



HAL
open science

Prise en charge de l'obésité de l'adolescent de 10 à 19 ans par les médecins généralistes picards

Biljana Stanojevic

► **To cite this version:**

Biljana Stanojevic. Prise en charge de l'obésité de l'adolescent de 10 à 19 ans par les médecins généralistes picards. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01470222

HAL Id: dumas-01470222

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01470222>

Submitted on 17 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2016

N° 2016-145

Prise en charge de l'obésité de l'adolescent de
10 à 19 ans par les médecins généralistes
Picards

THESE POUR LE DOCTORAT DE MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine Générale

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

10 OCTOBRE 2016

par

Madame Biljana STANOJEVIC

PRESIDENT DU JURY : Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

JUGES : Monsieur le Professeur Pierre VERHAEGHE
Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK
Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Laurent MERCIER

REMERCIEMENTS

A mon Président de jury

Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques)

*Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.
Veuillez recevoir ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.*

A mes juges,

Monsieur le Professeur Pierre VERHAEGHE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Chirurgie générale)

Service d'endocrinologie

Pôle « Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie » (DRIME)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.
Veuillez recevoir ici l'expression de notre sincère estime.*

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous nous faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury sans même nous connaître et nous vous en remercions. Soyez assuré, Monsieur, de notre plus haute estime.

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pédiatrie)

Pôle « Femme – Couple – Enfant »

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous nous faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury,
Soyez assuré, Monsieur, de ma profonde reconnaissance et de mon profond respect.*

A mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Laurent MERCIER

Spécialiste en Médecine Générale à REMY 60190

Maitre de stage de la Faculté d'Amiens

DU médecine d'urgence

*Merci d'avoir accepté de m'accompagner et de me soutenir dans ce travail, un grand merci
pour votre aide dans sa construction et son élaboration.*

*Merci également pour m'avoir si bien accompagnée dans ma formation au sein de votre
cabinet, nos échanges m'ont beaucoup appris, votre gentillesse et votre rigueur resteront un
exemple à mes yeux.*

*A mes parents,
Pour votre soutien inconditionnel,
Merci pour l'éducation que vous m'avez apportée et pour les valeurs que vous m'avez
inculquées.
MERCII*

*A ma sœur Lidija et à mon neveu Stefan
Je vous aime. La vie est tellement plus drôle avec vous.*

A toute ma famille, merci d'être là quand il le faut et même en dehors.

*A mes anciens co-externes merci.
On a appris beaucoup au contact les uns des autres.*

*A Smitha et Suleiman un grand MERCI,
Sans vous deux, l'internat n'aurait pas été aussi agréable. Vous avez su me soutenir et me
réconforter quand j'en avais le plus besoin.*

*A Nour, tu as su toujours trouver les mots justes pour le remonter le morale, tu as toujours été
présente sans me juger.
On dit que l'on choisit ses amis mais que l'on ne choisit pas sa famille, tu fais partie de ma
famille.*

*A Jeeva, ta gentillesse, ton écoute, ne change rien et merci pour tous nos moments passés à
Soissons.*

*Merci aux personnels du CHU Sud d'Amiens, à ceux du CH de Laon et de Soissons, je ne
vous oublierai jamais.*

*Merci aux maitres de stage de m'avoir aussi bien accueilli, vous m'avez fait encore plus
adorer la médecine générale.*

Merci aux médecins généralistes ayant répondu à mon questionnaire.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	11
I. INTRODUCTION	12
1) Généralités	12
2) Définitions et genèse de la thèse	13
3) Enjeux	16
II. MATERIELS ET METHODES	17
1) Description de l'étude.....	17
2) Définition de la population	17
3) Contexte de l'enquête.....	17
4) Description du questionnaire.....	17
5) Méthode de recueil	18
III. RESULTATS	20
A. Généralités	20
Démographie	21
a. Sexe	21
b. Age	22
c. Répartition géographique	22
d. Type d'activité	23
e. Statut professionnel	24
f. Formations complémentaires	24
g. Expérience au cours de la formation médicale	25
B. Expérience et pratiques.....	26
1) Proportion d'adolescents dans la patientèle	26
2) Nombre de patients en surpoids/obésité	26
3) Diagnostic	27
a. Modalités de l'annonce du diagnostic	27

b.	Fréquence de prise des biométries	27
c.	Utilisation des biométries	28
d.	Outils utilisés	29
4)	Prise en charge	29
5)	Bilan	31
a.	Bilan réalisé pour les MG picards	31
b.	Bilan systématique	32
6)	Les objectifs	33
7)	Fréquence de suivi initial	34
8)	Durée de suivi au long cours.....	35
C.	Prise en charge de second recours	37
1)	Soins de suite et de réadaptation	37
2)	Soins de suite et de réadaptation en territoire picard	37
3)	FMC sur l'obésité	38
4)	Prise en charge idéale	39
D.	La chirurgie bariatrique	40
1)	La chirurgie pour les adolescents	40
2)	Les critères d'accès à la chirurgie pour les médecins généralistes	40
E.	Les structures en territoire picard	42
1)	La connaissance des structures	42
2)	L'intention des médecins généralistes	42
F.	Commentaires libres	43
IV.	DISCUSSION	45
A.	Forces et faiblesses de l'étude	45
1)	Les faiblesses	45
2)	Les forces	47
B.	Résultats principaux	48
C.	Notre étude par rapport à la littérature	48
1)	Notre étude par rapport aux recommandations	48
2)	Notre étude par rapport aux autres études	50
D.	Perspectives	52

V.	CONCLUSION	53
VI.	BIBLIOGRAPHIE	54
VII.	ANNEXES	57
	1. Courbes de corpulence	57
	2. Questionnaire	59
	3. Méthode papillote, définition	64
	4. Synthèse recommandation HAS	65

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régional de Santé

DMG : Département de Médecine Générale

DU : Diplôme Universitaire

ETP : éducation thérapeutique du patient

EPU : enseignement post-universitaire

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IMC : indice de masse corporel

MG : médecin généraliste

OITF : international obesity task force

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNNS : Plan National Nutrition Santé

RePPOPS : Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'obésité

RHD : règle hygiéno-diététique

SAPIR : Syndicat Autonome Picard Représentant les Internes de Médecine Générale

SRP : Schéma Régional de Prévention

SSR : soins de suite et de réadaptation

URPS : Union régionale des professionnels de santé

I. INTRODUCTION

1) Généralités

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'obésité et le surpoids [1] sont une maladie évitable, dont le nombre de cas a doublé depuis 1980. Elle est d'ailleurs qualifiée d'épidémie mondiale depuis 1998 car il s'agit d'un problème de santé publique en raison de sa prévalence croissante à l'échelle mondiale. Cette pathologie entraîne plus de décès que la malnutrition ou l'insuffisance pondérale [2] atteignant 2.8 millions de morts chaque année [3] dans le monde.

En Europe, selon un rapport de l'International Obesity Task Force (OITF) de 2005[4], un enfant sur 5 est en surpoids ou obèse.

En 2010, d'après l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) [5], dénombrait près de 8 millions d'adolescents de 10 à 19 ans en France. L'adolescence [6] est une période entre l'enfance et l'âge adulte qui est critique et qui s'étale de 10 à 19 ans, une pathologie existante à cette période a plus de chance de persister à l'âge adulte selon la Haute Autorité de Santé (HAS) cela représentant 50 à 70% de risque d'obésité à l'âge adulte.

Devant ce problème de santé publique, des programmes de prévention et de prise en charge ont vu le jour en FRANCE aussi bien au niveau national avec le Plan National Nutrition Santé (PNNS) instauré en 2001 [7], reconduit en 2006 [8], puis en 2010 [9] et le Plan Obésité (2010-2013) [10] ainsi qu'au niveau local, les Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOPS) et des structures de prise en charge au niveau du territoire picard.

Actuellement, sur le territoire picard, la prévalence du surpoids et de l'obésité est très préoccupante avec un 3ème rang des régions de France après le Nord Pas de Calais et la Champagne-Ardennes. L'obésité est d'ailleurs l'un des 4 thèmes prioritaires du Schémas Régional de Prévention (SRP) [11]. Le territoire de la Somme, expérimente le parcours obésité, le CHU étant un centre spécialisé Obésité (CSO), un soin de suite et de réadaptation (SSR) obésité à Corbie est en place.

De nombreuses thèses portent sur l'obésité aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, notamment celle de Ronco F., dans laquelle une proposition de maquette a été élaborée sur « Parcours de soins de l'enfant et de l'adolescent en surpoids ou obèse » [12]. Cette thèse établit

la liste des centres de prise en charge dans chaque département du territoire picard. Cette liste non exhaustive montre bien l'implication des professionnels de la santé et de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

2) Les définitions et genèse de la thèse

Le surpoids et l'obésité se définissent comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé »

L'indice de masse corporelle (IMC) ou indice de Quételet, reflet de la corpulence, est utilisé pour estimer l'adiposité globale. Chez l'enfant, l'IMC s'interprète à l'aide des courbes de corpulence en fonction de l'âge et du sexe.

$$\text{IMC} = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m)}$$

Dans le cadre du PNNS, des courbes de corpulence ont été diffusées par le ministère de la Santé et l'Institut national de prévention et de l'éducation pour la Santé (INPES), ces références françaises permettent de définir les zones d'insuffisance pondérale, de normalité et de surpoids de la naissance à 20 ans (tableau 1). Ces courbes d'IMC figurent dans le carnet de santé des enfants depuis 1995. L'OITF, référence internationale a élaboré en 2000 une définition du surpoids et de l'obésité chez l'enfant en utilisant des courbes d'IMC (tableau 1). Ces courbes de corpulence (IMC) sont les références au plan international. Précédemment, chaque pays avait ses définitions et ses propres courbes de corpulence.

Dans le cadre du PNNS de 2001-2005, le ministère de la santé a diffusé des courbes intégrant les normes françaises (en percentiles) complétées des normes internationales et réactualisées en 2010 (annexe 1)

Tableau1. Termes et seuils utilisés pour définir le surpoids et l'obésité selon les références françaises et l'OITF et les courbes de corpulence du PNNS	
Selon les références françaises	
IMC \geq 97 ^e percentile et obésité)	surpoids (sans distinction entre surpoids)
Selon l'International Task Force (OITF)	
IMC \geq seuil IOTF- 25	surpoids (obésité incluse)
Seuil IOTF-25 < IMC < seuil IOTF-30	surpoids (obésité exclue)
IMC \geq seuil IOTF-30	Obésité

On distingue 3 types d'obésités en fonction de l'IMC (kg/m²) :

- Obésité classe 1 : 30.0 – 34.9
- Obésité classe 2 (ou sévère) : 35.0 – 39.9
- Obésité classe 3(ou morbide) : \geq 40.0

Un rapport tour de taille/taille (TT/T) supérieur à 0.5 témoigne d'un excès de graisse abdominale.

La prévalence de l'obésité en Picardie est de 20% selon le rapport ObEpi Roche 2012 [13] contre 15% au niveau national. Depuis 1997, toujours d'après le même rapport, la prévalence en Picardie est passée de 9.1% à 20%. (figure1)

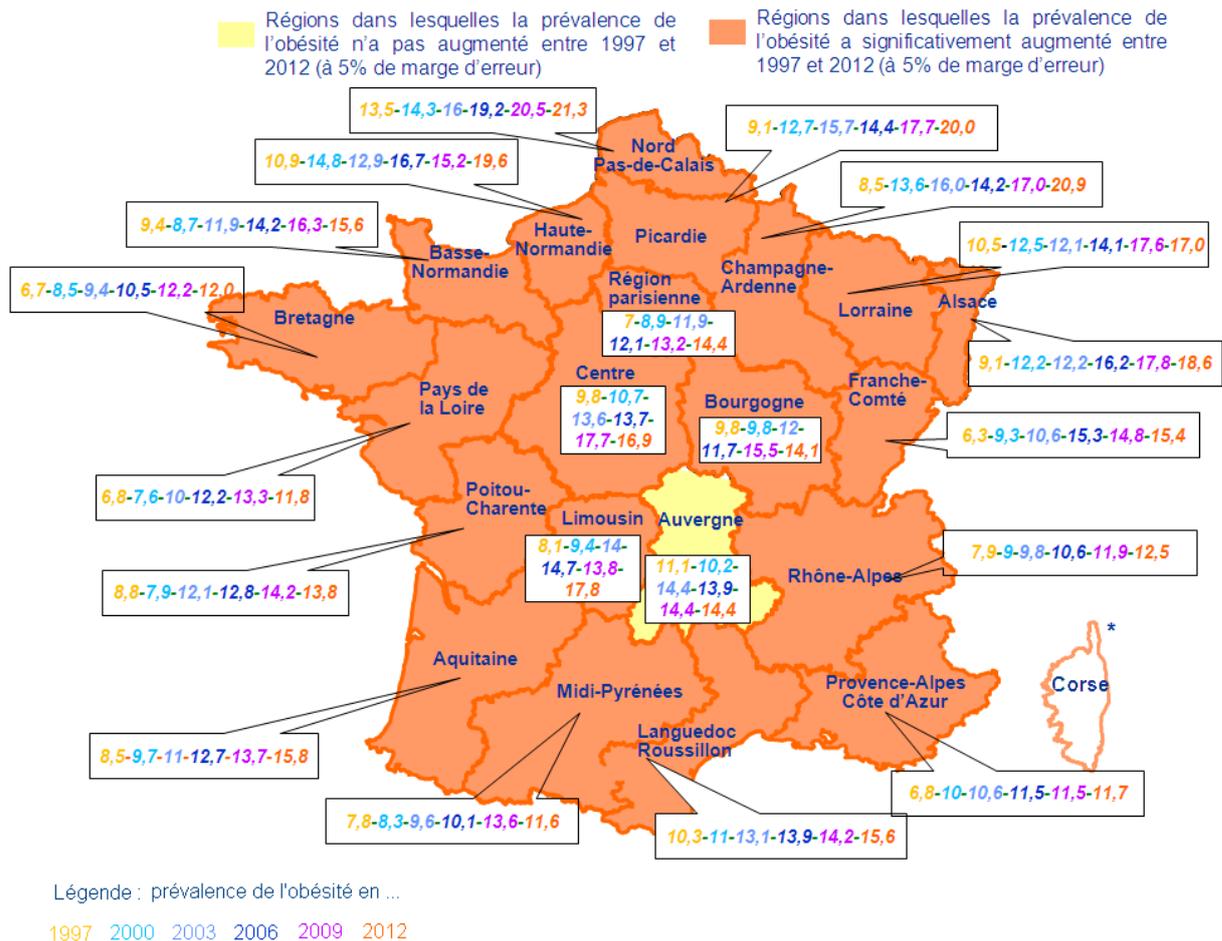


Figure 1 : prévalence de l'obésité par région depuis 1997. ObEpi-Roche, enquête épidémiologique de référence sur l'évolution de l'obésité et du surpoids en France

Selon une étude du Ministère de la Jeunesse [5], le nombre d'adolescents est estimé à environ 7.8 millions en 2010. Il faut savoir que l'obésité touche les adolescents au même titre que l'ensemble de la population.

D'après les recommandations de l'HAS [14], il y a un risque d'obésité à l'âge adulte de 50 à 70% lorsqu'il y a une obésité à l'adolescence d'où l'intérêt de mener une étude chez ce dernier. De plus, l'obésité entraîne des pathologies cardio-vasculaires, métaboliques, articulaires, cancéreuses entraînant une augmentation de la mortalité.

3) Enjeux de la thèse

Objectif principal :

Etablir un état des lieux des connaissances et des pratiques concernant le dépistage et la prise en charge (PEC) de l'obésité de l'adolescent en Picardie selon les recommandations de l'HAS 2011.

- Objectifs secondaires du travail :

Evaluer les connaissances et la pratique de prise en charge des médecins généralistes picards dans le cadre du surpoids/obésité de l'adolescent.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les connaissances de la pratique de prise en charge, des biométries, la façon dont elles sont utilisées par le MG, les connaissances des structures dans l'aide à la prise en charge.

II. MATERIELS ET METHODES

1) Description de l'étude :

Afin d'évaluer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes picards, nous avons réalisé une étude observationnelle, transversale au moyen d'une enquête quantitative, déclarative par un questionnaire accessible sur internet via un lien envoyé par courriel.

2) Définition de la population :

Nous nous sommes intéressés à la pratique des médecins généralistes picards. Les critères d'inclusion dans notre études étaient des médecins généralistes picards et ayant répondu au questionnaire entre le 13 mai et le 25 juin 2016.

