



HAL
open science

Déterminants de la mobilisation des médecins généralistes et pédiatres libéraux dans la structuration de la prise en charge de l'obésité de l'enfant en Poitou-Charentes

Alizée Laffargue-Chochois

► **To cite this version:**

Alizée Laffargue-Chochois. Déterminants de la mobilisation des médecins généralistes et pédiatres libéraux dans la structuration de la prise en charge de l'obésité de l'enfant en Poitou-Charentes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02024682

HAL Id: dumas-02024682

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02024682v1>

Submitted on 19 Feb 2019

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.

Année 2017

Thèse N°35

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par

Alizée LAFFARGUE-CHOCHOIS

Née le 02 septembre 1988 à Saint Doulchard

Le 26 mars 2018

Déterminants de la mobilisation des médecins généralistes et pédiatres
libéraux dans la structuration de la prise en charge de l'obésité de l'enfant
en Poitou-Charentes

Directrice de thèse
Madame le Docteur Hélène THIBAUT

Jury de thèse :
Monsieur le Professeur Pascal BARAT (Président de jury)
Madame le Docteur Sylvie MAURICE (MCU)
Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL (MCU)
Monsieur le Docteur Philippe BOUCHAND
Madame le Docteur Hélène THIBAUT

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Pascal BARAT,
Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,
Service d'Endocrinologie pédiatrique de l'Hôpital des enfants, CHU de Bordeaux

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse : recevez toute notre gratitude.

À Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL,
Maître de Conférence des Universités, Enseignant du Département de Médecine Générale Université Bordeaux,
Médecin généraliste à Pessac,

Vous avez accepté de juger ce travail : je vous en suis très reconnaissante.

À Monsieur le Docteur Philippe BOUCHAND,
Médecin Généraliste Poitiers,
Élu Union Régionale Médecins Libéraux Nouvelle Aquitaine

Vous avez participé et soutenu ce projet depuis son initiation : merci pour votre participation et vos conseils précieux.

À Madame le Docteur Sylvie MAURICE,
Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier, CHU Bordeaux

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail en acceptant d'en être la rapporteuse. Merci pour vos conseils.

À Madame le Docteur Hélène THIBAUT,
Praticien Hospitalier, Hôpital des enfants, CHU Bordeaux
Médecin coordonnateur du RéPPOP Aquitaine

Je vous remercie sincèrement de m'avoir proposé ce sujet et d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour votre investissement dans ce projet et votre soutien tout au long de mon travail. Je vous exprime toute ma reconnaissance et mon profond respect.

À toute l'équipe du RéPPOP Aquitaine,
Merci à toutes pour votre accueil et votre gentillesse,

À Caroline CARRIERE,
Coordination prévention, épidémiologie, éducation thérapeutique au RéPPOP Aquitaine,

Merci pour ta gentillesse, ta disponibilité, ton soutien et ton aide précieuse.

À Aurélie MONJALON,
Coordinatrice parcours de soins au RéPPOP Aquitaine,

Merci pour ta gentillesse et ta disponibilité lors de ce travail.

À l'équipe de l'URPS Poitiers, merci pour votre aide et votre implication dans ce projet.

Aux médecins ayant répondu l'enquête de Léa Vimeux et à celle-ci, merci pour vos réponses et votre temps indispensable à l'aboutissement de ce travail.

À mes maîtres de stage et aux patients dont j'ai croisé le chemin pendant mes stages, merci d'avoir confirmé mon envie d'exercer ce métier.

A ma famille et mes amis,

Gaby, Doudou, merci pour ta patience et ton soutien de chaque instant. La vie est belle à tes côtés.

On va se battre ensemble et tout ira bien, je te le promets. Je t'aime tellement.

Agathe et Gaspard, vous êtes mes rayons de soleil et vous me comblez de bonheur. Je serai toujours là pour vous mes Amours, je vous aime.

Coralie, ma grande sœur chérie, merci pour ton soutien et ta présence indispensable. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir supportée lors de mes périodes de doutes et de stress.

Baptiste, merci d'être là pour nous.

Papy et Mamie de Biscarrosse, Mamie de Baugy, vous me manquez. J'espère que de là-haut vous êtes fiers de votre petite-fille.

Papy de Baugy, merci pour les bons moments partagés ensemble malgré la distance, merci d'avoir été présent au mariage.

Maman, j'espère qu'après toutes ces épreuves, rien ne nous éloignera de nouveau.

Françoise et Marc, je vous remercie sincèrement pour votre soutien, votre aide et pour avoir toujours cru en moi. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble, votre accueil dans ce qui est pour moi « la maison du bonheur » et pour l'amour que vous nous portez.

Clément et Pierre, mes Chers cousins et bien plus à mes yeux, je vous aime.

Elodie, merci pour les mots que tu as su trouver quand ça n'allait pas.

Laura, thanks to make Pierre happy. I'm pleased to have met you.

Carole, Sébastien, Anne-Christine et Fred, merci pour votre soutien malgré la distance.

Christiane et Jacques, j'ai de la chance de vous avoir rencontrés. Je vous exprime toute ma reconnaissance pour votre soutien. Vous avez participé à l'aboutissement de mes études, merci. Nous ne trinquerons plus « à tes examens Alizée » après cette thèse mais nous aurons bien d'autres occasions. Vous avez des fils extraordinaires, surtout un ;-), et ce grâce aux belles personnes que vous êtes.

