de consultations supplémentaires en cas de facteurs de risque identifiés.

2) Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude étaient d'identifier les freins à la promotion de la prévention primaire du surpoids ainsi que d'évaluer les sources et moyens de communications utilisés pour délivrer les recommandations des règles hygiéno-diététiques aux adolescents dans le but de dégager de nouvelles perspectives pour l'avenir.

La quasi-totalité des médecins de notre étude reconnaissent que la prévention primaire du surpoids constitue l'un des nombreux défis auxquels est confronté le médecin généraliste. Cependant, cette prise de conscience est en contradiction avec le constat selon lequel moins de la moitié d'entre eux estiment s'investir suffisamment.

a. Identification des freins

Le principal frein identifié par les médecins généralistes dans notre étude est la difficulté d'implication des adolescents et de leurs parents. Le rôle des parents est essentiel dans le maintien de l'équilibre de vie des adolescents, ces derniers étant résidents du foyer familial et donc susceptibles d'être influencés par les habitudes de vie familiales. Ainsi, lorsque les parents ne portent pas une attention suffisante à leur propre hygiène de vie, ils risquent de fournir un exemple peu favorable à leurs enfants. Il peut être difficile d'aborder cette problématique en consultation médicale, car les parents peuvent être réticents à changer leurs propres comportements. Ce constat rejoint celui des MG interrogés : près de la moitié signalent des difficultés à aborder la question de la prévention du surpoids lors des consultations. L'initiation d'un dialogue à ce sujet peut être perçue comme moralisatrice par les adolescents, ne saisissant pas pleinement l'importance des conseils donnés, particulièrement s'ils estiment être déjà en bonne santé.

Le médecin peut s'appuyer sur l'aide d'autres professionnels de santé, tels que les infirmières asalées, qui jouent un rôle essentiel dans la promotion de la santé des jeunes à travers l'organisation d'ateliers et de séances d'information, notamment sur l'alimentation équilibrée et l'activité physique, en leur offrant des conseils personnalisés ainsi qu'un suivi régulier si besoin. Le succès de la prise en charge repose sur le travail multidisciplinaire et surtout l'adhésion de l'adolescent à ces consultations (37). Dans notre étude, 34% des médecins bénéficient à la fois de la présence d'une infirmière asalée et d'un diététicien au sein de leur MSP. En revanche, 43% des médecins ne bénéficient d'aucun de ces deux professionnels de santé. Il serait pertinent d'explorer dans une autre étude si la collaboration avec ces professionnels permet aux médecins généralistes de renforcer leur sensibilisation à la prise en charge du surpoids infantile.

Le manque de temps durant les consultations est rapporté par plus de la moitié des médecins, or 86% d'entre eux ont également répondu accorder un temps de consultation entre 15 et 30 minutes. Si un temps de 15 minutes semble insuffisant pour une consultation de suivi obligatoire, un temps de consultation au-delà de 30 minutes semble être peu réalisable en

pratique dans l'organisation des journées déjà très denses des médecins. Plusieurs travaux de thèse suggèrent l'instauration d'une consultation préventive annuelle pour tous les adolescents prise en charge à 100% par la caisse d'assurance maladie d'affiliation, qui pourrait offrir l'opportunité de consacrer le temps nécessaire à l'abord des mesures préventives et de renforcer l'alliance thérapeutique avec leur médecin (25).

Le manque de formation cité par 18 % des médecins généralistes met en lumière un besoin d'amélioration continue de leurs connaissances et pratiques, afin de s'adapter au défi que présente la prévention primaire du surpoids chez les adolescents. La spécificité de la population adolescente, avec ses particularités psychosociales et comportementales, peut rendre difficile l'application de stratégies de prévention efficaces, d'autant plus que les jeunes sont souvent peu réceptifs à ces messages. Cette situation peut engendrer une certaine démotivation chez les médecins, freinant leur implication active.

De plus, la formation continue est souvent axée sur des domaines prioritaires comme la gestion des maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, etc.) ou la santé mentale. La prévention primaire, bien qu'importante, n'est parfois pas perçue comme une urgence dans la pratique quotidienne des médecins, ce qui pourrait expliquer ce manque d'investissement dans la formation sur le sujet.

En étant mieux formés à ce sujet, les médecins pourraient jouer un rôle plus actif et efficace dans la lutte contre le surpoids chez les jeunes.

b. Utiliser des sources d'informations adaptées

Dans cette étude, les sources d'informations pour délivrer les messages de prévention sont diverses. Seulement un tiers des médecins recourent au PNNS et au site internet mangerbouger.fr dont il est issu, qui peuvent pourtant être des atouts importants pour la promotion de la santé des adolescents car ils prennent en compte leurs particularités en fournissant des informations claires et ludiques.

Le site internet propose des recommandations nutritionnelles adaptées à chaque tranche d'âge et présente le Nutri-score dont la promotion et le développement font d'ailleurs partie des objectifs du PNNS 4 (38). Par ailleurs, on retrouve aussi un test d'évaluation du niveau d'activité physique que les MG peuvent utiliser en consultation.

Évoquer ce site auprès des adolescents ne garantit pas qu'ils le consulteront mais en discuter représente déjà un premier pas pour les sensibiliser ainsi que leurs parents.