3) Contexte de l'enquête

Selon la thèse de Lambou F. [15] La Prise en charge et le dépistage de l'obésité infantile: Pratiques et attentes des médecins généralistes des Landes (thèse de médecine générale. Bordeaux 2013), aux recommandations de 2011 de l'HAS sur l'obésité et à la dernière recommandation de bonne pratique concernant la chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans également de l'HAS en janvier 2016 [16], il m'a semblé intéressant de mener une enquête auprès des MG Picards afin d'évaluer leurs connaissances et leurs pratiques quand nous savons que la Picardie est la 3^{ème} région en termes de prévalence de l'obésité d'après le rapport ObEpi 2012 [13].

4) Description du questionnaire

Le questionnaire (annexe 2) était anonyme, un seul répondant par adresse IP. Les médecins généralistes ayant reçu par mail une note explicative à la fin de laquelle figurait le lien pour avoir accès au questionnaire pouvaient répondre à ce dernier.

Le questionnaire comprenait 29 questions réparties en plusieurs items :

- Généralités (pourcentage d'adolescents dans la patientèle, le nombre d'adolescents diagnostiqués en surpoids/obésité au cours des 2 derniers mois)
- Diagnostic (son annonce, fréquence des biométries, les outils utilisés)
- La prise en charge en premier recours
- Les examens complémentaires
- La pratique, les objectifs de prise en charge du MG
- Les options en 2^{ème} et 3^{ème} recours (incluant la connaissance de soins de suites et réadaptations spécifiques dans la région, les consultations dédiées avec leurs adresses selon les départements du territoire picard issues de la thèse de F. Ronco [12]).
- La chirurgie bariatrique chez l'adolescent
- Caractéristiques des médecins interrogés
- Commentaires libres sur le sujet

5) Méthode de recueil

L'Union Régionale des Professions de Santé de Picardie (URPS) a été sollicité afin de pouvoir bénéficier d'une aide logistique dans la diffusion et l'analyse des données recueillies mais celle-ci n'a pas été accordée.

Nous avons aussi sollicité une aide du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Picardie dans la diffusion du lien en spécifiant que l'anonymat des répondants serait respecté et en aucune façon nous leur demandons de communiquer leur listing qui est soumis à la loi « Informatique et Libertés »

Nous avons donc sollicité l'aide du Département de Médecine Générale (DMG) dans la diffusion auprès des maitres de stages. Mon directeur de thèse de son côté a diffusé le lien auprès des membres de son groupe EPU et des MG participants à la permanence des soins sur le secteur de garde de la maison médicale de COMPIEGNE (OISE). Nous avons également diffusé le lien via un mail provenant du Syndicat Autonome Picard Représentant les Internes

de Médecine Générale (SAPIR-IMG) qui regroupait les adresses mails des trois promotions de médecine générale de 2009 à 2011 en copie cachée afin de préserver leurs anonymat.

Une seule relance a été effectuée.

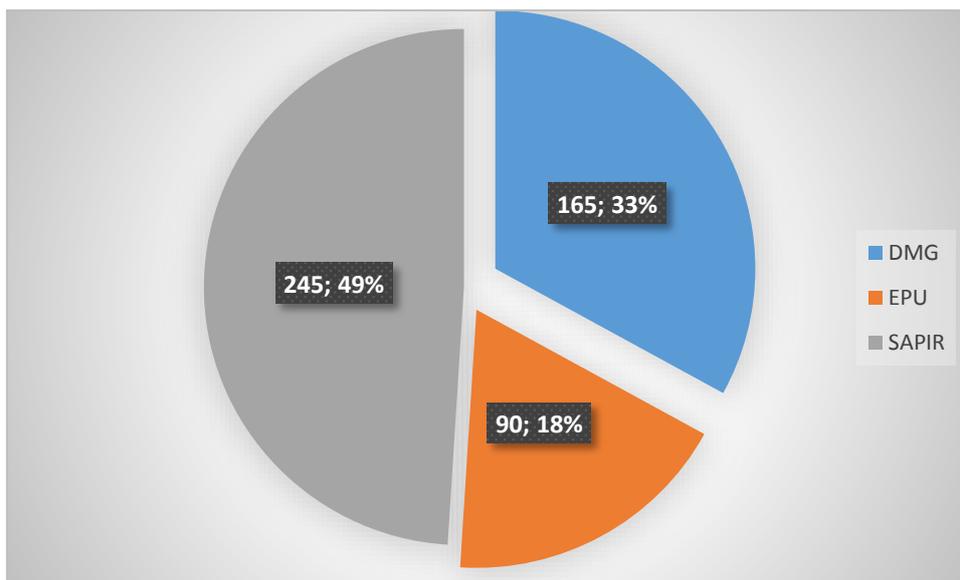
Au total, le questionnaire a été envoyé à 500 médecins picards contenant un lien via lequel le questionnaire était accessible sur le logiciel dragnsurvey.com®. Les données recueillies ont pu être exportées sous format Excel® grâce au logiciel de diffusion du questionnaire en ligne, l'analyse des données a été faite sur Excel®.

III. RESULTATS

A. Généralités

Le questionnaire a été envoyé à 500 médecins généralistes picards par voie électronique en 3 envois dont voici la répartition (graphique 1).

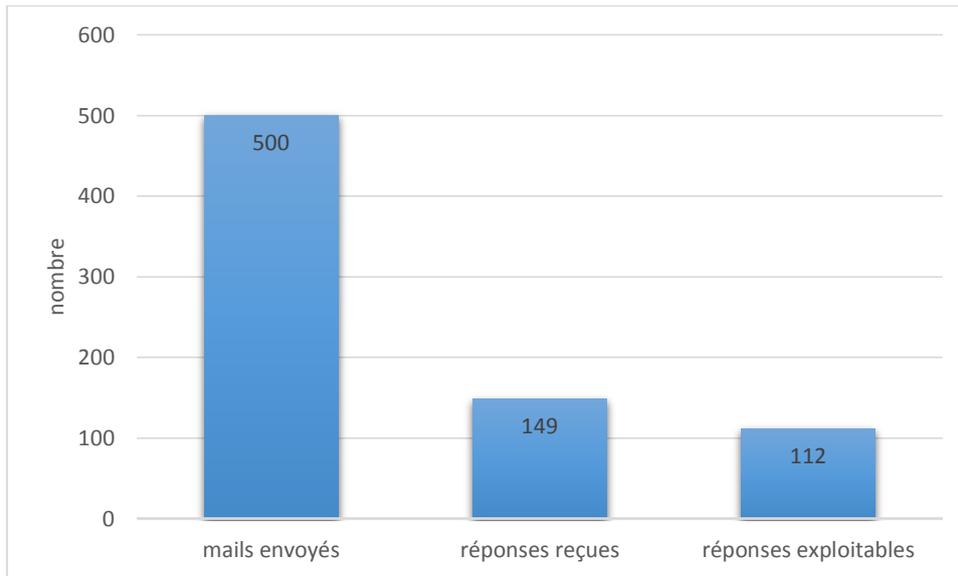
Graphique 1 : répartition des envois



Une relance a été effectuée pour chaque groupe au cours de la même semaine.

Sur les 500 questionnaires envoyés nous avons obtenus 149 réponses de MG soit un taux de réponses de 29.8 %. Nous avons éliminés 37 questionnaires pour réponses incomplètes. Nous avons traités 75 % (n= 112) des questionnaires. Ce qui donne un taux de réponses corrigés de 22.4%. (Graphique 2)

Graphique 2 : Les réponses

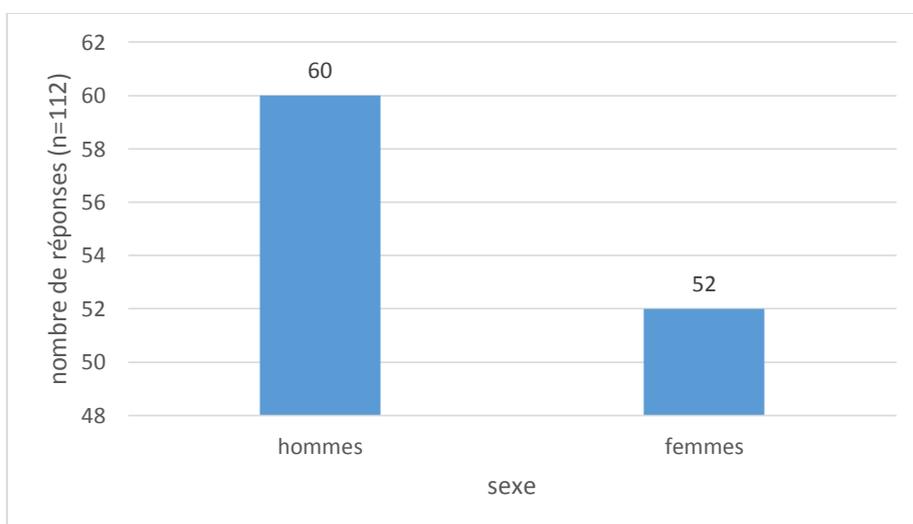


Démographie

a. Sexe

53,5 % (n=60) des médecins interrogés sont des hommes et 46,5% (n=52) sont des femmes (graphique 3). Nous avons un ratio hommes/femmes de 1,15.

Graphique 3 : répartition hommes/femmes



b. Age

La moyenne d'âge des médecins interrogés est de 44.3 ans, +/- 13 ans [28-68 ans] et une médiane à 47.5 ans. Ils sont répartis selon les tranches d'âges suivantes (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition par tranches d'âges des médecins interrogés

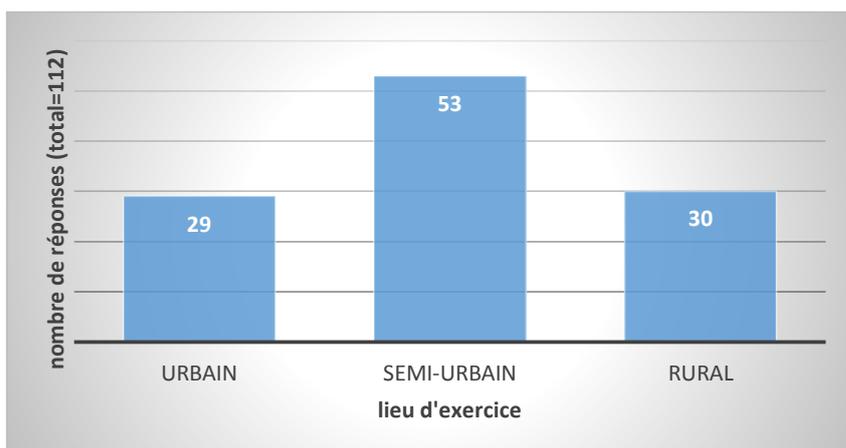
Tranche d'âge	Nombres de médecins	Pourcentages de réponses
24-30	25	22.3%
31-35	26	23.2%
36-40	3	2.7%
41-45	10	8.9%
46-50	4	3.6%
51-55	11	9.8%
56-60	15	13.4%
61-65	14	12.5%
66 et plus	4	3.6%
Total	112	100%

45.5% des médecins interrogés ont moins de 36 ans.

c. Répartition géographique

25.9% (n=29) des médecins interrogés exercent en ville, 26.8 % (n=30) en zone rurale et 47.3 % (n=53) en semi-rural (entre 2 000 et 10 000 habitants) (graphique 4).

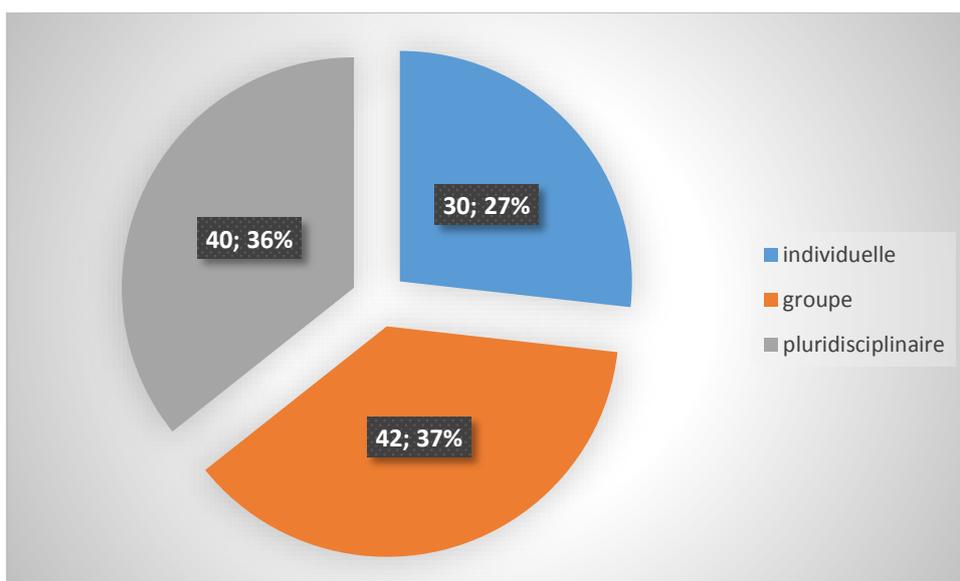
Graphique 4 : répartition géographique



d. Type d'activité

27% (n=30) des médecins interrogés exercent seuls, 37 % (n=42) en cabinet de groupe et 36 % (n= 40) en cabinet pluridisciplinaire. 73% des médecins travaillent en groupe. (Graphique 5)

Graphique 5 : Type d'activité



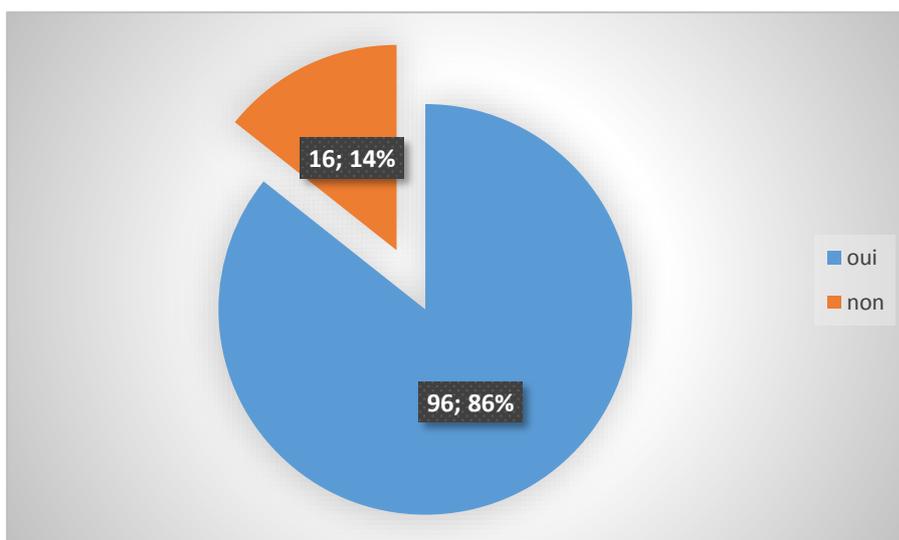
e. Statut professionnel

91% (n=102) des médecins interrogés exercent en libéral, 1.8% (n=2) sont salariés et 7.2% (n=8) ont répondu autres parmi ceux-ci 4 sont des remplaçants, 3 ont une activité mixte (libérale et salariée) et 1 est retraité et remplaçant.

f. Formations complémentaires

86 % (n=96) des médecins interrogés ont une formation complémentaire et 14% (n=16) n'en ont pas (graphique 6)

Graphique 6 : Formations complémentaires



47.3% (n=53) des médecins interrogés participent à des Enseignements post-universitaires (EPU)

23.2% (n=26) font partis d'un Groupe Qualité

1.8 % (n=2) ont un Diplôme Universitaire (DU) de nutrition

47.3% (n=53) ont une autre formation.

A la question parmi les formations suivantes à laquelle participez-vous?