Céline, Clothilde, Cédric et Nicolas, merci pour votre chaleureux accueil dans la famille, votre soutien indéfectible et votre présence. Vous comptez beaucoup pour moi.

Louis et Tom, vous êtes de merveilleux petits garçons et je suis fière de vous. Je serai toujours là pour vous.

Alice, Clarisse, Constance et Laurine, je suis fière de mes grandes nièces, vous êtes des modèles pour Agathe et Gaspard. Pour vous aussi, je serai toujours là.

Alexia, Elsa, Marie et Virginie, je vous remercie pour votre présence sans faille. Merci pour tous les bons moments passés et à venir !! Malgré l'éloignement et les emplois du temps de chacune, continuons à nous voir régulièrement, cela fait tellement du bien de vous retrouver. Merci de supporter mes doutes, mes angoisses, parfois (souvent??!) injustifiés (« la 205 est inondée » par exemple;-)).

J'attends les mariages avec impatience pour pouvoir autant m'investir (pas sûr que j'y arrive) que vous l'avez fait pour nous.

J'aurai tellement de choses à vous dire, de souvenirs à raconter mais je vais m'arrêter car sinon la thèse fera trop de pages, alors je vous dis juste MERCI !

Et oui, j'ai réussi à vous écrire sans m'excuser une seule fois :-) !!

Béa, 11 ans que nous nous sommes inscrites à la fac : 6 années de « sessions révisions », de pizzas livrées, de séances de ciné, de visionnage de films d'horreur, de rires, de larmes, de soirées texto à Biscarrosse pendant les révisions repech' et finalement de réussite ; 5 années un peu plus éloignées par la distance, les horaires de l'internat, les bébés ; mais au total, 15 ans d'amitié (la moitié de notre vie!!). Merci pour ton soutien et pour tes mots toujours choisis avec attention.

Marion, à nos moments passés ensemble à Biscarrosse, aux soirées quand tu venais dormir à Bordeaux, à ces 15 années d'amitié.

Alex, Bize, Bettina et Christophe, merci pour les très bons moments partagés avec vous.

Bize, merci pour LA soirée avant mes examens, je ne l'oublierai jamais :-) !

Nico et Marie, une pensée pour vous vers la Corse.

Je vous aime tous.

Anne, un immense merci pour m'avoir donné l'envie de m'installer et de pratiquer cette médecine générale. C'est un honneur de devenir ton associée.

Soana, je suis très contente de travailler avec toi et d'échanger comme nous le faisons.

André-Marc, merci de m'avoir fait confiance et de me confier tes patients. Je vais tout faire pour être à la hauteur.

Myriam, à notre secrétaire en or, merci pour tout ce que tu fais pour nous.

À Papa, tu me manques, j'aimerais que tu sois toujours là

Table des matières

UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALEN.....	1
REMERCIEMENTS.....	3
FIGURES.....	9
TABLEAUX.....	9
INTRODUCTION.....	11
CONTEXTE.....	13
1. Surpoids et obésité pédiatriques	13
1) <i>Définition</i>	13
2) <i>Recommandations et outils de repérage</i>	13
3) <i>Prévalences mondiale, française et régionale</i>	15
4) <i>Physiopathologie/facteurs déterminants</i>	17
5) <i>Conséquences à court, moyen et long termes</i>	18
6) <i>Les politiques publiques relatives à l'obésité infantile</i>	19
7) <i>Les recommandations de prise en charge de la Haute Autorité de Santé</i> 21	
2. Acteurs et structures de coordination impliqués dans la prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatriques	23
1) <i>Rôle des Médecins généralistes et Pédiatres libéraux</i>	23
2) <i>Les Centres Spécialisés Obésité (CSO)</i>	25
3) <i>Les Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP)</i>	25
3. Structures de coordination, de prévention et de prise en charge en Aquitaine et Poitou-Charentes	26
1) <i>En Aquitaine</i>	27
2) <i>En Poitou-Charentes</i>	33
3) <i>Points sur l'avancée du projet de structuration régionale du parcours de soins des enfants et adolescents en surpoids et obèses</i>	34
4) <i>Pratiques et attentes des médecins généralistes et pédiatres libéraux de Poitou-Charentes : résultats de l'enquête menée en 2016</i>	36
4. Formation spécifique sur l'obésité pédiatrique en Aquitaine : lien avec le Développement Professionnel Continu (DPC) et contenu	38
1) <i>Le Développement Professionnel Continu (DPC) : principes généraux</i>	38
2) <i>Le Développement Professionnel Continu (DPC) : Actions de formation</i> ..	39
3) <i>Focus sur la formation spécifique au surpoids et à l'obésité pédiatrique proposée en Aquitaine</i>	42