D'autres sources ne sont pas citées mais peuvent être utiles, notamment l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) ou les balises 3-6-9-12+ développées par le Dr Serge Tisseron concernant l'usage des écrans (39, 40). A propos du sommeil, le médecin généraliste peut trouver une source d'information via les recommandations émises par la National Sleep Foundation, reprises par le Réseau Morphée en France (41).

Il est possible que certains médecins ne soient **pas suffisamment familiers** avec ces outils ou qu'ils ne les aient pas intégrés dans leur pratique quotidienne.

En effet, il se peut que ces ressources, bien que disponibles, **ne soient pas suffisamment promues** auprès des médecins généralistes : l'absence de formation spécifique ou d'information régulière sur ces outils pourrait freiner leur utilisation.

Ainsi une meilleure visibilité de ces ressources, via des campagnes de sensibilisation ciblées ou des formations spécifiques, pourrait encourager les médecins à les intégrer dans leurs consultations.

Les adolescents sont une population spécifique, parfois difficile à sensibiliser et à motiver en matière de prévention, notamment sur des sujets comme la nutrition, l'activité physique ou la gestion des écrans. Les médecins peuvent estimer que même en évoquant ces sites ou outils, leur impact réel sur les comportements des jeunes sera limité ce qui peut les décourager à les proposer systématiquement.

Enfin, certains médecins peuvent également avoir une **préférence pour d'autres sources d'informations**, ou se reposer sur leurs propres connaissances cliniques et leurs expériences en matière de prévention.

Pour encourager une plus grande utilisation de ces ressources, il serait pertinent de renforcer la **sensibilisation des médecins généralistes** à leur utilité, à travers des formations continues ou des campagnes d'information ciblées. Les outils comme le site mangerbouger.fr et les recommandations associées en lien avec le PNNS peuvent grandement contribuer à améliorer la prévention, mais cela nécessite que les professionnels de santé les connaissent, les utilisent, et soient convaincus de leur efficacité.

Ainsi, en augmentant la sensibilisation à ces ressources et en les intégrant mieux dans la formation médicale, il serait possible de favoriser leur utilisation dans la pratique courante.

3) Influence sur ma pratique future

La réalisation de ma thèse exercera une influence significative sur ma future pratique en tant que médecin généraliste, notamment en renforçant mon approche préventive de façon plus systématique.

Au cours de mes études, j'ai constaté que de nombreux adolescents en surpoids ne reçoivent pas l'attention nécessaire de la part de leur médecin et que ni eux ni leurs parents ne semblent préoccupés par ce problème. Cette observation m'a sensibilisée à l'importance de la prévention dès le plus jeune âge.

Tout comme les médecins interrogés, j'ai été confrontée au manque d'intérêt qu'apporte les adolescents et leurs parents sur le rappel des bonnes pratiques concernant leur mode de vie, notamment lorsque celui-ci est réalisé chez un adolescent paraissant en bonne santé. La transcription des données sur le carnet de santé était aussi difficile car pour la grande majorité, il n'était jamais apporté en consultation, les parents n'y comprenant plus l'intérêt à l'adolescence.

J'ai également été confrontée au manque de temps pendant les consultations, ce qui rendait difficile l'abord des divers aspects de l'hygiène de vie des patients. Souvent, je n'avais pas connaissance de supports adéquats pour fournir des informations claires et complètes sur l'alimentation, l'activité physique, l'utilisation des écrans et le sommeil. C'est pourquoi j'ai attaché une attention particulière à la recherche des sources d'informations ainsi que les moyens de communications divers pour capter l'attention des adolescents et de leurs parents en consultation. Cela m'a permis de créer des ressources personnelles pratiques sur lesquelles me baser pour ma pratique future.

Ce travail de thèse a également éveillé mon intérêt pour la création et la réalisation d'ateliers de prévention du surpoids ou de séances de sensibilisation sur le mode de vie des adolescents et des enfants en général, en milieu scolaire ou en maison de santé pluridisciplinaire, avec des outils ludiques et éducatifs pour intéresser les jeunes et les faire participer. Le travail pluriprofessionnel en collaboration avec les infirmières Asalées, les diététiciens ou encore éducateurs sportifs me semble être essentiel et enrichissant, à la fois pour les médecins généralistes impliqués et surtout les patients.. Les aspects de l'alimentation et de l'activité physique non directement reliés à la santé par les adolescents pourraient être également intégrés (jeux, plaisir, recettes de cuisine, sociabilisation...) pour favoriser leur adhésion.

Comme évoqué précédemment, l'entourage familial peut influencer positivement ou négativement les comportements alimentaires de l'adolescent, alors intégrer les parents à ces apprentissages pourrait être intéressant avec des répercussions possibles sur la vie quotidienne familiale.

La promotion de la santé chez les jeunes est une mission essentielle du médecin généraliste, à laquelle j'attache une importance particulière.

CONCLUSION

La prévalence élevée du surpoids chez les adolescents en France constitue un problème de santé publique majeur. En tant que premiers interlocuteurs des adolescents en matière de santé, les médecins généralistes jouent un rôle essentiel dans le dépistage et la prévention du surpoids.

Bien que le suivi des mesures anthropométriques soit régulier et les facteurs de risques de surpoids plutôt bien identifiés en médecine générale, il reste néanmoins possible de renforcer l'accompagnement de ces jeunes pour une prise en charge plus efficace.

En effet, si le dépistage et la prévention primaire du surpoids chez l'adolescent sont reconnus comme faisant partie intégrante de leurs missions, de nombreux médecins généralistes estiment pourtant ne pas s'y investir suffisamment.