34 MG font partis d'un EPU, 8 MG d'un groupe de qualité et 14 font partis des deux, 36 n'ont aucune formation complémentaire, les 20 restants ayant une des formations parmi les suivantes (tableau 3) :

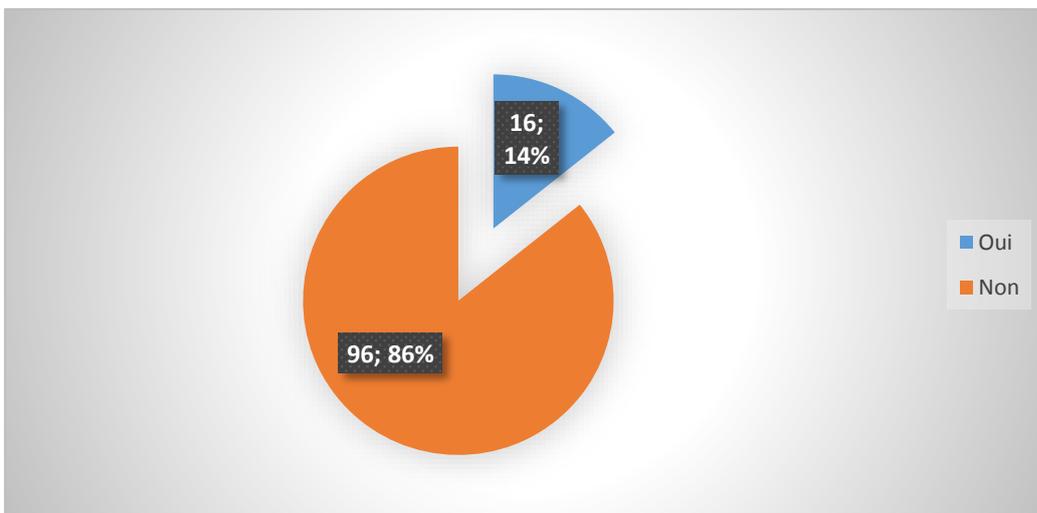
Tableau 3 : Récapitulatif des formations suivies par les 20 MG restants

Soins palliatifs
Gériatrie
Capacité en médecine du sport, mésothérapie
Diplôme Universitaire (DU) antibiotique
Gynécologie
Formation Médicale Continu (FMC)
Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de médecine d'urgence

g. Expérience acquise au cours de la formation médicale dans la prise en charge d'adolescents en surpoids

86% (n=96) n'ont pas eu l'occasion de prendre en charge des adolescents en surpoids au cours de leur 2^{ème} ou 3^{ème} cycle d'études médicales (Graphique 7)

Graphique 7 : Prise en charge d'adolescents en surpoids au cours de leur formation médicale



B. Expérience et pratiques

1) Proportion d'adolescents dans la patientèle

84% (n=94) des médecins interrogés déclarent avoir moins de 20% d'adolescent dans leurs patientèle et 16 % (n=18) entre 21 et 40%.

2) Nombre d'adolescent en surpoids/obésité au cours des 2 derniers mois

La moyenne est de 3 patients par médecins interrogés. La répartition du nombre d'adolescents en surpoids/obésité par médecin étant la suivante (tableau 4).

Tableau 4 : répartition du nombre d'adolescents en surpoids/obésité par médecin

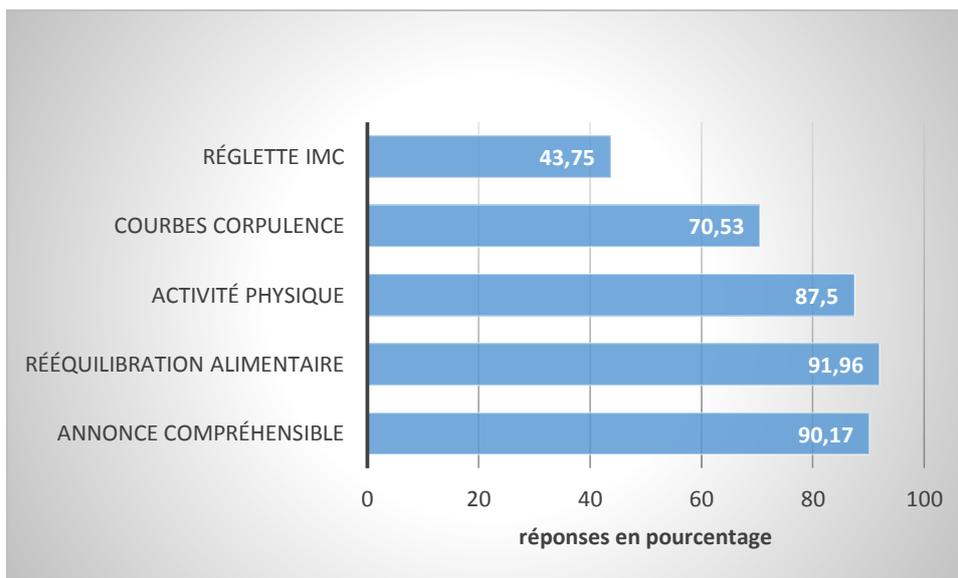
Nombre de patients obèses ou en surpoids vu en cours des deux derniers mois	Nombre de médecins	Pourcentages
0	13	11.6%
1	20	17.8%
2	37	33%
3	10	8.9%
4	9	8%
5	9	8%
6	2	1.8%
7	0	0%
8	2	1.8%
9	0	0%
10 et plus	10	8.9%

3) Diagnostic

a. Modalités de l'annonce du diagnostic

90% (n=101) des médecins interrogés déclarent faire une annonce compréhensible (en choisissant les bons mots, sans culpabiliser ni stigmatiser l'adolescent ou ses parents), 92 % (n=103) des médecins préconisent une rééquilibration alimentaire, 87.5 % (n=98) recommandent une activité physique, 70.5% (n=79) utilisent les courbes de corpulence, 43.75% (n=49) utilisent une réglette IMC. (Graphique 8).

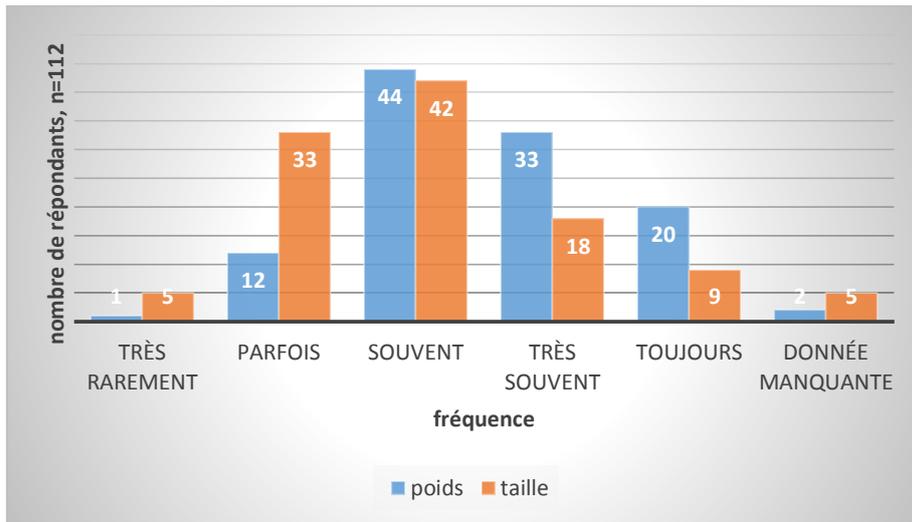
Graphique 8 : diagnostic et conseils



b. Fréquence de prise des biométries

On observe que 39.3% (n=44) et 37.5 % (n=42) des médecins déclarent prendre les biométries (poids, taille) souvent (graphique 9). Près de 86% prennent de souvent à toujours le poids à chaque consultation contre 61% pour la taille.

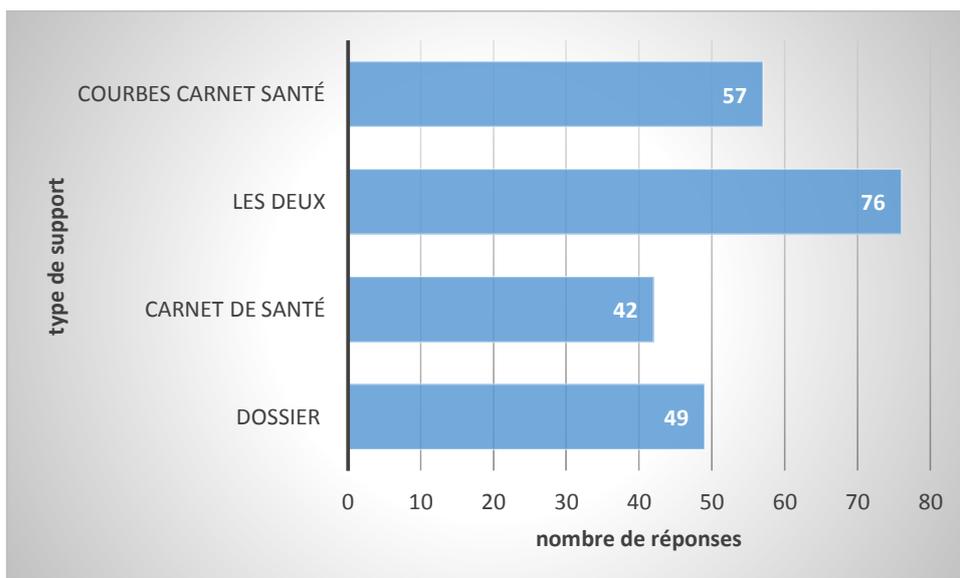
Graphique 9 : Fréquence de prise des biométries



c. Utilisation des biométries

67.8 % (n=76) des médecins interrogés notent les biométries à la fois dans le carnet de santé du patient et dans le dossier papier ou informatique. 50,9% (n=57) sur les courbes du carnet de santé, 37.5 % (n=42) dans le carnet de santé (graphique 10).

Graphique 10 : utilisation des biométries



d. Outils utilisés

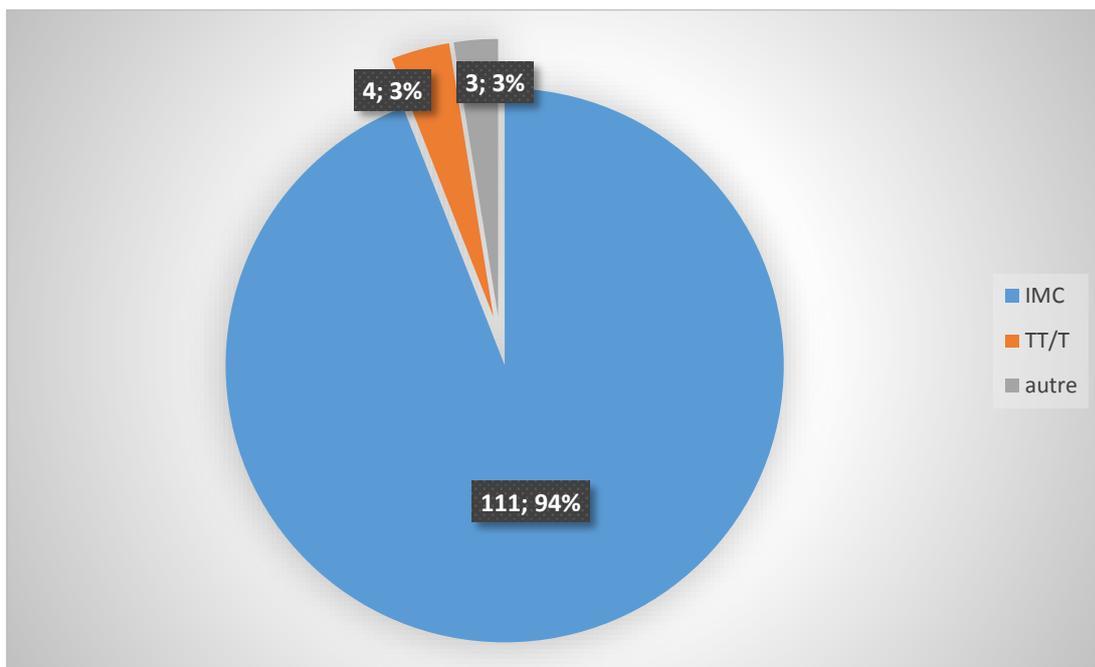
Les médecins interrogés utilisent à 94% (n=111) l'IMC qui est un outil facile à utiliser.

3% (n=4) utilisent le rapport tour de taille(TT)/taille (T)

3% (n=3) utilisent un autre outil parmi lesquels: ETP pôle prévention, le morphotype, les courbes de corpulence du carnet de santé

3% (n=4) utilisent les 2 premiers outils. (Graphique 11) IMC et rapport TT/T.

Graphique 11 : Outils utilisés



4) Prise en charge

La prise en charge étant complexe, la somme des pourcentages est supérieure à 100% car plusieurs réponses étaient possibles. Les 10.7% de médecins interrogés ayant répondu autre (graphique 12) ont complété leurs réponses de la manière suivante (tableau 5).

Graphique 12 : Prise en charge optimale

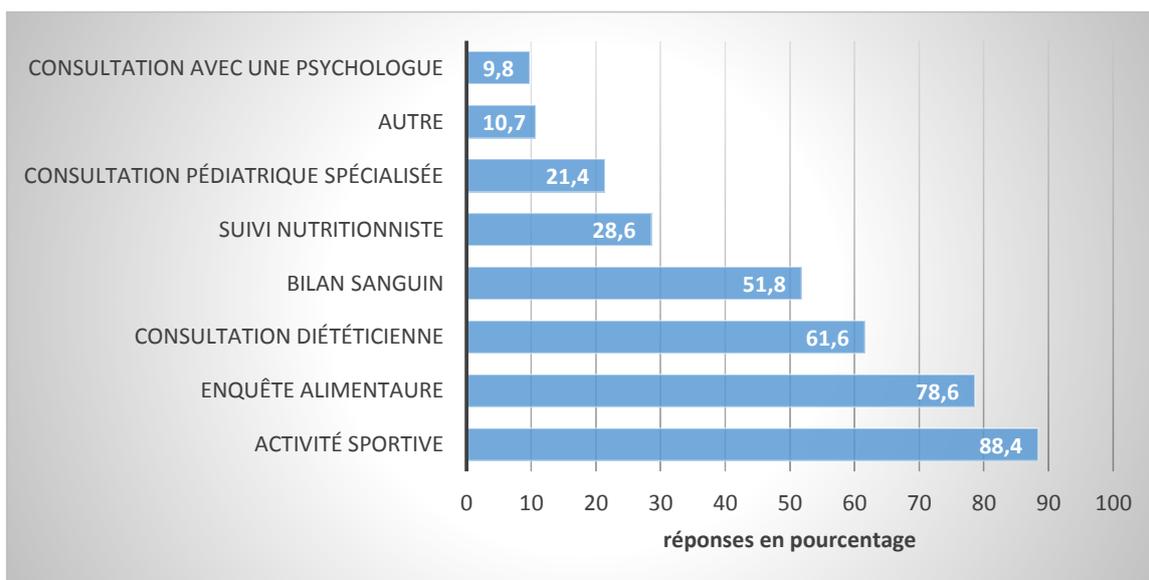


Tableau 5 : récapitulatif des autres réponses données

Préconise l'expression « bouger plus » que d'utiliser le terme d'activité sportive qui peut effrayer.
Suivi dans des consultations pluridisciplinaires : psychologie-pédiatrie-diététicien
Le revoir à plusieurs reprises, l'encourager, écrire les aliments à éviter.
Règles hygiéno-diététique (RHD) et sport dans un premier temps puis ensuite le nutritionniste
Modification alimentaire, impliquer les parents
Conseils nutritionnels et suivi à moyen terme
Suivi généralistes et pole de prévention
Education thérapeutique du patient (ETP)
Jamais tout d'emblée
Adapter selon le patient
Suivi régulier
Méthode papillote (définition en annexe 3)

5) Bilan

a. Bilan réalisé pour les MG picards

Le bilan biologique est adapté au contexte clinique ce qui explique que la somme des réponses soit supérieure à 100%. Les 15% (n=17) de médecins interrogés ayant répondu autre ont précisé leurs réponses par les propositions suivantes (tableau 6).

Tableau 6 : les autres réponses

Selon la clinique
Rien
VS
Ferritine
Créatininémie
Fonction rénale (citée 3 fois)
Bilan martial
HbA1c, uricémie, cortisolurie 24h
Echographie pelvienne, recherche du SOPK pour les filles
Cortisol plasmatique et/ ou urinaire (n=3)
Protéïnémie, bilan rénal et si anomalie ou suspicion cortisolémie à 8h et bilan urinaire (protéïnurie, glycosurie et cortisolurie)
HDLc, cholestérol total, triglycéride
Cortisolémie si buffle neck, vergetures... Bilan biologique loin d'être systématique, voir si gynécomastie, micropénis, stade pubertaire.