<u>PRESENTATION DE L'ETUDE</u>	43
1. <u>Objectifs de l'étude</u>	43
2. <u>Matériels et Méthodes</u>	43
1) <i>Constitution de l'échantillon</i>	43
2) <i>Mode de recueil des données</i>	43
3) <i>Déroulement des entretiens téléphoniques</i>	45
4) <i>Analyse des données</i>	45
3. <u>Résultats</u>	45
1) <i>Échantillon d'étude</i>	45
2) <i>Description des caractéristiques, pratiques et attentes des médecins souhaitant participer à une formation sur le thème de l'obésité pédiatriques (N=66)</i>	46
3) <i>Résultats des entretiens téléphoniques : compléments d'information sur les déterminants ayant motivé les médecins à participer à une journée de formation sur le thème de l'obésité pédiatrique (N=51)</i>	53
4) <i>Formations sur le thème de l'obésité pédiatrique organisées en Poitou-Charentes</i>	55
4. <u>Discussion</u>	59
1) <i>Discussion de l'échantillon de répondants et de sa représentativité</i>	59
2) <i>Discussion de la méthode utilisée</i>	59
3) <i>Discussion des principaux résultats</i>	60
<u>CONCLUSION</u>	63
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	64
<u>ANNEXES</u>	71
Annexe 1 : Les 9 repères de consommation du PNNS	71
Annexe 2 : Équipes pédiatriques hospitalières partenaires	72
Annexe 3 : Programme de formation RÉPPOP Aquitaine	73
Annexe 4 : Questionnaire de la thèse de Léa Vimeux	74
Annexe 5 : Coupon-réponse	78
Annexe 6 : Questionnaire téléphonique	79
Annexe 7 : Programme formation Niort	80
Annexe 8 : Répartition des professionnels formés	81
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	82

FIGURES

Figure 1 : Courbes de corpulence du PNNS chez les filles et chez les garçons de 0 à 18 ans. <i>Source : Guide PNNS « Évaluer et suivre la corpulence des enfants. »</i>	14
Figure 2 : Signes d'alerte de risque de surpoids ou d'obésité à repérer sur la courbe d'IMC. <i>Source : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations HAS, septembre 2011.</i>	15
Figure 3 : Prévalence standardisée sur l'âge du surpoids chez les enfants. <i>Source : Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB; for the GBD 2015 Obesity Collaborators. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. N Engl J Med. 2017;377:13-27.</i>	16
Figure 4 : Parcours de soins de l'enfant en surpoids ou obèse : niveaux de recours de la HAS.....	22
Figure 5 : Localisation des 37 centres spécialisés obésité identifiés en France. <i>Source : obecentre.fr</i>	25
Figure 6 : Localisation des RéPPOP en France. <i>Source : CN-REPPPOP</i>	26
Figure 7 : Carte des nouvelles régions françaises. <i>Source : gouvernement.fr</i>	27
Figure 8 : Initiation de la prise en charge et parcours de soins dans le cadre du RéPPOP Aquitaine. <i>Source : RéPPOP Aquitaine</i>	29
Figure 9 : Orientation de l'enfant vers la prise en charge ambulatoire du RéPPOP Aquitaine. <i>Source : RéPPOP Aquitaine</i>	30
Figure 10 : Modalités de prise en charge des patients en surpoids dans le cadre du RéPPOP Aquitaine. <i>Source : RéPPOP Aquitaine</i>	31
Figure 11 : Schéma d'étude	46
Figure 12 : Répartition géographique des lieux d'exercice des médecins souhaitant participer à une formation (N=66) comparée à la démographie médicale de chaque département (N=1896). <i>Source : Observatoire régional de santé Poitou-Charentes</i>	47
Figure 13 : Comparaison de la fréquence de calcul de l'IMC des enfants entre les médecins souhaitant participer à une formation (N=66) et ceux ne le souhaitant pas (N=189)	48
Figure 14 : Comparaison de la fréquence de tracé de la courbe d'IMC des enfants entre les médecins souhaitant participer à une formation (N=66) et ceux ne le souhaitant pas (N=189)	48
Figure 15 : Comparaison de la fréquence de recherche de signe d'alerte de surpoids sur la courbe d'IMC des enfants entre les médecins souhaitant participer à une formation (N=66) et ceux ne le souhaitant pas (N=189).....	49
Figure 16 : Comparaison de la personne initiateur de la prise en charge entre les médecins souhaitant participer à une formation (N=66) et ceux ne le souhaitant pas (N=189)	50
Figure 17 : Professionnels ressources vers lesquels les médecins souhaitant participer à une formation orientent leurs jeunes patients en surpoids ou obèses (N=53)	50
Figure 18 : Professionnels ressources souhaités sur le territoire - Professionnels ressources vers lesquels les médecins souhaitant participer à une formation souhaiteraient orienter leurs jeunes patients en surpoids ou obèses (N=36)	51
Figure 19 : Comparaison des éléments pouvant faciliter la prise en charge des enfants en surpoids ou obèses selon les médecins souhaitant participer à une formation (N=61) et ceux ne le souhaitant pas (N=187).....	53
Figure 20 : Raisons évoquées par les médecins lors des entretiens téléphoniques justifiant leur souhait de participer à une formation sur le thème de l'obésité pédiatrique (N=51).....	54
Figure 21 : Localisation des 60 médecins et pédiatres de Poitou-Charentes ayant bénéficié d'une formation sur le thème de l'obésité pédiatrique.....	58
Figure 22 : Localisation des 146 professionnels de santé de Poitou-Charentes ayant bénéficié d'une formation sur le thème de l'obésité pédiatrique	58

TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution des prévalences du surpoids (obésité incluse) et de l'obésité chez les enfants et adolescents français depuis les années 2000. <i>Source : Thibault H., Carrière C. Revue du Praticien décembre 2015.</i>	17
---	----

Tableau 2 : Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le groupe social des parents. <i>Source : DREES, état de santé de la population en France : rapport 2015</i>	18
Tableau 3 : Professionnels ayant animé les formations	55
Tableau 4 : Nombre de médecins de Poitou-Charentes ayant bénéficié d'une formation sur le thème de l'obésité pédiatrique	56
Tableau 5 : Nombre et fonction des professionnels de santé paramédicaux de Poitou-Charentes ayant bénéficié d'une formation sur le thème de l'Obésité pédiatrique	57

INTRODUCTION

L'obésité, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé, est un problème de santé publique actuel majeur (1).