Des progrès pourraient être réalisés en assurant le tracé des courbes de croissance de manière plus rigoureuse afin de détecter rapidement toute évolution préoccupante ainsi qu'en réalisant les consultations de suivi obligatoires plus fréquemment.

En parallèle, une meilleure communication avec les adolescents permettrait de les sensibiliser et de les impliquer davantage à leur santé. L'un des enjeux majeurs de la prévention primaire du surpoids est d'améliorer l'attractivité des informations transmises. Plusieurs approches semblent se dessiner, notamment la mise en place de consultations spécifiques dédiées à l'évaluation du mode de vie des adolescents.

Une autre approche possible serait de créer des ateliers pluridisciplinaires centrés sur la prévention du surpoids et plus largement, sur la promotion d'une hygiène de vie saine pour les adolescents. Ces ateliers pourraient être organisés dans les collèges, les lycées ou au sein de maisons de santé, impliquant divers professionnels de santé pour offrir une perspective globale et engageante. Aussi, à travers le développement de nouvelles technologies et de nouvelles campagnes médiatiques à large échelle, les messages de prévention pourraient être diffusés et accessibles plus facilement pour les adolescents passant par l'amusement et le plaisir, tout en sensibilisant les jeunes patients sur le rôle que peut avoir le médecin généraliste. Enfin, l'inclusion des parents dans le parcours de soin de leur enfant est essentielle pour la réussite de l'assimilation de tous ces messages.

En adoptant ces stratégies, nous pourrions non seulement améliorer la prise en charge et le suivi des adolescents à risque de surpoids, mais aussi renforcer leur engagement et celui de leurs parents dans la démarche de prévention et de maintien d'une bonne santé.

Le 25/11/2024
Vu, la Présidente du jury
Pr Julie DUPOUY
Médecine Générale

Toulouse, le 09/12/2024
Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
Le Doyen-Directeur
Du Département de Médecine, Maïeutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids. 2024 [Internet]. [Cité 19 déc 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>
2. ESTEBAN 2014-2016 : Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition. 2017. [Internet]. [Cité 19 déc 2023]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/les-resultats-de-l-etude-esteban-2014-2015>
3. Ligue nationale contre l'Obésité. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 2020 [Internet]. [Cité 19 déc 2023]. Disponible sur : <https://liguecontrelobesite.org/enquete-epidemiologique-nationale-sur-le-surpoids-et-lobesite/>
4. CRESS UMR 1153. Courbes de croissance de référence du Carnet de Santé [Internet]. [Cité 19 déc 2023]. Disponible sur : <https://cress-umr1153.fr/fr/courbes-de-croissance-de-reference-du-carnet-de-sante/>
5. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e). Actualisation de la recommandation de bonne pratique de 2011. [Internet]. 2023. [Cité 19 déc 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-02/guide_parcours_surpoids_et_obesite_enfants_adolescents.pdf
6. Organisation Mondiale de la Santé. Communiqué de presse, 25/11/2020 : Pour une meilleure santé, chaque mouvement compte. [Internet]. [Cité 19 déc 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who>
7. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de l'Assemblée Mondiale de la Santé du 22/03/2018 : Projet de plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030. [Internet]. [Cité 19 déc 2023]. Disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_18-fr.pdf
8. Guthold R & Al. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. The Lancet Child & Adolescent Health, 2020, p 23-35.
9. Ministère des solidarités et de la santé, ministère des Sports. Rapport : Stratégie nationale Sport Santé 2019-2024. 2022 [Internet]. [Cité 19 déc 2023]. Disponible sur https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2022_01_rapport_strategie-nationale-sport-sante-2019-2024.pdf
10. Programme National Nutrition Santé 2019-2023. [Internet]. [Cité 19 déc 2023]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
11. INCA3 : étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires. Avis de l'ANSES. Rapport d'expertise collective. 2017. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/content/inca-3-evolution-des-habitudes-et-modes-de-consommation-de-nouveaux-enjeux-en-mati%C3%A8re-de>

12. Santé Publique France. Site Internet Manger Bouger. [Cité 19 déc 2023]. Disponible sur : <https://www.mangerbouger.fr/>
13. Organisation Mondiale de la Santé. Glossaire de la promotion de la santé. 1999. [Internet] Disponible sur : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1
14. RéPPOP (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie) Occitanie. 2024. [Internet]. Disponible sur : <https://reppopmp.fr/>
15. Assurance Maladie. Enfant et adolescent : 20 examens de suivi médical. 25/10/2023. [Internet]. [Cité 15 janv 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/suivi-medical-de-l-enfant-et-de-l-adolescent/enfant-et-adolescent-20-examens-de-suivi-medical>
16. Organisation Mondiale de la Santé. Santé des adolescents [Internet]. [Cité 03 juin 2024]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
17. Vergne C, Bayard S, Rleu-Coltlet L et al. Quels sont les domaines de prévention les plus fréquemment oubliés dans les consultations avec les adolescents et les jeunes adultes ? Une étude transversale ancillaire ECOGEN. Revue Exercer, 2021, p 106-112.
18. Corrêa MM, Borges MA, Oliveira ERA. Sleep duration and overweight : is there a relationship in adolescence ? Revista Brasileira de Epidemiologia, 2021.
19. Deng X, He M, He D et al. Sleep duration and obesity in children and adolescents: evidence from an updated and dose-response meta-analysis. Sleep medicine. 2021, 78, p 169-181.
20. Godeau E, Navarro F, Arnaud C. La santé des collégiens en France, 2010 : données françaises de l'enquête internationale Health behaviour in school-aged children, HBSC. Saint-Denis : INPES éd; 2012.
21. Ameli. « Mission : retrouve ton cap », un dispositif pour prévenir le surpoids et l'obésité infantile. 2023. [Internet] Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/prevention-du-surpoids-et-de-l-obesite-infantile/mission-retrouve-ton-cap-prevention-obesite-infantile>
22. Evaluation de l'expérimentation « Mission : retrouve ton cap ». Rapport d'évaluation. 2021. [Internet] Disponible que : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/rapport-evaluation-experimentation-mission-retrouve-ton-cap_assurance-maladie.pdf.
23. Ministère des Solidarités et de la Santé. Carnet de santé. [En ligne]. 2022 [consulté le 22 avril 2024]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante_2022.pdf