Par ordre de fréquence quand un bilan biologique est prescrit,

la TSH l'est à 93% (n=104),

la glycémie à jeun (GAJ) à 91% (n=102),

l'exploration d'une anomalie lipidique (EAL) à 79.4% (n=89),

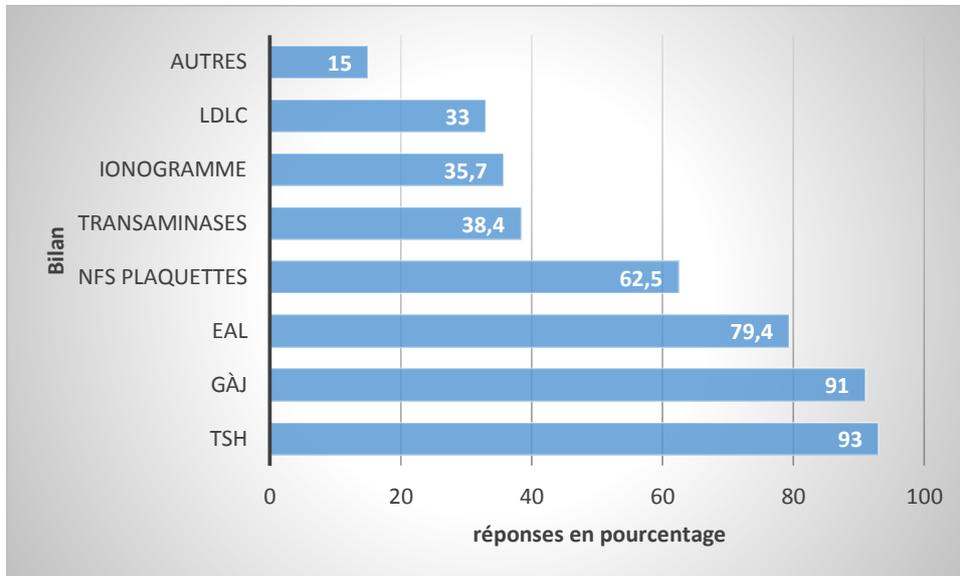
la numération formule sanguine plaquettes (NFS) à 62.5% (n=70),

les transaminases à 38.4% (n=43),

l'ionogramme sanguin à 35.7% (n=40),

les lipoprotéines à basse densité (LDL cholestérol) à 33% (n=37) (graphique 13).

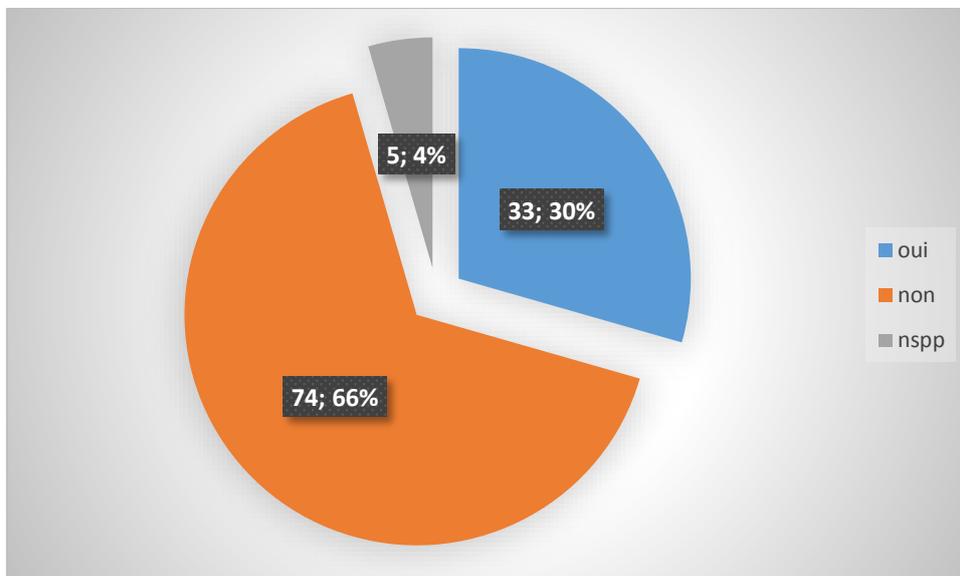
Graphique 13 : Bilan biologique



b. Bilan systématique

Pour 30% (n=33) des MG le bilan est systématique, pour 66% (n=74) il n'est pas systématique et 4% (n=5) ne se prononcent pas (nspp) (Graphique 14).

Graphique 14 : bilan systématique en cas d'obésité



6) Les objectifs

Parmi les médecins interrogés (Graphique 15) :

Pour 59% (n=66) l'objectif est la stabilisation du poids

Pour 29%(n=32) il s'agit de limiter la poursuite de la prise de poids

Pour 3% (n=4) de perdre du poids

9% (n=10) ont indiqué un autre objectif (tableau 7)

Graphique 15 : Objectifs de la prise en charge

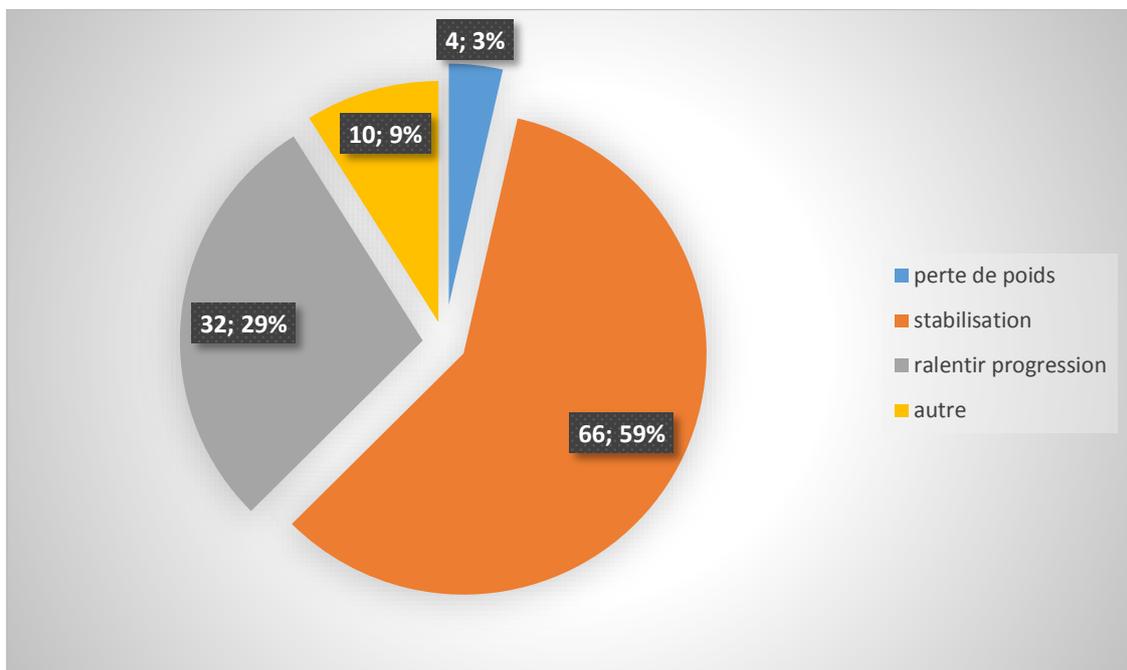


Tableau 7: les autres objectifs des MG interrogés

Stabilisation puis perte de poids
Sensibiliser sur l'hygiène de vie (RHD, lutte contre la sédentarité)
Grandir sans grossir, manger différemment, bouger plus, être acteur de sa santé
une prise en charge adaptée parfois pluriprofessionnelle
Stabilisation pour à terme perte de poids avec la croissance et autres mesures
à 10 ans l'objectif en poids n'est pas le même qu'à 19 ans; surtout: devenir un adulte heureux et en bonne santé
un lien dialectique
Rééquilibrage alimentaire
La stabilisation est la règle mais l'attitude peut-être différente en fonction de l'âge : entre 10 et 19 ans: il y a un gouffre (et pas une marge!)
dépend de l'âge (va-t-il encore beaucoup grandir ?)

7) Fréquence du suivi initial

Pour 66% (n=74) des médecins interrogés, le suivi est mensuel, pour 23% (n=26) Bimensuel, soit 2 fois par mois.

Pour 1.7% (n=2) Hebdomadaire soit toutes les semaines.

9 % (n=10) ayant répondu autre en donnant les réponses suivantes (tableau 8) (graphique 16)

Graphique 16 : fréquence du suivi initial

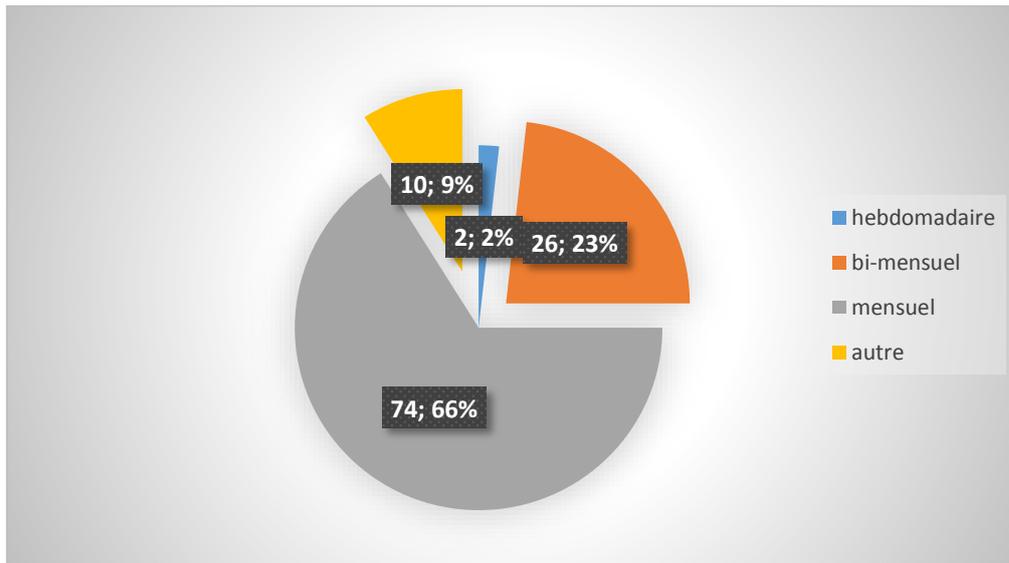


Tableau 8 : les autres durées proposées par les médecins interrogés

Bi mensuel puis mensuel
Trimestriel (n=4)
3 à 6 mois (n=2)
morne norme et temporalité de l'impatient de médecine générale
tout dépend de la motivation de l'adolescent et de l'entourage...
à personnaliser, au cas par cas... demander si il veut nous revoir pour faire le point et répondre à ses questions ou difficultés.

8) Durée du suivi au long cours

Pour 66% (n=74) des MG interrogés un suivi de 12 mois. (Graphique 17)

Pour 10.7% (n=12) un suivi de 6 mois,

Pour 2% (n=2) un suivi de 2 mois

Pour 21 % (n=24) des médecins interrogés la durée de suivi est différente et figure parmi les propositions suivantes (tableau 9)

Graphique 17 : durée du suivi au long cours

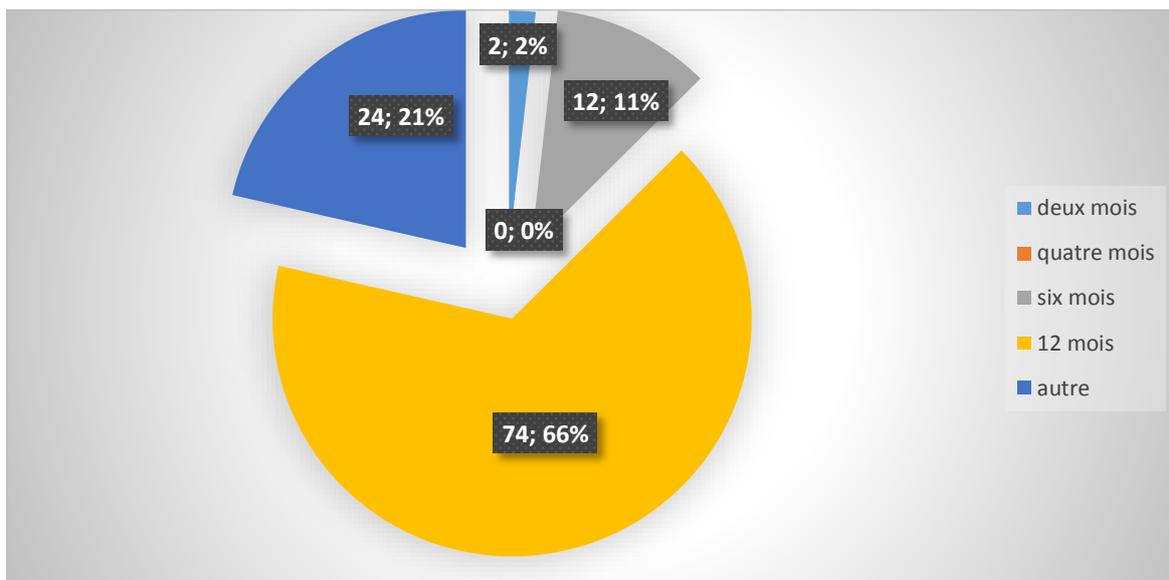


Tableau 9 : autre durée de suivi au long cours proposée

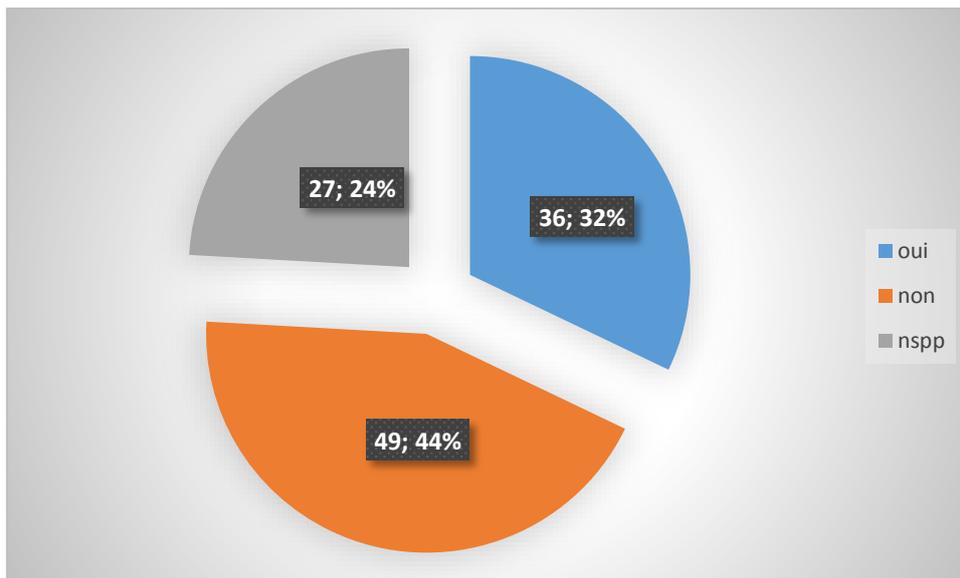
Dépend du patient
Cela dépend
jusqu'à la fin de la croissance
Jusqu'à stabilisation d'un résultat correct
12 à 24 mois et plus si nécessaire
Jusqu'à la fin de l'adolescence
2 ans (n=4)
2 à 3 ans
5 ans (n=2)
Long et patient dépendant
Long et difficile
A vie (on surveillera toujours le poids) (n=2)
au cas par cas, selon l'évolution du poids et l'atteinte des objectifs, mais sur 12 mois au minimum
Tant que le problème n'est pas stabilisé : puis plus espacé mais au moins une fois tous les 6 mois
Plusieurs années (n=2)
jusqu'à modification du mode de vie (==> souvent > 12 mois)
Aussi longtemps que le problème persiste
suivi personnalisé

C. Prise en charge de second recours

1) Soins de suites et de réadaptations (SSR)

44% (n=49) des médecins interrogés n'orientent pas leurs jeunes patients dans des centres de soins de suites et de réadaptations, 32% (n=36) le font et 24% (n=27) ne se prononcent pas. (Graphique 18).