Chez l'enfant, de nombreuses études ont mis en évidence que la surcharge pondérale durant l'enfance est un facteur de risque de décès prématuré à l'âge adulte. En effet, les enfants en surpoids et obèses risquent de le rester à l'âge adulte et de développer à court, moyen ou long terme, des complications telles que des maladies cardio-vasculaires, respiratoires, métaboliques et articulaires.

Les prévalences de surpoids et obésité pédiatriques sont telles que l'on parle aujourd'hui d'épidémie : en 2010, on estimait à 43 millions le nombre d'enfants en surpoids dans le monde, avec des prévalences qui continuent de s'accroître dans certains pays développés ou en voie de développement (2) (3). En France, on note une stabilisation de la prévalence depuis les années 2000 (4-5). Cependant, 18 % des enfants et adolescents de 3 à 17 ans étaient en surpoids, dont 3,5 % présentaient une obésité en 2006 d'après la Haute Autorité de Santé (HAS) (selon les références internationales de l'IOTF) (6).

La prévalence de l'obésité chez l'enfant a conduit, en France, à l'émergence de programmes de santé publique, tels que le Programme National Nutrition Santé (PNNS) initié en 2001 ayant pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition (7). En 2010, le Plan Obésité (PO) (8) et les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (6) sont venus compléter le PNNS, afin de diffuser des recommandations de dépistage et de prise en charge des enfants en surpoids ou obèses.

Dans le cadre du PNNS et des recommandations de la HAS, des réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOP) ont été créés dans certaines régions afin d'améliorer la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (9). Sur le versant hospitalier, dans le cadre du Plan Obésité, 37 centres hospitaliers ont été identifiés et labélisés Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) en 2010. Ils ont pour missions la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère et l'organisation des filières de soins dans les régions.

En Aquitaine, la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent repose donc sur le volet pédiatrique du CSO de l'hôpital des enfants du CHU de Bordeaux et sur le RéPPOP Aquitaine, en lien avec les professionnels de santé libéraux, les centres hospitaliers généraux, ainsi que les acteurs de la prévention et du dépistage (santé scolaire, Protection Maternelle Infantile (PMI)...). Les situations d'obésité pédiatrique complexes sont accueillies à l'hôpital des enfants du CHU de Bordeaux et pour les situations moins complexes, le RéPPOP Aquitaine vient en soutien des professionnels de santé libéraux en permettant de proposer un parcours de soins multidisciplinaire de proximité, basé sur un suivi médical régulier par un médecin libéral. Le médecin construit avec l'enfant et sa famille des objectifs concertés de changements atteignables et détermine le suivi le mieux adapté. Il peut alors être accompagné d'autres professionnels de santé (diététicien(ne)s, psychologues, enseignants en activité physique adaptée) dont le coût des consultations est pris en charge par le RéPPOP, ou faire appel à d'autres modalités de prise en charge (éducation thérapeutique, séjours courts en Soins de Suite et Réadaptation(SSR)...).

L'équipe de coordination du RéPPOP assure la formation préalable des professionnels à l'adhésion au réseau ainsi que le lien entre tous ces professionnels. Le CSO du CHU de Bordeaux et le RéPPOP Aquitaine sont donc des structures d'appui et d'aide aux médecins et autres professionnels de santé pour assurer une prise en charge multidisciplinaire et efficace du surpoids et de l'obésité pédiatriques.

Dans le cadre de la mise en place des grandes régions en janvier 2016, le Poitou-Charentes, fait désormais partie de la région Nouvelle Aquitaine. Contrairement, à l'Aquitaine, il n'existe pas de réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique, uniquement un réseau pour la prévention et la prise en charge de l'obésité adulte (REPPCO).

Dans l'optique de l'harmonisation du parcours de soins des enfants en surpoids et obèses en Nouvelle Aquitaine, une réflexion a été initiée par le RéPPOP Aquitaine et le CSO du CHU de Bordeaux en lien avec les CSO et centres hospitaliers de Poitou-Charentes afin d'évaluer la possibilité de structuration et de mise en place d'une prise en charge multidisciplinaire de l'obésité pédiatrique en Poitou-Charentes sous forme de réseau ou d'une autre structure. Les médecins généralistes et pédiatres libéraux de Poitou-Charentes ont également été interrogés sur leurs pratiques et attentes concernant le diagnostic et la prise en charge de l'obésité infantile. Ce sujet a été traité par Léa Vimeux dans sa thèse soutenue le 3 mai 2017 (10). L'analyse des réponses des 255 médecins avait mis en évidence de bonnes pratiques en termes de dépistage et une volonté de mettre en place une prise en charge multidisciplinaire comme recommandé par la HAS. Pour cela, leurs principales attentes étaient de disposer d'un accès facilité à des professionnels correspondants, d'une prise en charge financière des consultations diététiques et psychologiques et la mise en place d'une structure de coordination telle qu'un RéPPOP. Ils ont donc été nombreux à mentionner vouloir participer à une journée de formation intitulée " Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent : prévenir, repérer, accompagner", organisée par le RéPPOP Aquitaine et inscrite dans le cadre du dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC) des professionnels de santé.