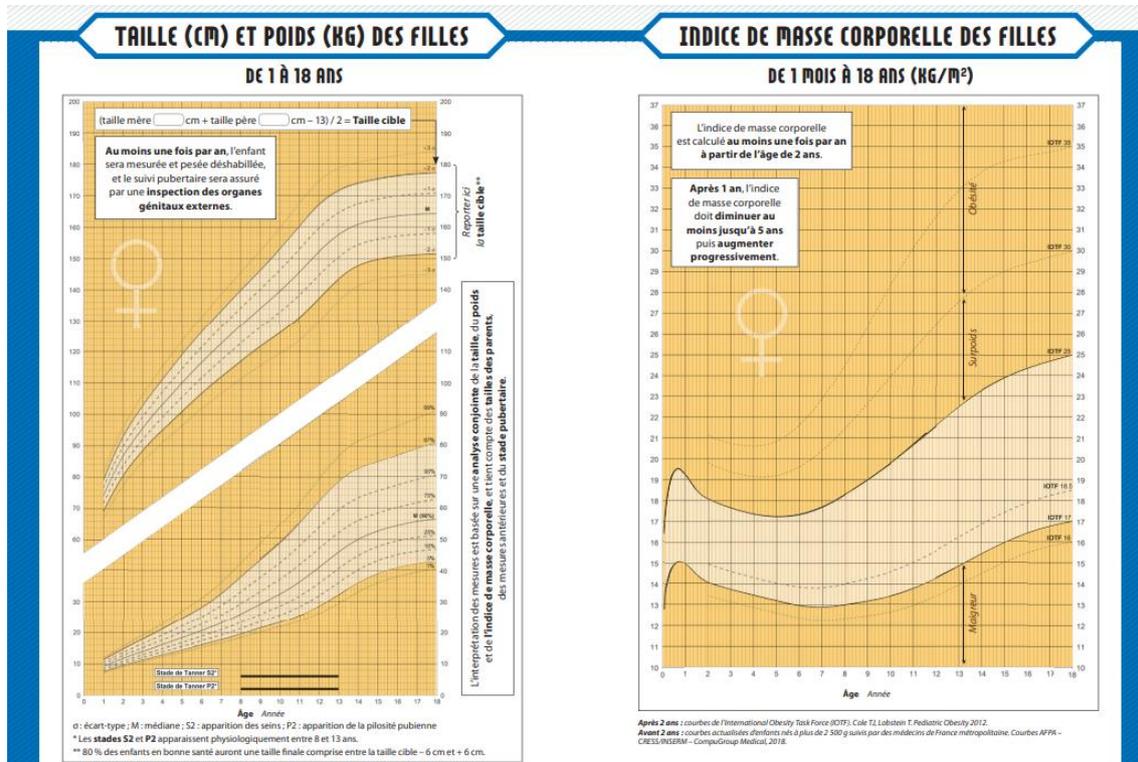
24. Décret n° 2023-736 du 8 août 2023 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers, des pharmaciens d'officine, des infirmiers et des pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur, des professionnels de santé exerçant au sein des laboratoires de biologie médicale et des étudiants en troisième cycle des études pharmaceutiques. Journal Officiel Lois et Décret n°0183 du 09 août 2023, Texte n°41. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2023/8/8/2023-736/jo/texte>
25. Abadie B, Denante E. Faut-il ouvrir un nouvel espace à la relation médecin généraliste-adolescent ? Une étude qualitative en miroir. [Thèse d'exercice Médecine Générale], Faculté de Médecine Aix Marseille, 2019.
26. Lidec M. Intérêt de la création et de la diffusion d'une affiche d'information sur les nouveaux examens intégrés dans le calendrier de suivi médical de l'adolescent : étude quantitative réalisée auprès des patients dans la salle d'attente des médecins généralistes. [Thèse d'exercice Médecine Générale]. Université de Nantes, 2023.
27. Dumont M. Elaboration d'un outil numérique de repérage des adolescents à risque de surpoids et d'obésité. [Thèse d'exercice Médecine générale]. Université de Limoges, 2023.
28. Haute Autorité de Santé ; Manifestations Dépressives : Reconnaître, Évaluer, Prendre en Charge. [Internet]. 2014 [consulté le 22 avril 2024]. Disponible sur : https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2014%2012/manifestations_d_epressives_recommandations.pdf.)
29. Collège de la Médecine Générale. Développer une Approche Populationnelle des Jeunes. [Internet]. 2021 [consulté le 22 avril 2024]. Disponible sur : <https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2021/06/De%CC%81velopper-une-approche-populationnelle-des-jeunes-CMG-2021.pdf>.)
30. Binder P, Heintz AL, Tudrej B et al. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie : Evaluer, accompagner. Revue Exercer, 2018, p169-181.
31. Balay Y, Billion L. Le secret médical chez le mineur en Médecine Générale : le point de vue des adolescents. Etude qualitative auprès de collégiens et de Lycéens en Haute-Garonne. [Thèse d'exercice Médecine Générale]. Université Paul Sabatier, Faculté de Santé de Toulouse, 2017.
32. Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P et al. What do troubled adolescents expect from their GPs ? European Journal of General Practice, 2016, 22, p 247-254.
33. OMS. Article : Activité physique. 2022. [Internet]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
34. Guerre M. Identification des éléments facilitateurs et freinateurs à la pratique du sport chez les adolescents selon leurs propres représentations : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 22 collégiens âgés de 12 à 14 ans. [Thèse d'exercice Médecine Générale]. Université de Nancy, 2021.