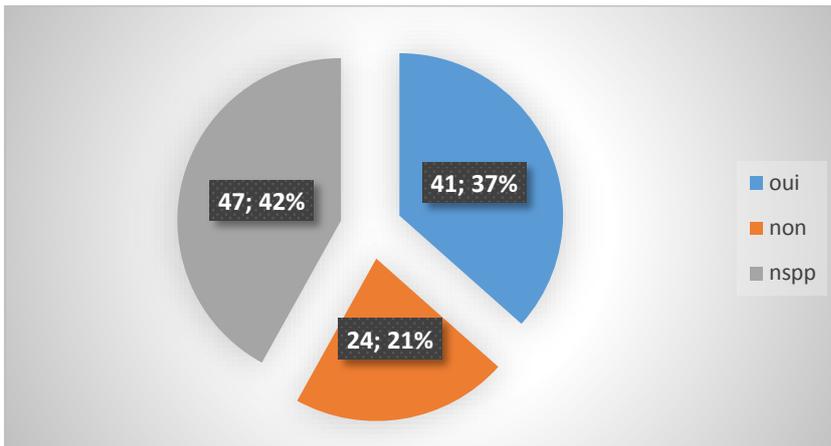
Graphique 18 : intention d'adresser les patients en SSR



2) Soins de suite et de réadaptation en territoire picard (Graphique 19)

37% (n=41) des médecins interrogés connaissent l'existence des centres de soins de suite et de réadaptation prenant en charge l'obésité en territoire picard et 21% (n=24) ignorent l'existence de ces centres. Enfin 42% (n=47) ne se prononcent pas sur la question.

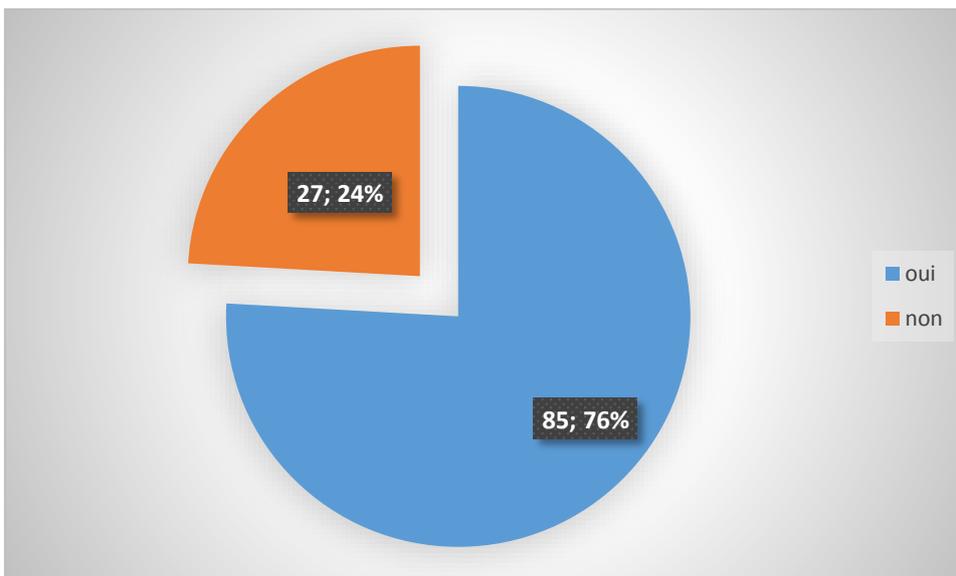
Graphique 19 : connaissance de l'existence des SSR en Picardie par les MG



3) FMC sur l'obésité

76% (n=85) des médecins interrogés seraient intéressés par des formations médicales continues (FMC) ou développement personnel continu (DPC) sur le sujet de l'obésité de l'adolescent et 24 % (n=27) ne le sont pas. (Graphique 20)

Graphique 20 : intérêt des MG pour les formations sur l'obésité



4) Prise en charge idéale

La prise en charge est complexe et nécessite plusieurs intervenants complémentaires ce qui explique que la somme des pourcentages est supérieure à 100%. (Graphique 21)

Par ordre de fréquence,

55.3% (n=62) des médecins interrogés font appel à un nutritionniste,

53.6% (n=60) à un pédiatre,

44.6% (n=50) à un endocrinologue,

25% (n=28) à un psychologue,

9% (n=10) à un pédopsychiatre et pour 10.7% (n=12) une autre réponse a été proposée.

(tableau10).

Graphique 21 : Les différents intervenants dans la PEC pour les médecins interrogés

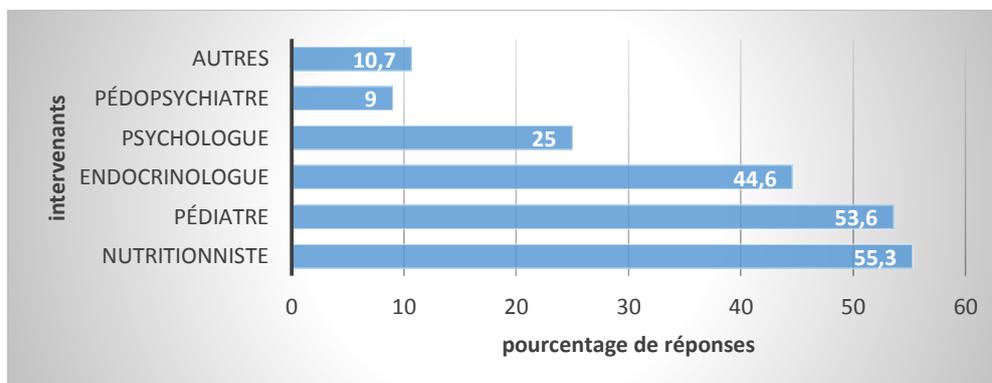


Tableau 10 : les autres intervenants cités

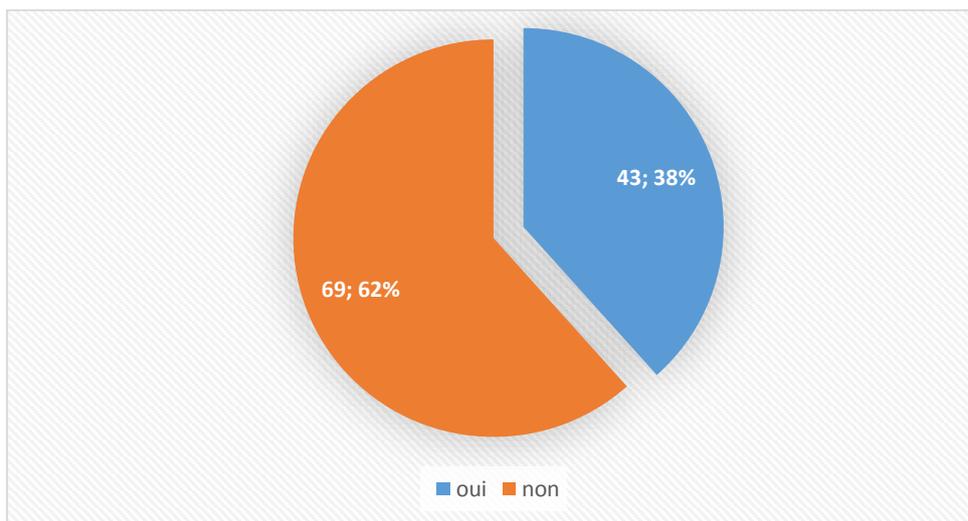
Pole prévention (n=2)
Diététicienne (n=3)
Consultation multidisciplinaire
Centre rue des Louvels Amiens
Diététicienne pour enfant et parents
pas de pédopsychiatre
Nutritionniste et psychologue, mais pb de prise en charge
on n'a pas de pedo psy! le psychologue n'est pas remboursé...
la clinique et la pratique du spécialiste en médecine générale et pôle de prévention

D. La chirurgie bariatrique

1) La chirurgie bariatrique pour les adolescents

62% (n=69) des médecins interrogés ignorent la possibilité de cette chirurgie pour l'adolescent alors que 38 % (n=43) la connaissent. (graphique 22)

Graphique 22 : pourcentage de MG connaissant de l'existence de la chirurgie bariatrique chez l'adolescent



2) Les critères d'accès à la chirurgie pour les médecins généralistes

Comme pour toute chirurgie, il existe plusieurs critères, par ordre de fréquence décroissante (graphique 23):

Adhésion du patient sur une longue durée de suivi (2 ans minimum voir plus) : 52.7 % (n=59)

IMC >40 kg/m² : 52.7% (n=59)

IMC >35 kg/m² avec comorbidités de type diabète, HTA, dyslipidémies, SAS : 46.4% (n=52)

IMC >35 kg/m² sans comorbidités: 7.1 % (n=8)

Régime alimentaire et activité sportives sans perte de poids notables : 33% (n=37)

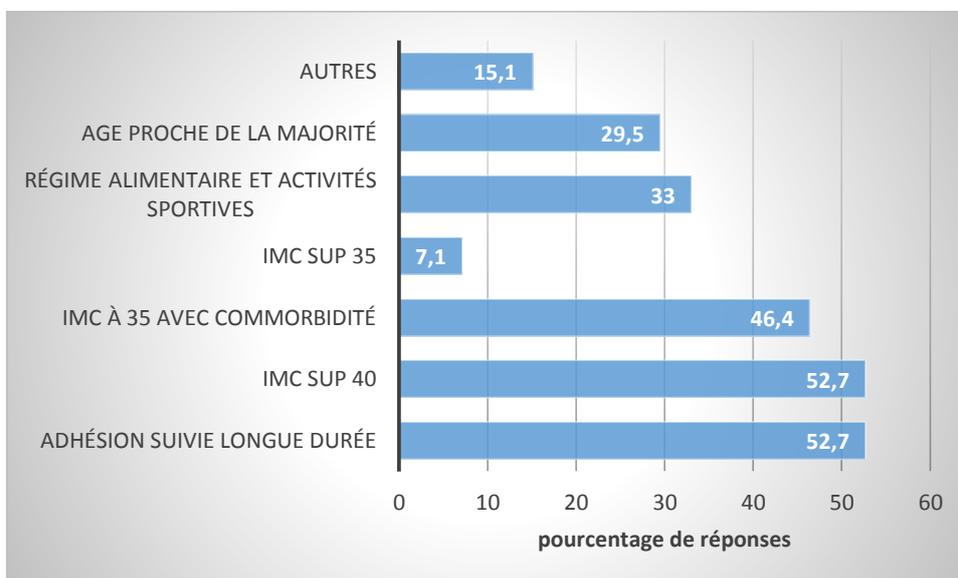
Age proche de la majorité 29.5% (n=33)

Autres critères : 15.1 (n=17), (réponses données tableau 11)

Tableau 11 : les autres critères à la chirurgie

Rien (n=2)
Aucun : chirurgie réservée à l'adulte
Ne se prononce pas (n=3)
mauvaise solution
Critères HAS 2011
pas encore de retour sur cette chirurgie chez l'ado. J'attends encore.qu'il devienne adulte
La décision n'est pas de mon ressort, en cas d'échec de ma prise en charge, c'est une structure spécialisée qui doit gérer ensuite
pas de chirurgie de l'obésité chez d'adolescent à ma connaissance, mais après ça a peut-être évolué!
décision du spécialiste, voire deux avis spécialisés
je suis contre la chirurgie bariatrique chez les ados
la chirurgie bariatrique se solde le plus souvent à terme par un échec
Je n'ai pas d'idée c'est déjà très compliqué chez les adultes demandeurs
absence de pathologie psychiatrique
un adolescent n'est-il pas trop jeune pour ce genre d'intervention?

Graphique 23 chirurgie bariatrique : critères d'inclusion

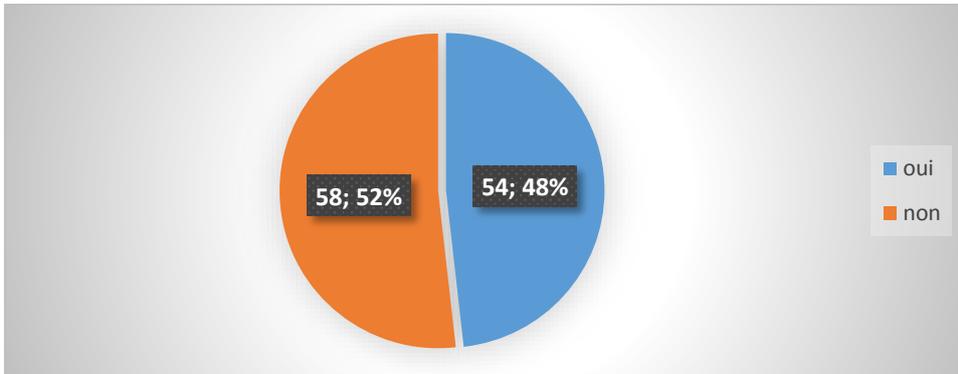


E. Les structures en territoire Picard

1) La connaissance des structures

48% (n=54) des médecins interrogés connaissent les structures picardes mentionnées contre 52% (n=58) qui ne les connaissent pas. (Graphique 24)

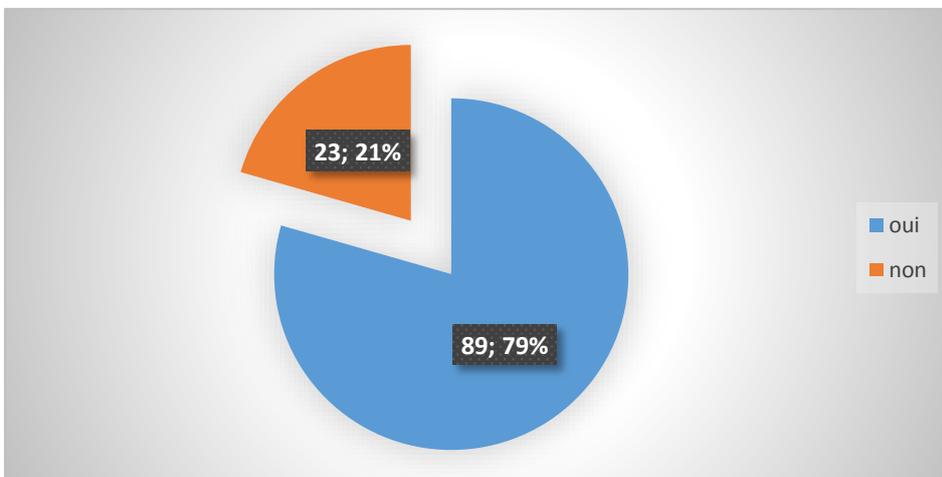
Graphique 24 : les MG connaissant les structures de prise en charge



2) L'intention des médecins généralistes de les adresser dans ces structures

En connaissant les structures, 79% (n=89) des médecins interrogés orienteraient plus facilement leurs patients contre 21% (n=23) qui ne le feraient pas. (Graphique 25)

Graphique 25 : intention d'adresser les patients en connaissant les structures



F. Commentaires libres

Une rubrique commentaires libres a été laissée à la fin du questionnaire pour permettre aux MG de s'exprimer sur ce dernier dont voici les principales réponses :

Pour certains médecins remplaçants ou non la « problématique est très peu observée et abordée, et peu de formation sur le sujet. Il faudrait rembourser le suivi par la diététicienne et le psychologue ce qui permettrait d'aider les patients et leur famille. »

« Sur Compiègne, le pôle éducation ne prend pas en charge les moins de 18 ans. Ils sont ré-adressés en pédiatrie. Donc, y a-t-il sur Compiègne un service de réadaptation/ rééducation pour les adolescents souffrant d'obésité ou même en surpoids? » Pour le médecin interrogé, « la réponse est non ».

« Le questionnaire aurait mérité d'être plus précis et certaines questions nuancées ».

« Il faudrait lutter contre la difficulté d'accès aux centres. »

« Consultation longue, complexe, multifactorielle, contexte familial à appréhender, autres motifs de consultation prévus avec un temps limité par un planning chargé. »

« Un soutien institutionnel serait utile pour pouvoir multiplier les consultations cahier de prise en charge avec suivi à cocher en additif du carnet de santé via une prise en charge exonérée par l'assurance maladie. Prise en charge difficile et multidisciplinaire car elle comporte une multitude d'aspects; gros problème financier en dehors d'un centre car psychologue et diététicien(ne) pas remboursés. »

« Prise de conscience difficile quand les parents sont obèses eux-mêmes. »

« Médecine générale, médecin de famille, "porte d'entrée dans le système de soin". »

« L'adolescent est rarement le seul obèse de la famille, nécessité de prendre en charge l'environnement »

« Dépister c'est très bien mais ce n'est malheureusement pour le patient que le début d'un très long parcours complexe semé d'embûches, de rechutes, de désillusions-frustrations avec une profonde (et bien délicate) remise en cause du modèle alimentaire familial ; bref, rien de simple malgré la facilité initiale associant bascule, toise et mètre ruban. »

« Souvent besoin d'une prise en charge familiale, aussi, et famille difficile à fédérer. »

« Problème de société : habitudes alimentaires allant vers la facilité, rythmes scolaires ne permettant pas une vie épanouie de l'adolescent, contexte familial, pas de structures sportives ou de pleine air et manque d'associations de loisirs physiques; les retombées médicales ne sont que les symptômes d'une société qui va mal. »

« Sujet épineux car il faut avoir l'adhésion des parents également! Et dire que leur enfant est obèse est parfois pris pour une critique (= mauvais parent!) »

IV. DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes picards.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la fréquence de prise des biométries, leur utilisation et la connaissance des structures dans l'aide à la prise en charge par le MG.