L'objectif de ma thèse était double. D'une part, il s'agissait d'étudier, chez ces médecins, les déterminants de leur motivation pour participer à une formation spécifique à l'obésité de l'enfant et de leur mobilisation dans la structuration de la prise en charge de l'obésité de l'enfant en Poitou-Charentes. D'autre part, l'objectif était de faciliter la mise en relation des médecins et autres professionnels d'un même secteur grâce à la mise en place de formations spécifiques sur le surpoids et l'obésité pédiatriques, en lien avec l'équipe du RéPPOP Aquitaine et le dispositif DPC.

Cette thèse rappellera brièvement la définition, l'épidémiologie, la physiopathologie du surpoids et de l'obésité pédiatriques, les programmes nationaux et régionaux de prévention ainsi que les recommandations actuelles de prise en charge. Puis les structures de coordination de la prévention et de la prise en charge (RéPPOP et CSO) seront présentées ainsi que le rôle du médecin généraliste dans le dépistage et le suivi de cette pathologie. La partie contexte s'achèvera sur la présentation et le pilier que peut représenter le DPC dans l'évaluation des pratiques des professionnels de santé. Par la suite, seront présentés la méthodologie mise en place pour cette étude, puis les résultats suivis de la discussion.

CONTEXTE

1. Surpoids et obésité pédiatriques

1) Définition

Chez l'adulte comme chez l'enfant, le surpoids et l'obésité sont définis depuis 2003 par l'OMS comme étant une « accumulation anormale ou excessive de graisse dans les tissus, pouvant nuire à la santé ». (1)

La Haute Autorité de Santé (HAS) s'appuie sur cette définition dans ses recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge de l'obésité pédiatrique, mises à jour en 2011 (6).

2) Recommandations et outils de repérage

L'Indice de Masse Corporelle (IMC), reflet de l'adiposité, est utilisé en pratique clinique pour estimer la corpulence (11). Il est obtenu en divisant le poids (en kilogrammes) par le carré de la taille (en mètres) :

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

Contrairement à l'adulte, il n'existe pas chez les enfants de valeur de référence unique de l'IMC permettant de définir un surpoids ou une obésité : l'IMC s'interprète à l'aide de courbes de référence, en fonction de l'âge et du sexe.

En effet, l'adiposité (et donc la valeur de l'IMC) varie de manière physiologique pendant la croissance. Elle augmente au cours de la première année de vie, puis diminue pour atteindre son minimum vers 6 ans. Elle augmente de nouveau, de manière progressive jusqu'à la fin de la croissance. La remontée de la courbe d'IMC, appelée rebond d'adiposité, survient physiologiquement vers l'âge de 6 ans (12-13).

Il existe plusieurs courbes de référence : les courbes françaises définissent les zones d'insuffisance pondérale (< 3ème percentile), de normalité (3ème-97ème percentiles) et de surpoids (> 97ème percentile) depuis la naissance jusqu'à l'âge de 20 ans. Cependant, elles ne comportent pas de seuil permettant de distinguer, parmi les enfants en surpoids, ceux qui présentent une obésité (14-15). En 2010, dans le cadre du PNNS, un groupe d'experts coordonné par le Ministère de la Santé a établi une nouvelle version des courbes de corpulence, permettant de définir à la fois le surpoids et l'obésité. Ces courbes intégraient à la fois les courbes de référence françaises et celles de l'International Obesity Task Force (IOTF), établies à partir de données recueillies dans six pays, pour lesquelles les seuils du surpoids et de l'obésité sont constitués par les centiles aboutissant respectivement aux valeurs 25 kg/m² (centile IOTF-25) et 30 kg/m² (centile IOTF-30) à 18 ans (les valeurs 25 et 30 étant les seuils définissant le surpoids et l'obésité chez l'adulte) . L'obésité débute à partir de l'IOTF-30.

Les seuils permettant de définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans sont les suivants :

- Obésité : IMC ≥ seuil IOTF-30
- Surpoids (incluant obésité) : IMC ≥ 97ème percentile (seuil IOTF-25)
- Corpulence normale : 3ème ≤ IMC < 97ème percentile
- Insuffisance Pondérale : IMC < 3ème percentile.

Ces courbes sont présentées en Figure 1. Le terme « obésité » n'apparaît plus directement sur les courbes, mais dans leur légende. Seul le terme de « surpoids » est mentionné afin de faciliter l'annonce aux familles (11,13,16-17).