35. Le réseau des Maisons Sport-Santé poursuit son déploiement. Dossier de presse. 2022. [Internet]. Disponible sur : https://www.ac-toulouse.fr/sites/ac_toulouse/files/2022-05/dossier-de-presse-sport-sante-2022-35279.pdf
36. ANSES. Avis relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des enfants et des adolescents. 2020. [Internet]. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/content/avis-de-lanses-relatif-%C3%A0-l%E2%80%99%C3%A9valuation-des-risques-li%C3%A9s-aux-niveaux-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-de>
37. Michel-Vernier P. Protocole de coopération ASALEE concernant "le surpoids et l'obésité de l'adolescent" : regards croisés des médecins généralistes et infirmiers ASALEE de Picardie sur les difficultés de prise en charge. [Thèse d'exercice Médecine Générale]. Université de Picardie, Faculté de Médecine d'Amiens, 2023.
38. Programme National Nutrition Santé 4 : Stratégie pour la nutrition de la population. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020).
39. Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. Site internet. [Internet] Disponible sur : <https://afpa.org/actualites/dernieres-recommandations/>
40. Tisseron S. 3-6-9-12 Apprivoiser les écrans pour grandir. [Internet]. Disponible sur : <http://www.3-6-9-12.com>
41. Réseau Morphée : Le sommeil de 0 à 18 ans. [Internet]. Disponible sur : <https://sommeilenfant.reseau-morphee.fr/enfant/sommeil-de-lenfant/>

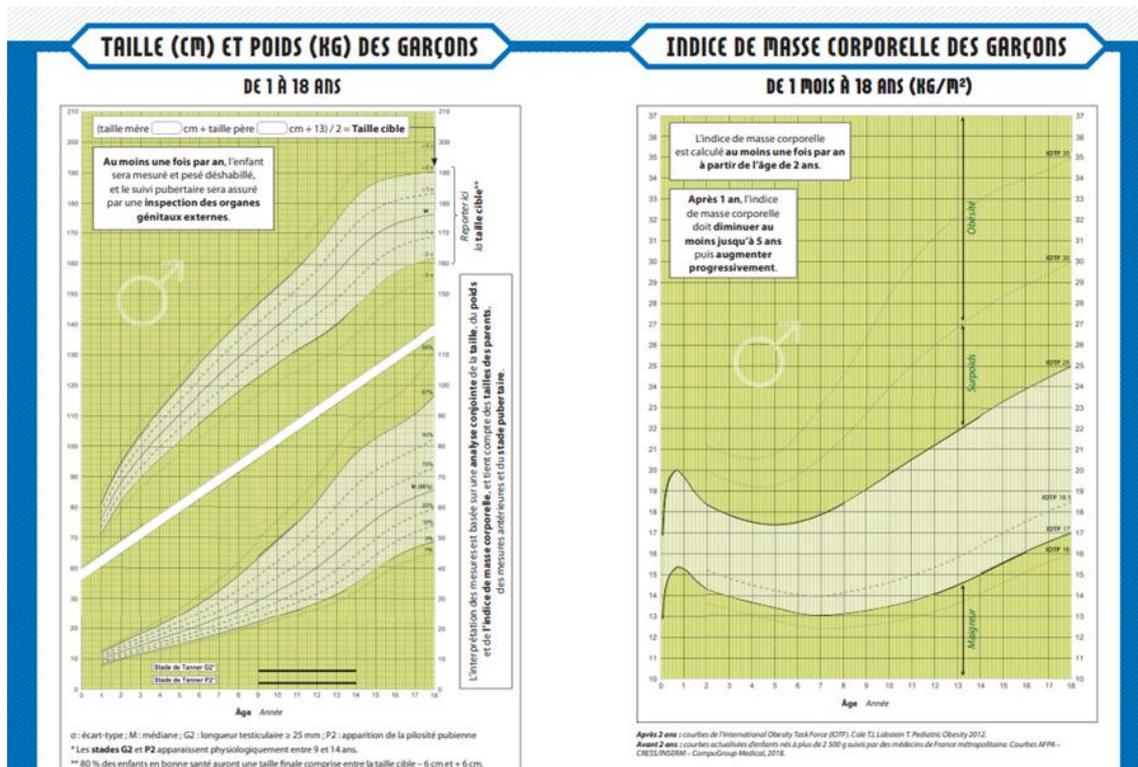
ANNEXES

Annexe n°1

- Courbes de croissance de référence du carnet de santé des **filles** AFPA – CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018