A. Forces et faiblesses de l'étude

1) Les faiblesses

Afin d'évaluer la pratique et les connaissances des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité des adolescents, nous avons choisi la méthode quantitative car nous étudions des données chiffrables.

Le but de cette méthode était, à travers des pourcentages ou des moyennes de pouvoir établir un état des lieux de la pratique des MG.

La plus grande difficulté de cette méthode de recueil a été l'envoi des questionnaires, n'ayant pas eu une réponse favorable pour l'aide logistique par l'URPS. Nous avons dû envoyer par nous même le questionnaire aux MG picards, avec l'aide du département de médecine générale de la faculté d'Amiens. Ainsi cette étude présente un biais de sélection lié à la population de MG recrutée.

Notre échantillon était 112 réponses soit 5.3% des 2115 MG du territoire picard recensés en 2013. Sur 500 MG ayant reçu le courriel, 22.4% d'entre eux ont répondu au questionnaire dans sa totalité. Ce taux de participation est similaire à d'autres études quantitatives mais peut paraître insuffisant par rapport à l'importance de ce problème de santé publique. En effet, d'autres études menées en PACA[17] ou en Languedoc-Roussillon [18] ont eu des taux de participation bien plus importants, respectivement 58.8% (pour 1075 questionnaires envoyés) et plus de 80% (pour 744 questionnaires envoyés). De nombreux questionnaires ont été envoyés à la même période que le nôtre et avant les congés estivaux des MG ce qui peut expliquer notre

taux de participation, les médecins ont certainement sélectionnés les questionnaires auxquels ils ont répondu en fonction de leurs centres d'intérêts.

L'échantillon de MG ayant répondu au questionnaire n'était pas parfaitement représentatif de l'ensemble des MG picards, nous avons relevés une proportion plus importante de MG exerçant en semi-urbain (47.3%). L'enquête de l'UMRL Picardie [19] de 2009 montrait une répartition un peu plus homogène, 30% en milieu rural, 33% en milieu urbain et 37% en semi-rural (semi-urbain).

L'âge moyen des médecins de cette enquête est de 43 ans, alors qu'en Picardie cette moyenne est de 51.6 en 2013 [20]. Cette différence est en lien avec le mode d'enquête par courriel et à l'envoi à 245 anciens internes de la faculté d'Amiens, plus sensibilisés à utiliser l'outil internet.

Les médecins interrogés sont de sexe féminin à 46.5% et à 53.5% de sexe masculin. En Picardie [20], la population médicale est plutôt masculine à 61%. La différence est due à la féminisation récente de la profession d'une part et à la part du nombre de remplaçants ou nouvellement installé ayant répondu.

Autre faiblesse, notre questionnaire ne permettait pas de savoir à quel département de la région picarde appartenait les MG répondants, les maitres de stage sont dans la majorité des cas installés dans l'OISE.

Le territoire picard présente des caractéristiques démographiques particulières, une faible densité médicale, une forte ruralité, une proportion élevée d'habitants en situation socio-économique difficile, tout ceci pouvant expliquer la forte prévalence de l'obésité en Picardie.

De plus, les MG ayant répondu au questionnaire étaient les plus intéressés par le sujet. Un fort pourcentage de MG était des maitres de stages pouvaient être certainement plus sensibilisés et formés.

En résumé plusieurs biais étaient présents :

- Biais de sélection : population non parfaitement représentative des médecins généralistes picards.
- Biais de recrutement : une probable sur-représentation des MG du bassin de Compiègne et des maitres de stage.

- Biais de mémorisation : certaines questions demandaient de se souvenir du nombre de patients vues au cours des deux derniers mois.
- Biais de déclaration : les médecins pouvaient se sentir jugés dans leurs pratiques au travers de certaines questions posées.
- Biais de surveillance : certains médecins ayant diagnostiqués plus d'adolescents en surpoids/obésité que la moyenne calculée de notre population.
- Biais lié à l'intérêt du sujet : les MG répondent plus volontiers à des questionnaires lorsque le sujet les intéresse.

L'étude était déclarative, les attitudes déclarées pouvaient ne pas correspondre aux pratiques effectives.

(Nous avons pour de nombreuses questions à choix multiples, laissant le choix aux MG de compléter leurs réponses quand certains choix pouvaient manquer, par exemple à la question 12 sur la durée du suivi au long cours.) Certaines questions pouvaient être mal comprises, peu nuancées et manquaient de précisions selon certains MG. Malheureusement dans les commentaires libres, ces questions n'ont pas été précisées. Le nombre important de questions à choix multiple peut rendre nos résultats peu significatifs.

Dans notre étude nous n'avons pas exploré les objectifs pondéraux des patients comme cela est recommandé par l'HAS.

Il aurait été intéressant également de savoir si le dépistage était abordé au cours d'une consultation dédiée ou d'une consultation pour un tout autre motif.

2) Les forces

L'étude s'intéressait à une préoccupation majeure de santé publique sur le plan mondial mais également au niveau du territoire picard, 3^{ème} rang national en terme de prévalence.

Notre enquête était originale car dans la littérature aucun travail mené en Picardie n'a abordé la prise en charge de l'obésité de l'adolescent par le MG ces dernières années. Dans le catalogue SUDOC-Abes , l'agence bibliographique de l'enseignement supérieur, catalogue du Système Universitaire de documentation, le mot clé obésité renvoie à 3819 références de toutes sortes

(thèse, article, revue) et l'obésité de l'adolescent renvoie à 214 références . L'obésité de l'adolescent en Picardie renvoie à 4 références et lorsque l'on affine la recherche en y incluant le mot clé médecin généraliste nous n'avons aucune référence.

B. Résultats principaux

La moyenne d'âge des médecins interrogés est de 44.3 ans, +/- 13 ans [28-68 ans] avec une médiane à 47.5 ans. 45.5% des médecins interrogés ont moins de 36 ans. 47.3 % (n=53) exercent en semi-rural. 73% des médecins travaillent en groupe, 91 % en libéral. 86 % (n=96) des médecins interrogés ont une formation complémentaire. Les MG utilisaient principalement le calcul de l'IMC (94%) pour le dépistage de l'obésité.

Pour une prise en charge optimale, les MG faisaient la promotion de l'activité physique, procédaient à une enquête alimentaire et sollicitaient l'aide d'une diététicienne. Le bilan n'était pas systématiquement prescrit et quand il l'était la TSH était demandée en premier lieu puis la glycémie à jeun et l'exploration d'une anomalie lipidique.

59 % des MG avaient pour objectif une stabilisation de la prise de poids, le suivi initial était mensuel et de 12 mois pour 66 %.

C. Notre étude par rapport à la littérature

1) Notre étude par rapport aux recommandations

La synthèse des recommandations de bonne pratique sur le surpoids et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent de 2011 de l'HAS ne repose sur aucune preuve scientifique. Ces recommandations sont toutes issues d'accord d'experts (AE) (annexe 4)

Nous rappelons ici les points essentiels de ces recommandations :

Surveillance systématique de l'IMC quel que soit l'âge, leur corpulence ou le motif de la consultation. La fréquence étant de 2 fois minimum par an à partir de 2 ans.

Un suivi de la corpulence à l'aide des courbes de références dans le carnet de santé de l'enfant est recommandé. Le tracé des 3 courbes est nécessaire : courbe de poids, de taille et l'IMC. Le

tracé de la courbe et le calcul de l'IMC devraient faire partis des gestes courant d'une consultation de médecine générale.

Ces recommandations distinguent 3 niveaux de recours :

Le premier recours comprend la prise en charge par le MG avec la possibilité de se faire aider d'un autre professionnel de santé.

Le deuxième et troisième recours fait appel à une prise en charge multidisciplinaire avec des professionnels spécialisés respectivement à l'échelle départementale et régionale où le MG a un rôle de coordinateur des soins.

Dans notre étude, 94 % des MG surveillent l'IMC de leurs patients, près de 86% prennent les biométries régulièrement voir certains de façon systématique pour ce qui est du poids et la taille l'est à près de 60%, 66% suivent la corpulence en traçant les courbes sur le carnet de santé. A peine 3% calculent le rapport TT/T qui traduit un excès de graisse abdominale associé à un risque cardiovasculaire et métabolique accru.

Lors de l'annonce du diagnostic, les MG le faisaient selon eux à 90% de façon compréhensible en « expliquant, en dédramatisant, en déculpabilisant et en rassurant » HAS. 92% d'entre eux insistaient sur les habitudes alimentaires qui devaient être modifiées, 87.5% faisaient la promotion de l'activité physique.

Pour 3% des MG la perte de poids était l'objectif prioritaire contre 66% pour qui la stabilisation du poids était la règle. 29% préconisaient de ralentir la progression de la prise de poids.

Nous rappelons ici que dans notre étude nous n'avons pas exploré les objectifs pondéraux des patients comme cela est recommandé selon l'HAS.

Les examens complémentaires n'étaient pas systématiques à 66% et quand ils étaient prescrits c'était principalement la TSH, la glycémie à jeun, l'exploration d'une anomalie lipidique et les transaminases.

Les résultats font ressortir majoritairement que le suivi initial devrait être mensuel et s'établit sur une période de 12 mois minimum. Et pour 20% des MG cette durée devrait être adaptée au patient.

En ce qui concerne le recours aux autres intervenants, les MG faisaient principalement appel aux nutritionnistes, pédiatres et endocrinologues.

32% des MG connaissaient les SSR orientés obésité et le même pourcentage en connaissaient leur localisation sur le territoire picard.

D'une manière générale, les MG suivent les recommandations de l'HAS, aucune ne repose sur des preuves scientifiques mais seulement sur des accords d'experts montre la complexité de ce dépistage et de sa prise en charge. D'autres études ou travaux sur ce thème pourraient certainement être utile.

D'après les résultats de notre étude, il nous paraît nécessaire de constituer une liste des réseaux de chaque région facilement accessible pour le MG, réactualisée régulièrement avec les coordonnées des différents correspondants d'aide pour la prise en charge de l'obésité (2^{ème} et 3^{ème} recours).

2) Notre étude par rapport aux autres études

Nous notons que les autres études comparatives ont été faites dans d'autres régions.

« La médecine de l'obésité est une médecine centrée sur la personne pour laquelle la relation soignant-soigné est d'une extrême importance », [21] le MG est au cœur de la prise en charge ,il a un rôle majeur de soins de 1^{er} recours dans , l'éducation santé, le diagnostic, la prise en charge [21], le traitement et le suivi du patient. Le MG est demandeur de formations en la matière [22]. Un rapport de l'Assurance Maladie observe une augmentation de la prise en charge de l'obésité de l'adolescent par la chirurgie bariatrique, comptabilisant près de 700 patients âgé de moins de 20 ans dont 586 avaient entre 18 et 19 ans, 10 avaient entre 11 et 15 ans et 104 entre 15 et 17 ans. [23]

Dans notre étude 62 % des MG ignoraient l'existence de la chirurgie bariatrique chez l'adolescent, pour certains le parcours est déjà compliqué chez l'adulte donc chez l'adolescent ce n'est pas plus évident pour eux. Une étude datant de 2011 à Tours par Da Silva Pires E. [24] sur « Opinions et expériences des médecins généralistes concernant la chirurgie bariatrique » montrait que le MG n'était pas directement concerné par le parcours de prise en charge par cette

chirurgie. Il y a un véritable travail d'information pour orienter le patient avec un suivi au long cours. Compte tenu de cette étude réalisée à Tours et de la nôtre, il apparaît que le parcours n'est pas formalisé, le MG dépiste et fait le diagnostic mais ensuite la prise en charge n'est pas complètement définie. Il faut également prendre en compte les longs délais d'attente pour un rendez-vous et le non remboursement des consultations chez la diététicienne et le psychologue qui sont des freins à la prise en charge, pouvant décourager les patients.

Il apparaît nécessaire que les MG possèdent une meilleure connaissance de l'existence des réseaux de prise en charge, leur localisation, leur mode de fonctionnement. En effet notre étude montre que les connaissant, les MG orienteraient plus facilement leurs patients vers ces structures.

Dans notre étude montre qu'une des principales difficultés des MG est l'acceptation du diagnostic par les parents. Ces derniers étant le plus souvent en surpoids, le fait de leur dire que leur enfant a des problèmes de surpoids renvoie l'idée que ce sont des « mauvais parents ». Le surpoids est toujours un sujet difficile à aborder. Plusieurs études sur le sujet notamment celle menée par le Dr Desbrest [25] « point de vue, pratiques et attentes des médecins généralistes concernant l'obésité chez l'enfant » ou celle du Dr Laurens [26] « obésité infantile : pratiques et attentes des médecins généralistes du pays basque » confirme cette perception.

L'étude du Dr Fayemendy sur la prise en charge de l'obésité [27] montrait que sur 68 médecins interrogés, une majorité d'entre eux soit 54.4% étaient favorables à une codification spéciale pour la consultation du patient obèse, consultation chronophage entre l'enquête alimentaire, les questions sur les habitudes, les activités physiques, « le temps passé devant un écran. »

Les médecins picards comme le montre notre étude sont demandeurs de formation, certaines facultés comme celle d'Angers [28] ou un certain nombre de facultés de Paris proposent des formations sur la prévention. L'idéal serait que ces formations se généralisent à toutes les facultés car l'accès aux spécialistes devient de plus en plus difficile.

L'HAS [14] recommande que les professionnels de santé prenant en charge l'obésité de l'enfant et de l'adolescent puissent avoir une formation initiale et ensuite une formation continue.

La chirurgie bariatrique est connue et si elle ne représente pas une solution pour nombre de MG, elle doit être discutée au cas par cas en équipe pluridisciplinaire et en collaboration étroite

avec le patient [29] et leurs parents. Son recul est insuffisant pour en apprécier le bénéfice risque à long terme [30][31].

D. Perspectives

Nous sommes donc confrontés à un problème de santé publique majeur avec pour le territoire picard un 3^{ème} rang national en terme de prévalence.

Les mesures en matière de santé prises ces dernières années pourraient limiter le champ d'action du MG et avoir une incidence sur le suivi des patients notamment chez les adolescents en surpoids. Ces jeunes patients risquent d'être de moins en moins amenés à consulter les MG pour des examens planifiés, le travail de dépistage et de prévention risquant d'être plus difficile à réaliser.

En effet la simplification du calendrier vaccinal de 2013, avec des rappels à 11-13 ans puis à 25 ans font qu'ils ne seront plus vu en dehors d'épisodes aigus surtout pour les garçons, les filles étant vue plus souvent pour la prescription de leur contraception. Le rappel vaccinal de 16-18 ans était une bonne occasion de refaire le point sur la santé de ces adolescents.

Plus récemment la validité du certificat médical de non contre-indication aux sports est passée de 1 an à 3 ans, ce qui va encore réduire l'opportunité pour les MG de consulter cette population qui souvent à cet âge pratique une activité sportive.

A noter que les consultations de non contre-indication à la pratique sportive représenteraient 25 millions d'actes par an.

La visite médicale de non contre-indication aux sports était propice à la prévention, à l'éducation du patient et au dépistage chez le patient bien portant. En faisant passer sa validité de 1 an à 3 ans, les MG verront leurs possibilités d'effectuer des consultations de prévention et de planification encore restreinte.

Dans quelques années, de nouvelles études pourraient mesurer l'impact de ces mesures dans le dépistage, diagnostic et la prise en charge de l'obésité des adolescents.

V. Conclusion :

L'obésité de l'adolescent est un problème majeur de santé publique et à l'échelle mondiale, une véritable épidémie. Sa prise en charge initiale repose le plus souvent sur le MG.

Notre étude avait pour but d'établir un état des lieux des pratiques et des connaissances des MG en région picarde.

Les MG de notre étude déclaraient des pratiques conformes aux recommandations en termes d'annonce du diagnostic, de prise des biométries et de leur utilisation ainsi que pour le maniement des outils de dépistage. De même, le bilan n'était pas systématique et contenait les principaux marqueurs biologiques figurant dans les recommandations. Par contre, pour ce qui était de la durée du suivi au long cours et des objectifs à atteindre concernant le poids, les pratiques des MG n'étaient pas conformes.

Ils connaissaient les acteurs de santé vers lesquels orienter leurs patients dans ce parcours de soins.

Ils étaient demandeurs de formations pour optimiser la prise en charge de leurs jeunes patients.