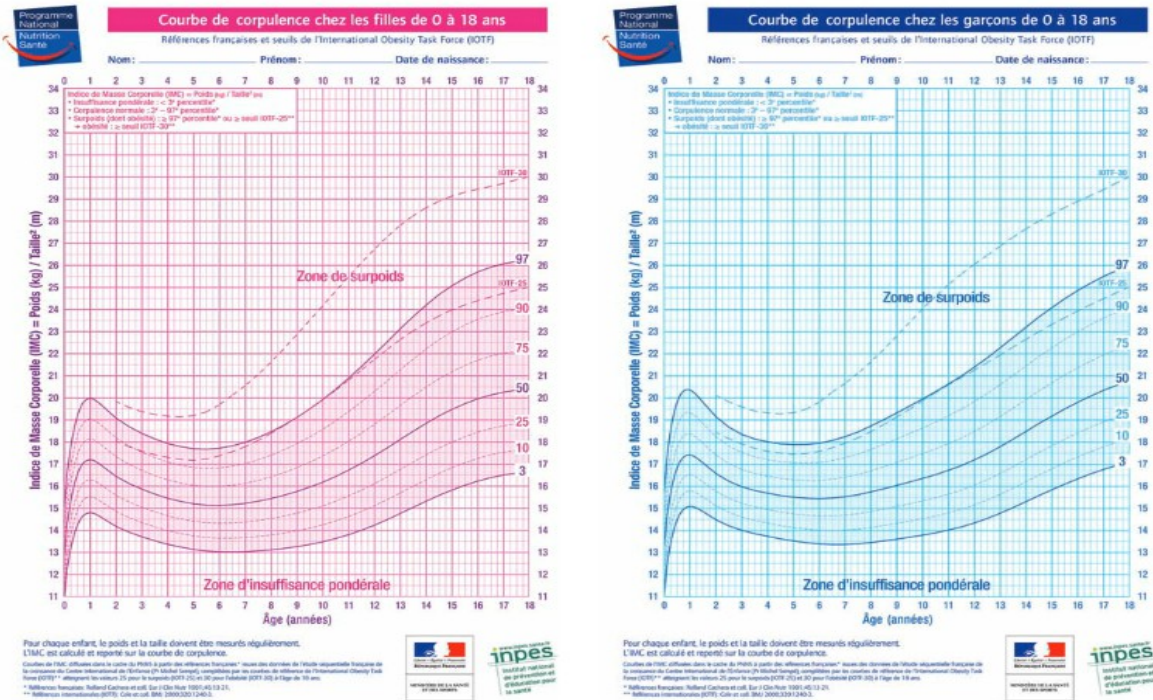


Figure 1 : Courbes de corpulence du PNNS chez les filles et chez les garçons de 0 à 18 ans. Source : Guide PNNS « Évaluer et suivre la corpulence des enfants. » (18)

La HAS recommande de surveiller l'IMC systématiquement (au minimum 2 ou 3 fois par an) chez tous les enfants et adolescents quel que soit leur âge, leur corpulence apparente, le motif de la consultation.

Comme illustré sur la figure 2, la HAS préconise également de repérer sur la courbe d'IMC des signes indicateurs du risque de surpoids (6). Ces signes sont :

- l'ascension continue de la courbe depuis la naissance,
- un changement rapide de couloir de croissance vers le haut,
- un rebond d'adiposité précoce : l'âge du rebond d'adiposité est corrélé à l'adiposité à l'âge adulte : plus le rebond est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé (12-13).

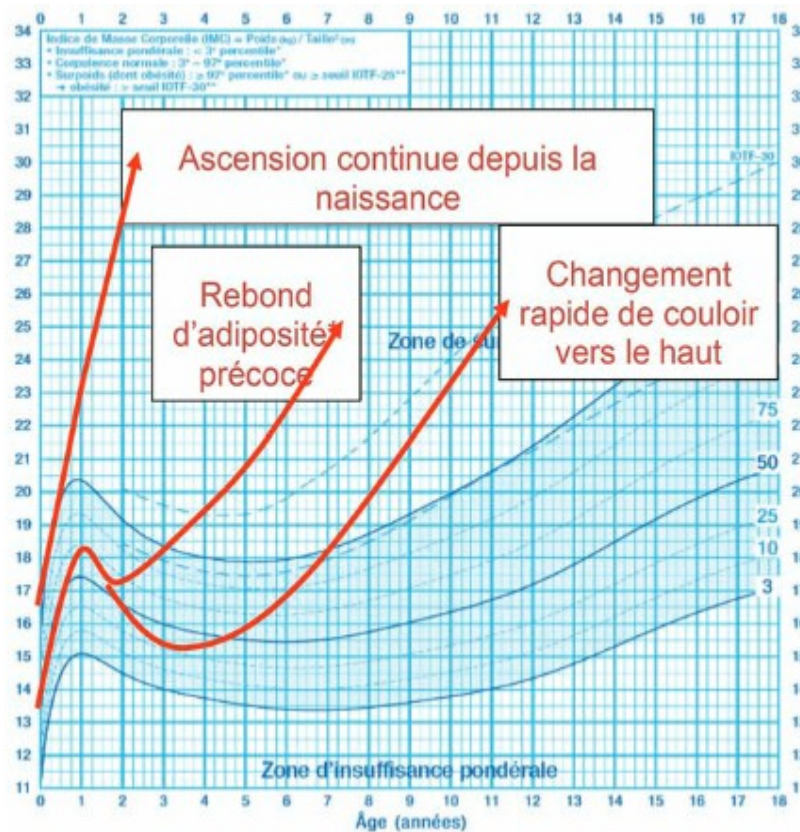


Figure 2 : Signes d'alerte de risque de surpoids ou d'obésité à repérer sur la courbe d'IMC. Source : *Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations HAS, septembre 2011.*

Le périmètre abdominal ou tour de taille est un autre marqueur intéressant du niveau d'adiposité abdominale, il reflète le risque cardio-vasculaire et métabolique. Sa mesure se réalise chez l'enfant debout en expiration, à mi-distance entre la dernière côte et la crête iliaque. 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 (6).