- Courbes de croissance de référence du carnet de santé des **garçons** AFPA – CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018



Annexe n°2 : Questionnaire de thèse

Partie I - Caractéristiques socio-épidémiologiques de la population étudiée

1. **Vous êtes :** (Cochez 1 seule réponse SVP)

- Un homme
- Une femme

2. **Quel âge avez-vous ?**ans

3. **Exercez-vous en zone :** (Cochez 1 seule réponse SVP)

- Rurale
- Semi-rurale
- Urbaine

4. **Quel est votre mode d'exercice ?** (Cochez 1 seule réponse SVP)

- Individuel
- Cabinet de groupe
- Maison de santé Pluri professionnelle (MSP)
- Autres (précisez SVP) :

Vous bénéficiez au sein de votre structure de la présence :

- D'un(e) infirmier(e) Asalée
- D'un(e) diététicien(ne)
- Aucun

5. **Concernant votre formation médicale, avez-vous réalisé une formation (DU, FMC, DPC, autres) :**

- En Nutrition ou Maladies Métaboliques
- Sur le surpoids et/ ou l'obésité de l'enfant et de l'adolescent
- En pédiatrie et/ou médecine des adolescents
- En Éducation Thérapeutique
- Aucun de ces items

6. **Faites-vous partie du réseau RéPPOP (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique) Midi-Pyrénées ?**

- Oui
- Non

Partie II - Mise en œuvre pratique du dépistage et de la prévention primaire du surpoids et obésité chez l'adolescent

*Selon l'OMS, l'adolescence est la période de développement située entre 10 et 19 ans. Cette deuxième partie concerne votre pratique dans le cadre de la prévention primaire du surpoids chez les adolescents, notamment lors des consultations de suivi obligatoire **entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.***

7. **Lors de vos consultations avec les adolescents (entre 10 et 19 ans), concernant le suivi de leur croissance statur pondérale, vous relevez :** (1 seule réponse par ligne)

	< 1 fois par an	Une fois par an	> 1 fois par an
Le Poids			
La Taille			
Le calcul de l'IMC			

8. Lors de vos consultations chez les adolescents (entre 10 et 19 ans), vous reportez sur les courbes de croissance du carnet de santé : (1 seule réponse par ligne)

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
La taille				
Le poids				
L'IMC				

9. Lors de vos consultations chez les adolescents (entre 10 et 19 ans), consacrez-vous un temps de consultation seul avec l'adolescent ?

- Toujours
- Uniquement si vous le jugez nécessaire lors de la consultation
- Uniquement à la demande de l'adolescent ou de ses parents
- Jamais

10. Quelle(s) consultation(s) de suivi effectuez-vous systématiquement chez les adolescents ?

- Consultation entre 11 et 13 ans
- Consultation entre 15 et 16 ans
- Aucune de ces réponses

11. Quelle durée accordez-vous en moyenne aux consultations obligatoires (entre 11-13 ans et 15-16 ans) ?

- 15 minutes ou moins
- Entre 16 et 30 minutes
- Plus de 30 minutes

12. Concernant les consultations de suivi obligatoires chez les adolescents (entre 11-13 ans et 15-16 ans), vous relevez :

	Toujours	Si présence de facteurs de risque de surpoids et d'obésité	A la demande des parents et/ou de l'adolescent	Si la corpulence semble être au-dessus des normes pour l'âge
Le poids				
La taille				
Le calcul de l'IMC				

13. Quel(s) item(s) ci-dessous identifiez-vous comme facteur de risque de surpoids ?

	Toujours	Parfois	Jamais
Mauvaises habitudes alimentaires			
Troubles des conduites alimentaires (hyperphagie boulimique, boulimie)			
Faible activité physique et sportive			
Insuffisance de sommeil			
Usage important des écrans			
Echec ou difficultés scolaires			
Antécédents familiaux de surpoids et/ou d'obésité			

14. Lors des consultations de suivi obligatoires, évoquez-vous systématiquement les recommandations liées aux règles hygiéno-diététiques (alimentation, activité physique et écrans) avec les adolescents ?

- Oui
- Non

15. Quelles sources d'informations utilisez-vous pour délivrer les recommandations liées aux règles hygiéno-diététiques aux adolescents ?

- Le PNNS (Plan National Nutrition Santé)
- Le site internet mangerbouger.fr
- La HAS
- Vos formations complémentaires réalisées
- Autres (*Précisez svp*) :

Partie III - Perspectives d'évolution

20. Pensez-vous que la prévention primaire du surpoids fasse partie intégrante du rôle du médecin généraliste ?

- Oui
- Non

21. Pensez-vous vous investir suffisamment à ce sujet au cours de vos consultations ?

- Oui
- Non

22. Selon vous, quels sont les freins que vous rencontrez vis-à-vis du dépistage et de la prévention primaire du surpoids chez l'adolescent ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Manque de formation
- Manque de temps lors des consultations
- Difficulté d'implication des parents et/ou l'adolescent
- Difficultés pour aborder le sujet avec l'adolescent et/ou avec les parents (stigmatisation, paternalisme...)
- Autre (*Précisez SVP*) :

23. Quels moyens de communication au sujet de la prévention du surpoids et de l'obésité utilisez-vous ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Conseils oraux
- Conseils écrits (fiches conseils, notes sur le carnet de santé...)
- Affiches dans le cabinet ou la salle d'attente
- Écrans d'affichage de messages de prévention et santé dans la salle d'attente
- Brochures
- Sites internet
- Autres (*Précisez SVP*) :
- Aucun de ces items

24. Êtes-vous intéressé par une formation complémentaire en éducation thérapeutique ?