Il faudrait mieux faire connaître les réseaux existants en territoire picard car notre étude montrait que peu de MG les connaissaient, développer ces réseaux et mettre en place des formations pour les MG au sein de ces derniers.

Une majorité de MG ignorait le recours à la chirurgie bariatrique pour l'adolescent, mais ceux qui connaissaient cette possibilité, les critères d'accès étaient conformes aux recommandations.

Notre étude n'était pas parfaitement représentative mais elle a permis une première approche qui mériterait d'être approfondie par d'autres études incluant un échantillon de MG plus important et représentatif des trois départements picards afin d'appréhender s'il existe des disparités locales, essayer de connaître les freins au dépistage. Il serait aussi important de connaître le ressenti des MG, de savoir ce qu'ils proposeraient pour faciliter et améliorer le dépistage et la prise en charge.

VI. Bibliographie

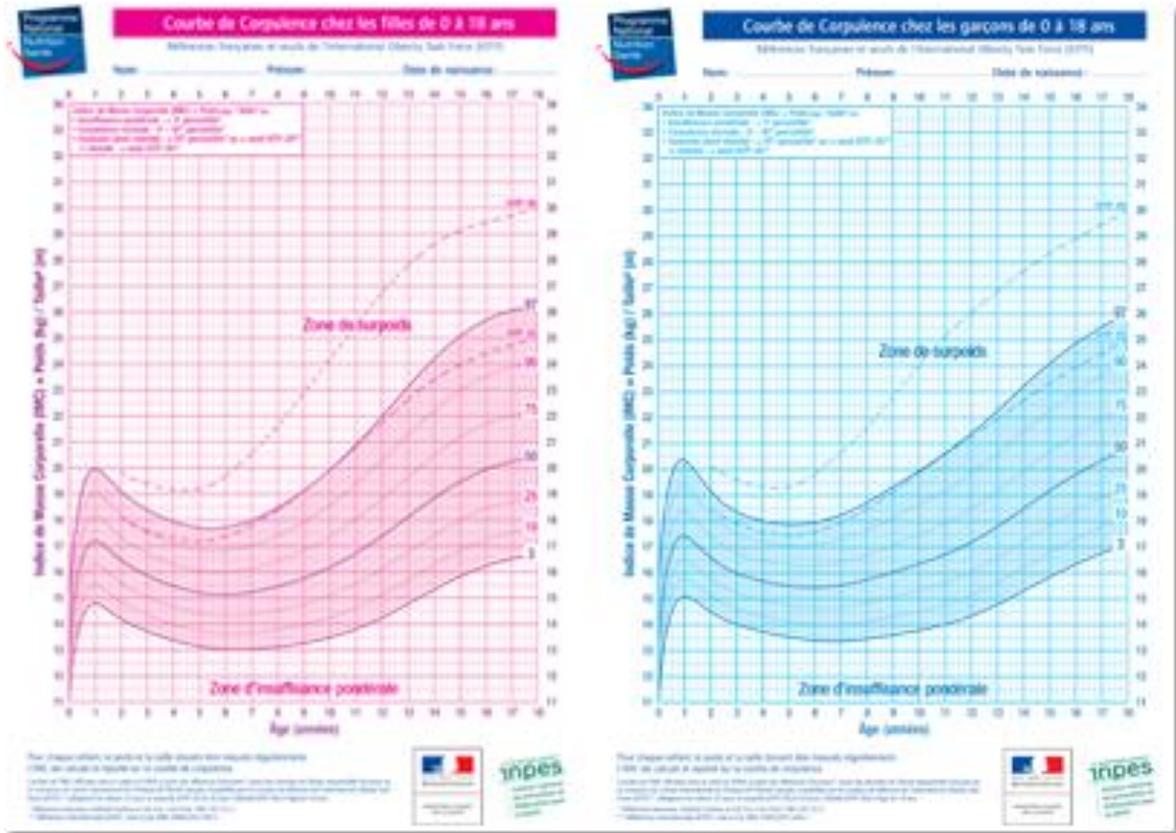
1. OMS. Organisation mondiale de la santé. Obésité et surpoids [en ligne] Aide-Mémoire n° 311. Màj en janvier 2015. Disponible sur <http://www.who.int/fr/>
2. OMS. Rapport technique n°894. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Genève 2003. 300p
3. OMS. Organisation mondiale de la santé. Obésité et surpoids [en ligne]. 10 faits sur l'obésité. Màj mai 2014.
4. International Obesity Task Force, mars 2005. www.ietf.org
5. Les chiffres clés de la Jeunesse. Ministère de la jeunesse et des solidarités actives. Edition 2010. www.jeunes.gouv.fr/IMG/userFiles/Files/chiffres_cles_jeunesse_2010.pdf
6. OMS. Développement des adolescents. www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr
7. Ministère de la Santé. Programme national nutrition santé 2001-2005. Article disponible sur <https://www.sante.gouv.fr/programme-national-nutrition-sante-2001-2005.html>
8. Ministère de la Santé. Deuxième Programme national nutrition santé 2006-2010. Actions et mesures. Article disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2006-2010.pdf
9. Ministère de la Santé. PNNS 2011-2015. Article disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
10. Ministère de la Santé. Plan Obésité 2010-2015. Article disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/plan-obesite.html>.
11. ARS Nord Pas de Calais Picardie disponible sur <http://www.ars.picardie.sante.fr/Parcours-de-sante-obesite.181287.0.html>
12. Ronco F. Le Rôle du Médecin Généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile. Thèse de Médecine Générale. Amiens 2015.
13. Basdevant A. ObEpi-Roche 2012 enquête nationale sur l'obésité et le surpoids. Disponible sur : http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf

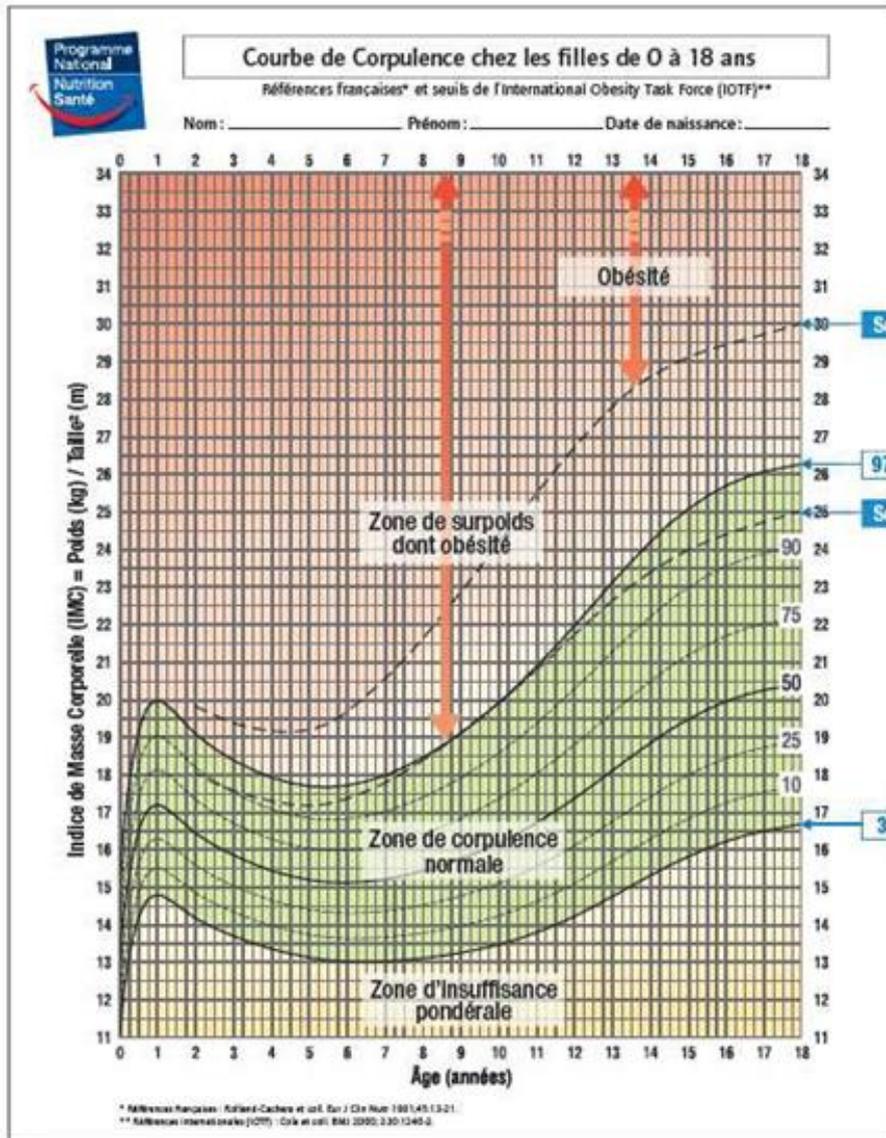
14. HAS. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Actualisation des recommandations 2003. Septembre 2011.
15. Lambou F. La prise en charge et le dépistage de l'obésité infantile: pratiques et attentes des médecins généralistes des Landes, thèse de médecine générale. Bordeaux 2013
16. Fiche mémo. Critères d'éligibilité pour la réalisation d'une chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans. Janvier 2016. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/fm_chirurgie_bariatrique_v3_2.pdf
17. Bocquier A. et al La prise en charge de l'obésité. Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA : résultat d'une enquête téléphonique. Presse médicale :vol34 ;n°1 ;2005-6, pp769-775
18. Thum JF, Avignon A. Obesity management attitudes and practices of French general practitioners in a region of France ; International Journal of Obesity,2005 mai 31 :29(9) :1100-6.
19. UMRL Picardie 2009. Enquête « démographie des médecins libéraux de Picardie »
20. Rault JF, Lebreton G, La démographie médicale dans la région Picardie : ordre national des médecins ; 2013. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/picardie_2013.pdf
21. La prévention et la prise en charge de l'obésité. Enregistré à la présidence de l'assemblée nationale le 5 octobre 2005. Annexe au procès-verbal de la séance du 5 octobre 2005. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/r05.008/r05-008_mono.html
22. Gandolphe M. Prise en en charge du surpoids chez l'adulte en médecine générale, enjeux et difficultés. Thèse de médecine générale à Toulouse soutenue et présentée publiquement en novembre 2011
23. Assurance maladie. Etude sur la chirurgie bariatrique en 2011. 21 février 2013. Disponible sur : <http://www.automesure.com/library/pdf/DP-cnam-chir-obesite-2013.pdf>
24. Da Silva Pirès E. Opinions et expériences des médecins généralistes concernant la chirurgie bariatrique : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine générale de la faculté de Tours, présentée et soutenue publiquement le 11 mars 2011.

25. Desbrest-Bastet M. Points de vue, pratiques et attentes des médecins généralistes concernant l'obésité chez l'enfant. Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde, UFR des sciences médicales, 2007, Université Bordeaux 2. Bordeaux. p. 125.
26. Laurens E. Obésité infantile : pratiques et attentes des médecins généralistes du pays basque, UFR des sciences médicales. 2008, Universités Bordeaux 2 : Bordeaux. p. 119.
27. Fayemendy P, Pivois L, et al. Prise en charge de l'obésité : quel est le niveau de formation des médecins généralistes du département de la Haute Vienne et comment perçoivent-ils leur pratique ? cahier de Nutrition et de diététique, 2011. 46 : p 199-205
28. Site de la faculté de Médecine d'Angers. Certificat optionnel de prévention. Disponible sur <http://www.med.univ-angers.fr/fr/la-faculte/mg/premier-et-deuxieme-cycle/enseignements-dirigés/certificat-optionnel-de-prevention.html>.
29. B.Dubern, P. Tounian. Chirurgie bariatrique et esthétique de l'adolescent obèse : une thérapeutique alternative. Archive de Pédiatrie. 2014 ; 21 :639-645
30. H. Nhingpanha-Palomba et al Obese children 10 year later. An observational study. Archive de Pédiatrie 2013 ; 20 ; 731-738
31. A-C Paepegaey et al Prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité de l'adolescent : quand et comment réaliser la transition vers la prise en charge adulte ? Archive de Pédiatrie 2015;22 : 1233-1239

VII. ANNEXES

1. Courbes de corpulence





Termes et seuils recommandés pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans, selon les courbes de corpulence du PNNS (Inpes)

2. Courrier explicatif et questionnaire

Chères consœurs, chers confrères

Actuellement, remplaçante en médecine générale en Picardie, je prépare une thèse sur « L'obésité et sa prise en charge chez l'adolescent de 10 à 19 ans, états des lieux des pratiques des médecins généralistes de Picardie » sous la direction du Dr MERCIER Laurent.

Pour réaliser cette étude, j'ai créé un questionnaire adressé aux Médecins généralistes de Picardie.

Très intéressée par la pédiatrie et les problèmes de poids des jeunes patients que je suis amenée à voir en consultation lors de mes remplacements, je m'interroge sur la prise en charge de l'obésité chez l'adolescent.

Ma thèse a pour objectif d'évaluer les connaissances et la prise en charge des médecins généralistes de l'obésité de l'adolescent de 10 à 19 ans.

Les objectifs secondaires étant d'évaluer la fréquence de prise des biométries, la façon dont elles sont utilisées par le MG, les connaissances des structures dans l'aide à la prise en charge, ce que le MG (médecin généraliste) privilégie dans la prise en charge de ce problème de santé publique.

Je me permets de vous solliciter afin de répondre au questionnaire suivant qui restera anonyme. Cela ne devrait vous prendre que quelques minutes et me permettra de collecter de précieuses informations pour mon travail.

Vous remerciant par avance pour l'attention et le temps que vous m'accorderez !

Réponse souhaitée, si possible avant le 25 juin 2016.

Si vous avez des questions ou des remarques n'hésitez pas à me contacter par mail :

BiljanaXX@XXX.XXX

Bien confraternellement

Questionnaire :

L'obésité et sa prise en charge chez l'adolescent de 10 à 19 ans, états des lieux des pratiques des médecins généralistes de Picardie

Votre pratique/expérience

- 1) Quel est le pourcentage de vos consultations concernant les adolescents de 10 à 19 ans (définition OMS de l'adolescent) ?
 - < 20%
 - Entre 21 et 40%
 - > 41%

2) Combien d'adolescent en surpoids/obésité avez-vous diagnostiqué en cours des 2 derniers mois ?.....

3) Lors de l'annonce du diagnostic (plusieurs réponses possibles)

Se fait-elle avec des mots adaptés à la compréhension de l'enfant et des parents ?	
Mettez-vous l'accent sur une alimentation à rééquilibrer ?	
Insistez-vous sur l'activité physique à entreprendre ?	
Vous aidez vous des courbes de corpulence (présente dans le carnet de santé ou sur votre logiciel informatique) ?	
Vous aidez vous de la réglette IMC (indice de masse corporelle) ?	

4) Pour un même patient, quel est la fréquence de prise des biométries

	Très rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
Poids					
Taille					

5) Les biométries (poids-taille) sont (plusieurs réponses possibles) :

- Notées dans le dossier du patient
- Notées sur le carnet de santé
- Notées dans le dossier patient et sur le carnet de santé (courbe et/ ou suivi)
- Reportées sur les courbes dans le carnet de santé

6) Quel outil utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- IMC (indice de Quételet poids/taille(m)²)
- Rapport tour de taille/taille (TT/T)
- Autre méthode, précisez :

7) Que proposez-vous pour une prise en charge optimale ? (plusieurs réponses possible)

- Enquête alimentaire
- Bilan sanguin
- Entretien avec une psychologue
- Suivi nutritionniste
- Activité sportive
- Consultation diététicienne
- Consultation pédiatrique spécialisé
- Autres (préciser).....

8) Si vous deviez faire un bilan, que pourrait-il comporter ? (plusieurs réponses possibles)

- Numération formule sanguine, plaquettes
- Exploration anomalie lipidique
- LDLc
- Glycémie à jeun
- TSH
- Transaminases
- Ionogramme sanguin
- Autres : précisez.....

9) Le bilan est-il prescrit de façon systématique ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

10) Pour vous, quel est votre objectif principal chez l'adolescent obèse ?

- Une perte de poids coûte que coûte
- Une stabilisation du poids
- Ralentir la progression de la prise de poids
- Autres : précisez.....

11) selon vous, le suivi doit être à quelle fréquence au début ?

- Une fois par semaine
- Bi mensuel
- Une fois par mois
- Autre : précisez.....

12)) selon vous, un suivi régulier se fait pendant combien de temps ?

- 2 mois
- 4 mois
- 6 mois
- 12 mois
- Autres : précisez.....

Pour aller plus loin dans la prise en charge

13) devant des résultats peu favorables, en termes de poids, pensez-vous orienter vos patients vers des services de soins de suite et de réadaptation ?