3) Prévalences mondiale, française et régionale

Au niveau mondial, en 2010, selon les standards de l'OMS, 43 millions d'enfants (dont 35 millions dans les pays en voie de développement) étaient considérés comme étant en surpoids ou obèses ; 92 millions étaient à risque de surpoids (2,6). La prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant dans le monde est passée de 4,2 % en 1990 à 6,7 % en 2010. En 2014, un rapport de l'OMS, paru en 2016, estime que 41 millions d'enfants de moins de 5 ans étaient en surpoids ou obèses (19-20). Plusieurs études récentes ont permis de mettre en évidence une stabilité de la prévalence de l'obésité pédiatrique, notamment dans certains pays développés (21-25).

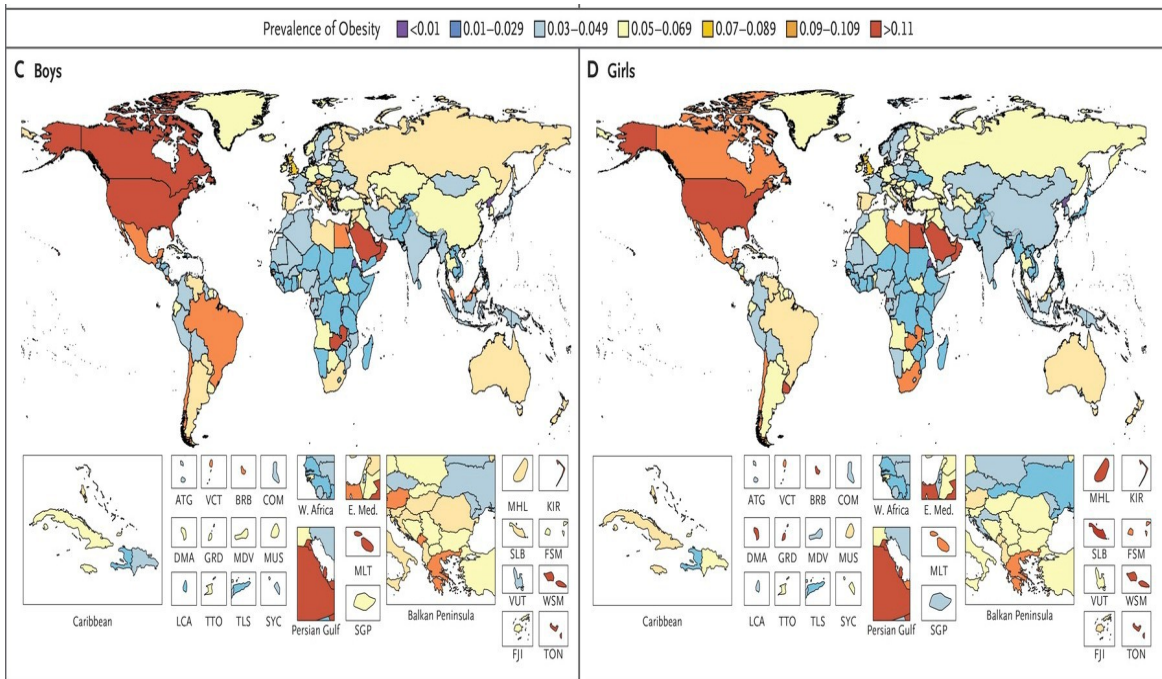


Figure 3 : Prévalence standardisée sur l'âge du surpoids chez les enfants. Source : Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB; for the GBD 2015 Obesity Collaborators. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *N Engl J Med.* 2017;377:13-27.

En France, avant les années 2000, aucune étude représentative nationale n'avait été menée. Les études disponibles avaient été conduites au niveau régional sur des classes d'âges différentes et en utilisant les références françaises. Ces études avaient montré une augmentation de la prévalence du surpoids, obésité incluse, de l'enfant en France depuis les années 1980. La proportion d'enfants se situant au-dessus du 97ème percentile des références françaises, entre 5 et 12 ans, avait progressé, passant de 6% à la fin des années 1970, à 10% au début des années 1990 et 13% en 1996 (13). Depuis les années 2000, les enquêtes menées auprès d'échantillons d'élèves français de différentes tranches d'âges représentatifs de la population (4-5,26-33), montrent des prévalences du surpoids, obésité incluse (selon les références IOTF), comprises entre 16 et 20% selon la tranche d'âge étudiée, et des prévalences de l'obésité entre 3 et 4%, ainsi qu'une tendance à la stabilisation. Ces différentes études sont résumées dans le tableau 1 (34).