- Oui
- Non

Annexe n°3 : Tableaux des résultats

- **Tableau n°1** : Caractéristiques socio-épidémiologiques
- **Tableau n°2** : Caractéristiques professionnelles
- **Tableau n°3** : Suivi de la croissance staturo-pondérale au cours d'une consultation chez l'adolescent
- **Tableau n°4** : Modalités des consultations de suivi obligatoires
- **Tableau n°5** : Prévention primaire du surpoids
- **Tableau n°6** : Perspectives d'évolution

Tableau n°1 : Caractéristiques socio-épidémiologiques

	Participants (%)
Age (n= 92)	
20 - 29 ans	1 (1%)
30 - 39 ans	45 (49%)
40 - 49 ans	23 (25%)
50 - 59 ans	16 (17%)
60 - 69 ans	7 (8%)
Sexe (n=92)	
Homme	66 (28%)
Femme	26 (72%)

Tableau n°2 : Caractéristiques professionnelles

	Participants (%)
Zone exercice	
Rurale	35 (38%)
Semi-Rurale	43 (47%)
Urbaine	14 (15%)
Mode exercice	
Individuel	3 (3%)
Cabinet de groupe	30 (33%)
MSP	59 (64%)
Professionnels au sein de la MSP <i>*plusieurs réponses possibles</i>	
Infirmier(e) asalée seule	14 (15%)
Diététicien(-ne) seul	7 (8%)
Les deux	31 (34%)
Aucun	40 (43%)
Formations complémentaires <i>*plusieurs réponses possibles</i>	
Nutrition/Maladies métaboliques	4 (4%)
Surpoids/obésité de l'enfant et de l'adolescent	14 (15%)
Pédiatrie/Médecine de l'adolescent	14 (15%)
Education thérapeutique	11 (12%)
Aucune de ces formations	59 (64%)
Participation au réseau RéPPOP	
Oui	5 (5%)
Non	87 (95%)

Tableau n°3 : Suivi de la croissance staturo-pondérale au cours d'une consultation chez l'adolescent

	Participants (%)
Suivi de la croissance staturo-pondérale : le poids	
< Une fois par an	3 (3%)
Une fois par an	41 (45%)
> Une fois par an	48 (52%)
Suivi de la croissance staturo-pondérale : la taille	
< Une fois par an	2 (2%)
Une fois par an	53 (58%)
> Une fois par an	37 (40%)
Suivi de la croissance staturo-pondérale : Calcul IMC	
< Une fois par an	2 (2%)
Une fois par an	51 (56%)
> Une fois par an	39 (42%)
Report sur les courbes de croissance : le poids	
Toujours	50 (54%)
Souvent	32 (35%)
Rarement	9 (10%)
Jamais	1 (1%)
Report sur les courbes de croissance : la taille	
Toujours	52 (56%)
Souvent	30 (33%)
Rarement	9 (10%)
Jamais	1 (1%)
Report sur les courbes de croissance : IMC	
Toujours	51 (56%)
Souvent	28 (30%)
Rarement	11 (12%)
Jamais	2 (2%)
Temps de consultation seul avec l'adolescent	
Toujours	8 (9%)
Uniquement si vous le jugez nécessaire	67 (73%)
Uniquement à la demande de l'adolescent ou des parents	15 (16%)
Jamais	2 (2%)

Tableau n°4 : Modalités des consultations de suivi obligatoires

	Participants (%)
Consultations de suivi réalisées	
Consultation entre 11 et 13 ans seulement	47 (51%)
Consultation entre 15 et 16 ans seulement	0 (0%)
Réalisation des deux consultations	37 (40%)
Aucune des deux	8 (9%)
Durée de consultation	
Moins de 15 minutes	10 (11%)
Entre 15 et 30 minutes	79 (86%)
30 minutes ou plus	3 (3%)
Suivi : poids	
<i>*plusieurs réponses possibles</i>	
Toujours	90 (98%)
Si présence de facteurs de risque de surpoids et obésité	1 (1%)
A la demande des parents et/ou adolescent	1 (1%)
Si la corpulence semble être au-dessus des normes	1 (1%)
Suivi : la taille	
<i>*plusieurs réponses possibles</i>	
Toujours	90 (98%)
Si présence de facteurs de risque de surpoids et obésité	1 (1%)
A la demande des parents et/ou adolescent	1 (1%)
Si la corpulence semble être au-dessus des normes	1 (1%)
Suivi : IMC	
<i>*plusieurs réponses possibles</i>	
Toujours	86 (94%)
Si présence de facteurs de risque de surpoids et obésité	4 (4%)
A la demande des parents et/ou adolescent	3 (3%)
Si la corpulence semble être au-dessus des normes	4 (4%)