- oui
- non
- ne se prononce pas

14) selon vous existe-t-il des soins de suite et de réadaptation pour la prise en charge de l'obésité en Picardie ?

- oui
- non
- ne se prononce pas

15) Si des FMC (Formation Médicale Continue) sur le sujet sont organisées seriez-vous intéressé d'y participer ?

- Oui
- Non

16) Toujours dans l'optique d'une prise en charge optimale, quand vous êtes dans l'impasse, dans l'idéale, vers quel(s) intervenant(s) orientez-vous vos patients adolescents ? (plusieurs réponses possibles)

- Pédiatre
- Nutritionniste
- Endocrinologue
- Psychologue
- Pédopsychiatre
- Autres : (précisez).....

17) Avez-vous entendu parler de la chirurgie bariatrique chez l'adolescent ?

- Oui
- Non

18) Quels seraient les critères de cette prise en charge chirurgicale chez l'adolescent pour vous?

- IMC >35 kg/m²
- IMC >35 kg/m² avec comorbidités de type diabète, HTA, dyslipidémies, SAS
- IMC>40 kg/m²
- Régime alimentaire et activités sportives sans perte de poids notables

- Age proche de la majorité
- Adhésion du patient sur une longue durée de suivi (2 ans minimum voir plus)
- Autre : préciser.....

Voici ci-joint les services dans les hôpitaux Picards qui peuvent prendre charge les patients en surpoids et obésité.

Département	Intitulé du programme ou pathologie concernée	Coordonnée postales du promoteur	Téléphone	Nom du coordinateur
Aisne	Programme d'éducation thérapeutique en ambulatoire pour enfants en surcharge pondérale et obésité	Association St Vincent de Paul 5A rue Paul Doumer 02100 SAINT QUENTIN	03 23 62 16 76	Dr HOURDIN LESNE Véronique
Aisne	Consultation Multidisciplinaire contre l'Obésité infantile (CMOI)	CH d'Hirson 40 rue aux loups 02500 HIRSON	06 23 58 82 82	Dr MANSUEL Bénédicte
Oise	Prise en charge éducative du patient atteint d'obésité	CH, 8 avenue Henri Adnot ZAC de Mercières 3 BP 50023 60321 COMPIEGNE	03 44 23 60 00	Dr COURTHALAC Françoise (a quittée le centre hospitalier récemment)
Oise	Education thérapeutique pour les enfants obèse accompagnés de leur famille	CH, 40 avenue Léon Blum BP 319 60 021 BEAUVAIS CEDEX	03 44 11 21 21	LECOMPTE Martine (diététicienne)
Somme	Obésité de l'enfant	CHU Nord, Place Victor Pauchet 80054 AMIENS CEDEX 1	03 22 66 80 00	Dr ESCOFFIER Isabelle
Somme	Prise en soins des patients obèses	CH 22 rue Gambetta 80 800 CORBIE	03 22 96 40 00	Dr DINOMAIS Michèle

19) Connaissez-vous les structures mentionnées, ci-joint ?

- Oui
- Non

20) Aller vous plus facilement orienter vos patients ayant un problème de surpoids vers ces mêmes structures maintenant que vous les connaissez ?

- Oui
- Non

Pour mieux vous connaître

- 1) Quel est votre âge ?.....
- 2) Quel est votre sexe ?
 - Masculin
 - Féminin
- 3) Quel est votre lieu d'installation ?
 - Urbain (+10 000 hab.)
 - semi urbain (entre 2 000 et 10 000 hab.)
 - rural (moins de 2 000 hab.)
- 4) Quel est votre type de cabinet ?
 - Seul
 - plusieurs médecins
 - pluridisciplinaire (médecins, infirmières,....)
- 5) Quel est votre statut professionnel ?
 - libéral
 - salarié
 - autre : précisez
- 6) Avez-vous fait une formation complémentaire DESC, DIU, DU ?
 - Oui
 - Non

Si oui ?

- EPU
- DIU obésité pédiatrique
- DIU Médecine obésité
- DU Diététique et nutrition
- DU médecine et santé de l'adolescent
- DESC nutrition
- Groupe qualité
- Autre : merci de préciser.....
- 7) Avez-vous au cours de votre cursus en faculté, fait un stage dans lequel vous preniez en charge des enfants en surpoids (pédiatrie, endocrinologie, ..) ?
 - Oui
 - Non

Observations/ commentaires :

.....
.....

Merci de votre participation.

3. Méthode papillote, définition

La méthode papillote du Dr Boggio, 4 règles simples à suivre qui étaient :

- 1) marcher 30 minutes par jour,
- 2) manger uniquement à table,
- 3) ne pas se resservir,
- 4) ne jamais être seul.

Boggio V. la méthode papillote : pour les enfants qui ont des kilos en trop. Paris : O. Jacob ; 2008

Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent

Septembre 2011

COMMENT ET QUAND DÉPISTER LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS ?

■ Chez qui et quand dépister ?

La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 à 50 % avant la puberté, et de 50 à 70 % après la puberté.

AE

Il est recommandé de surveiller l'indice de masse corporelle (IMC)¹ systématiquement chez tous les enfants et adolescents :

- quel que soit leur âge ;
- quelle que soit leur corpulence apparente ;
- quel que soit le motif de la consultation ;
- au minimum 2 ou 3 fois par an.

Il est recommandé d'être particulièrement attentif aux enfants présentant des facteurs de risque précoces de surpoids et d'obésité.

■ Comment suivre la corpulence ?

AE

• À l'aide des courbes de corpulence (courbes d'IMC) de référence en fonction de l'âge et du sexe.

- Tracer les 3 courbes :
 - courbe IMC ;
 - courbe de taille ;
 - courbe de poids.

Seuils recommandés en pratique clinique²

- **Surpoids (incluant l'obésité) :** IMC \geq 97^e percentile des courbes de corpulence françaises.
- **Obésité :** IMC \geq seuil IOTF-30².

► Ces éléments doivent figurer dans le carnet de santé.

1. Indice de masse corporelle (IMC) = poids (kg) / taille² (m²)

2. Les seuils recommandés en France en pratique clinique chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans sont ceux des courbes de corpulence du PNNS 2010. Ils sont issus à la fois des références françaises et des références de l'*International Obesity Task Force* (IOTF).

■ Quels sont les signes d'alerte à repérer ?

AE

- Rebond d'adiposité précoce (plus il est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé)³.
- Ascension continue de la courbe IMC depuis la naissance.
- Changement rapide de couloir de la courbe IMC vers le haut.
- Si le rapport tour de taille / taille est $> 0,5$, l'enfant présente un excès de graisse abdominale associé à un risque cardio-vasculaire et métabolique accru.

COMMENT ANNONCER LE DIAGNOSTIC ?

AE

- Expliquer, rassurer, dédramatiser, déculpabiliser.
- Explorer la représentation qu'a l'enfant ou l'adolescent de son corps et de son poids et celle qu'en ont ses parents.
- Présenter de façon simple les objectifs à long terme et les moyens de les atteindre ensemble.

PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE

L'objectif de soin est l'amélioration de la qualité de vie et la prévention des complications.

AE

- **Un suivi régulier et prolongé d'au minimum 2 ans est recommandé.**
- Il est recommandé que la prise en charge :
- soit fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient ;
 - prenne en compte l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité, l'équilibre des rythmes de vie, les aspects psychologiques et socio-économiques ;
 - implique les parents et/ou les adultes responsables de l'enfant ou de l'adolescent ;
 - obtienne l'adhésion de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille ;
 - veille à ne pas culpabiliser, blesser ou stigmatiser.

■ L'objectif de perte de poids est-il pertinent ?

AE

- La perte de poids n'est pas un objectif prioritaire chez l'enfant et l'adolescent en surpoids ou obèse.
- L'objectif est de ralentir la progression de la courbe de corpulence.
- Tout enfant/adolescent peut avoir son propre objectif pondéral. Il est important de le connaître et de le prendre en compte.

3. Remontée de la courbe de l'IMC observée en moyenne à l'âge de 6 ans.

■ Contenu de l'évaluation initiale par le médecin habituel

AE

- Examen clinique comprenant la recherche de facteurs associés et des comorbidités.
- Entretien de compréhension centré sur l'enfant et sa famille.

■ Quand faut-il réaliser des examens complémentaires ?⁴

AE

- Chez un enfant en surpoids sans obésité, sans signe clinique évocateur d'une comorbidité, ni antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie :
 - ▶ il n'y a pas lieu de faire des examens complémentaires à la recherche de complications.
- Chez un enfant en surpoids avec antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie OU chez un enfant présentant une obésité :
 - ▶ il est recommandé de réaliser systématiquement un bilan :
 - exploration des anomalies lipidiques (EAL) : cholestérol total, HDL-C et triglycérides plasmatiques, permettant le calcul du LDL-C ;
 - glycémie à jeun et transaminases (ASAT, ALAT).

APPROCHE ET MOYENS THÉRAPEUTIQUES : RÔLE DU MÉDECIN

■ Accompagnement diététique

AE

- Le but est d'obtenir un changement durable dans les habitudes alimentaires de l'enfant/adolescent et de son entourage en se référant aux repères nutritionnels du PNNS pour l'enfant et l'adolescent.
- Les objectifs seront retenus en accord avec l'enfant/adolescent et sa famille en tenant compte de leurs goûts.
- Les régimes à visée amaigrissante sont déconseillés.
- Aucun aliment ne doit être interdit.

■ Accompagnement en activité physique

AE

- L'objectif est d'augmenter l'activité physique et de réduire la sédentarité.
- Il est recommandé de parvenir à cumuler plus de 60 minutes d'activité physique quotidienne modérée à intense.
- Il est recommandé de limiter les comportements sédentaires, notamment les temps d'écran à visée récréative.

4. D'autres examens ou avis peuvent être nécessaires selon les résultats de l'examen clinique (voir le texte des recommandations).

■ Accompagnement psychologique

AE

- L'accompagnement psychologique comporte :
 - évaluation et renforcement de la motivation, formulation positive des objectifs, soutien et déculpabilisation, renforcement des compétences et de la cohérence parentale.
- L'orientation vers un psychologue et/ou un pédopsychiatre est recommandée dans les cas suivants :
 - souffrance psychique intense ou persistante ;
 - formes sévères d'obésité ;
 - psychopathologie ou trouble du comportement alimentaire associé ;
 - facteurs de stress familiaux ou sociaux ;
 - séparation d'avec les parents envisagée (séjour en SSR⁵) ;
 - échec de prise en charge.

■ Médicaments et chirurgie

AE

- Les traitements médicamenteux ne sont pas recommandés chez l'enfant et l'adolescent dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité.
- La chirurgie n'a pas d'indication dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Son utilisation n'est pas recommandée.

MODALITÉS DU SUIVI : LES TROIS NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE

AE

■ Le 1^{er} recours : prise en charge de proximité par le médecin habituel.

Indications :

- surpoids ou obésité commune non compliquée ;
- contexte familial favorable suggérant une capacité à mettre en œuvre les changements proposés ;
- pas de problème psychologique et social majeur.

Le médecin habituel de l'enfant réalise l'évaluation initiale et décide des orientations nécessaires. Il peut être accompagné dans le suivi par un autre professionnel de proximité, en fonction des besoins (diététicien, psychologue, professionnel en activités physiques adaptées, etc. dans le cadre ou non d'un réseau).

Le médecin habituel coordonne les soins.

5. Soins de suite et de réadaptation.

AE

■ **Le 2^e recours : prise en charge multidisciplinaire organisée à l'échelle d'un territoire, faisant appel à des professionnels spécialisés.**

Indications :

- échec de la prise en charge de 1^{er} recours ;
- et/ou surpoids avec ascension brutale de la courbe d'IMC ;
- et/ou obésité avec d'éventuelles comorbidités associées ;
- et/ou contexte familial défavorable ;
- et/ou problématique psychologique et sociale ;

Un suivi multidisciplinaire est recommandé (diététicien et/ou psychologue ou psychiatre et/ou professionnel en activités physiques adaptées, etc.).

Une équipe spécialisée peut intervenir en apportant son expertise, en mettant à disposition son plateau technique pour des explorations éventuelles, pour des séances d'éducation thérapeutique de groupe, des ateliers d'activité physique adaptée ou pour des courts séjours (< 2 mois) en SSR.

Le médecin habituel coordonne les soins.

AE

■ **Le 3^e recours : prise en charge organisée à une échelle régionale et coordonnée par un médecin et une équipe spécialisés.**

Indications :

- échec de la prise en charge de 2^e recours ;
- et/ou comorbidités sévères ;
- et/ou handicap dans la vie quotidienne généré par l'obésité ;
- et/ou contexte familial très défavorable (carence éducative, maltraitance, composante psychiatrique et/ou sociale majeure).

Un suivi multidisciplinaire est indispensable.

Le médecin et l'équipe spécialisés peuvent intervenir en apportant leur expertise, en mettant à disposition leur plateau technique. Le médecin et l'équipe spécialisés peuvent également assurer la coordination des soins en lien avec le médecin habituel, décider et réaliser des orientations nécessaires (avis spécialisés) et discuter des indications de séjours en SSR courts (< 2 mois) ou prolongés (> 2 mois).

Grade des recommandations

A	B	C	AE
Preuve scientifique établie	Présomption scientifique	Faible niveau de preuve	Accord d'experts

© Haute Autorité de Santé - 2011

HAS

Ce document présente les points essentiels de la recommandation de bonne pratique :
« Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent » - « Recommandations pour la pratique clinique » -
Septembre 2011.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité
sur www.has-sante.fr

RESUME

Prise en charge de l'obésité de l'adolescent de 10 à 19 ans par les médecins généralistes Picards

Introduction : L'obésité est une maladie évitable, véritable épidémie mondiale, posant un problème de santé publique en raison de sa prévalence croissante. Elle touche toutes les tranches d'âges de la population y compris les adolescents. Présente à l'adolescence, l'obésité a 50 à 70% de risque de persister à l'âge adulte. L'objectif de l'enquête est d'évaluer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes du territoire picard.

Méthode : Enquête descriptive quantitative au moyen d'un questionnaire envoyé par email à 500 médecins de façon aléatoire.

Résultats : 112 questionnaires étaient exploitables. 84% (n=94) des médecins avaient moins de 20% d'adolescents dans leur patientèle et en moyenne 3 patients obèses, 92% préconisaient une rééquilibration alimentaire. L'indice de masse corporelle (IMC en kg/m²) était utilisé par 94%. Pour 78.6% des praticiens une enquête alimentaire était nécessaire et pour 66% le bilan n'était pas systématique, la stabilisation de la prise de poids était la règle pour 59%. Le suivi au long cours était de 12 mois pour 66%. Des structures de prise en charge existent, 48% des médecins les connaissent.

Discussion : La prise en charge est complexe, pluridisciplinaire et s'inscrit dans la durée nécessitant l'adhésion du patient et de sa famille, le médecin généraliste étant au centre du dispositif. La chirurgie bariatrique est connue des médecins généralistes mais ils n'ont pas de recul chez l'adolescent.

Conclusion : Les médecins généralistes suivent dans la majorité des cas les recommandations sur le sujet et sont demandeurs de formation.

Mots clés : médecin généraliste, adolescent, obésité, épidémie mondiale, prise en charge

SUMMARY

Management of teenager's obesity from 10 to 19 years old by general practitioners of Picardie

Introduction : The obesity is an avoidable disease, a real world epidemic, putting problem of public health because of its increasing prevalence. It affects all the age brackets of the population including the teenagers. Present to the adolescence, the obesity has 50 in 70% of risk to persisting in adulthood. Survey's objective is to estimate the knowledge and practitioners practice of Picardie.

Method : Quantitative descriptive survey sent by email to 500 doctors in a random way.

Results : 112 questionnaires were exploitable. 84% (n=94) of the doctors were less than 20% of teenager and on average 3 obese patients, 92% recommended a food reequilibration. The body mass index was used by 94%. For 78.6% of the practitioners a food investigation was necessary and for 66% the balance sheet was not systematic, the stabilization of the weight gain was the rule for 59%. The long-term follow-up was of 12 month for 66%. Structure of management exist, 48% of doctors knew them.

Discussion : The management is complex, multidisciplinary and joins over time requiring the membership of the patient and his family, the general practitioner being in the center of the management. The bariatric surgery is know for doctors but they have no backward movement at the teenager.

Conclusion : The general practitioners follow in the majority of the cases the recommendations on the subject and apply of formation.

Keywords : general practitioner, teenager, obesity, world epidemic, management