Tableau n°5 : Prévention primaire du surpoids

	Participants (%)
Facteurs de risque de surpoids	
<i>*plusieurs réponses possibles</i>	
Mauvaises habitudes alimentaires	89 (97%)
Troubles des conduites alimentaires	76 (83%)
Faible activité sportive	91 (99%)
Insuffisance de sommeil	69 (75%)
Usage important des écrans	80 (87%)
Echec ou difficultés scolaires	52 (57%)
Antécédents familiaux de surpoids et/ou obésité	91 (99%)
Rappel des recommandations des règles hygiéno-diététiques	
Oui	70 (76%)
Non	22 (24%)
Sources informations utilisées	
<i>*plusieurs réponses possibles</i>	
PNNS	30 (33%)
Mangerbouger.fr	29 (31%)
HAS	24 (26%)
Formations complémentaires réalisées	19 (21%)
Autres	28 (30%)

Tableau n° 6 : Perspectives d'évolution

	Participants (%)
Rôle du médecin généraliste dans la prévention primaire surpoids	
Oui	91 (99%)
Non	1(1%)
Investissement suffisant dans la prévention primaire du surpoids	
Oui	41 (45%)
Non	51 (55%)
Freins lors du dépistage/prévention primaire	
<i>*plusieurs réponses possibles</i>	
Manque de formation	17 (18%)
Manque de temps lors des consultations	48 (52%)
Difficulté d'implication des parents et/ou adolescent	66 (72 %)
Difficultés pour aborder le sujet	40 (43%)
Autres	8 (9 %)
Moyens de communications	
<i>*plusieurs réponses possibles</i>	
Conseils oraux	88 (96%)
Conseils écrits	31 (34%)
Affiches	26 (28%)
Ecrans d'affichage dans la salle d'attente	10 (11%)
Brochures	16 (17%)
Sites internet	11 (12%)
Autres	8 (9%)
Aucun	1 (1%)
Intérêt pour une formation en ETP	
Oui	47 (51%)
Non	45 (49%)

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Toulouse, le 21 janvier 2025

VERGNES Manon

Directeur de thèse : Dr Bruno FAVRE

Titre : Etat des lieux des pratiques par le médecin généraliste du dépistage et de la prévention primaire du surpoids et de l'obésité chez les adolescents en Aveyron

Introduction : Le surpoids et l'obésité pédiatrique constituent un enjeu mondial majeur. En France, malgré la mise en place de programmes de prévention, leur prévalence continue d'augmenter, notamment chez les adolescents, une population particulièrement vulnérable. L'adolescence, étape cruciale du développement, est une période où se forment des habitudes de vie qui perdureront à l'âge adulte. Il est donc essentiel de renforcer l'accent sur la prévention primaire, que le médecin généraliste doit placer au cœur du suivi pédiatrique pour prévenir le surpoids dès le plus jeune âge. **Objectif :** Evaluer les pratiques des médecins généralistes dans le dépistage et la prévention primaire du surpoids et de l'obésité chez les adolescents. **Matériels et méthodes :** Etude observationnelle transversale réalisée en Aveyron. Des questionnaires ont été distribués aux médecins généralistes installés. **Résultats :** 92 réponses ont été obtenues avec un taux de participation de 38,9 %. La grande majorité des médecins généralistes effectuent le dépistage du surpoids chez l'adolescent avec une bonne connaissance des facteurs de risque. Cependant moins de la moitié d'entre eux réalisent les consultations de suivi obligatoires prévues à l'adolescence. Ils reconnaissent l'importance de leur rôle dans la prévention primaire du surpoids chez l'adolescent mais la moitié d'entre eux se disent insuffisamment investis dans cette mission. Le principal obstacle mentionné est la difficulté à impliquer les parents et les adolescents. **Discussion :** L'amélioration des moyens de communication, la création de consultations spécifiques et l'implication d'autres professionnels de santé pourraient renforcer l'efficacité de cette prévention.

Abstract

Title : Assessment of practices by the general practitioner for screening and primary prevention of overweight and obesity in adolescents in Aveyron

Introduction : Pediatric overweight and obesity is a major global issue. In France, despite the implementation of prevention programs, their prevalence continues to rise, particularly among adolescents, a particularly vulnerable population. Adolescence, a crucial stage in development, is a time when lifestyle habits are formed that will last into adulthood. It is therefore essential to reinforce the emphasis on primary prevention, which general practitioners (GPs) must place at the heart of paediatric follow-up to prevent overweight from an early age. **Objective :** To evaluate GP practices in the screening and primary prevention of overweight and obesity in adolescents. **Materials and methods :** Cross-sectional observational study carried out in Aveyron. Questionnaires were distributed to general practitioners. **Results :** 92 responses were obtained, with a participation rate of 38.9%. The vast majority of GPs screened adolescents for overweight, with a good knowledge of risk factors. However, less than half of them carry out the compulsory follow-up consultations scheduled during adolescence. They recognize the importance of their role in the primary prevention of adolescent obesity, but half of them say they are not sufficiently invested in this mission. The main obstacle mentioned was the difficulty of involving parents and adolescents. **Discussion :** Improved means of communication, the creation of specific consultations and the involvement of other health professionals could reinforce the effectiveness of this prevention.

Mots-clés : surpoids, obésité, adolescent, prévention, alimentation, activité physique, sommeil, écrans

Key words : overweight, obesity, adolescent, prevention, diet, physical activity, sleep, screens

Discipline administrative : Médecine Générale

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