ÉVOLUTION DES PRÉVALENCES DU SURPOIDS (OBÉSITÉ INCLUSE) ET DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS FRANÇAIS DEPUIS LES ANNÉES 2000					
Étude	Promoteur de l'étude	Tranche d'âge	Années de l'étude	Prévalence du surpoids obésité incluse (%)	Prévalence de l'obésité (%)
Étude Nationale Nutrition Santé (ENNS)	InVS	3-17 ans	2006-2007	17,8	3,5
Prévalence chez les enfants de 7-9 ans (élèves de CE1-CE2)	InVS	7-9 ans	2000	18,1	3,8
		7-9 ans	2007	18,4	3,8
Enquête individuelle nationale des consommations alimentaires	Anses				
Étude INCa1		3-17 ans	1998-1999	15,2	3,5
Étude INCa2		3-17 ans	2006-2007	14	2,8
Enquêtes en milieu scolaire (cycle triennal d'enquêtes sur la santé des élèves)	Desco-Drees-InVS*				
Enfants de 5-6 ans (Grande section de maternelle)		5-6 ans	1999-2000	14,4	4
		5-6 ans	2005-2006	12,2	3,1
		5-6 ans	2012-2013	12	3,5
Enfants de 10-11 ans (CM2)		10-11 ans	2001-2002	19,9	4,1
		10-11 ans	2004-2005	19,7	3,7
		10-11 ans	2007-2008	18,9	4
Enfants de 14-15 ans (classe de 3 ^e)		14-15 ans	2000-2001	15,7	3,3
		14-15 ans	2003-2004	16,8	4,4
		14-15 ans	2008-2009	17,6	3,9

Tableau 1. Extrait de la réf. 3, complété par la réf. 4. Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail ; Desco : Direction de l'enseignement scolaire du ministère de l'Éducation nationale ; Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; InVS : Institut de veille sanitaire.
* <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-enquetes-nationales-sur-la-sante-des-enfants-et,6571.html>

Tableau 1 : Évolution des prévalences du surpoids (obésité incluse) et de l'obésité chez les enfants et adolescents français depuis les années 2000. Source : Thibault H., Carrière C. *Revue du Praticien* décembre 2015. (34)

Au niveau régional, plus particulièrement en Poitou-Charentes (cible de notre étude), l'enquête de la DREES menée en 2013 montrait une prévalence du surpoids (obésité incluse) chez les enfants en grande section de maternelle de 11,8%, dont 3,5% d'obèses (pour des prévalences au niveau national de 12% et 3,5%) (30).

4) Physiopathologie/facteurs déterminants

Bien que résultant d'un déséquilibre de la balance énergétique entre les apports et les dépenses, l'étiologie du surpoids et de l'obésité commune (par opposition aux obésités secondaires) est complexe et multifactorielle. De nombreux facteurs, modifiables ou non, ont été identifiés par la HAS comme étant associés au surpoids et à l'obésité chez l'enfant (6) :

- Surpoids et obésité parentale notamment de la mère au début de la grossesse (35-37),
- Grossesse : prise de poids excessive, tabagisme maternel (38-41), diabète maternel quel que soit son type (42-45),
- Excès ou défaut de croissance fœtale (macrosomie/hypotrophie),
- Gain pondéral accéléré dans les deux premières années de vie d'autant plus important que la période de gain pondéral accéléré est longue,

- Difficultés socio-économiques des parents et cadre de vie défavorable (46-49) (tableau 2),
- Manque d'activité physique et sédentarité (50-54),
- Manque de sommeil,
- Attitudes inadaptées de l'entourage par rapport à l'alimentation (restrictives ou au contraire trop permissives),
- Facteurs psychopathologiques : dépression chez les filles, hyperphagie boulimique (55-56),
- Négligences ou abus physiques ou sexuels dans l'enfance ou l'adolescence,
- Handicap (moteur ou mental) (57),
- Enfin, l'allaitement maternel semble avoir un effet protecteur de faible importance (58-60).

Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le groupe social des parents

Groupe social des parents	Classes de grande section de maternelle 2012-2013		Classes de CM2 2007-2008		Classes de 3 ^e 2008-2009	
	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Cadres	5,9 %	1,3 %	8,8 %	0,8 %	10,2 %	2,3 %
Professions intermédiaires	7,8 %	2,4 %	14,2 %	2,2 %	12,6 %	2,1 %
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	9,0 %	4,8 %	17,5 %	3,9 %	15,3 %	3,9 %
Employés	9,5 %	4,8 %	16,6 %	4,4 %	14,9 %	5,0 %
Ouvriers	9,8 %	5,8 %	17,5 %	7,0 %	15,7 %	6,5 %
Ensemble	8,4 %	3,5 %	14,8 %	4,0 %	14,2 %	3,4 %

Champ • France.

Sources • DREES-DGESCO-Enquêtes nationales de santé auprès des élèves. Élèves des classes de 3^e (2008-2009), de CM2 (2007-2008), de grande section de maternelle (2012-2013).

Tableau 2 : Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le groupe social des parents. Source : DREES, état de santé de la population en France : rapport 2015 (29).

5) Conséquences à court, moyen et long termes

Le surpoids et l'obésité sont des déterminants importants de la santé. Les complications du surpoids et de l'obésité infantiles sont nombreuses à plus ou moins long terme (6) (61).

Elles sont d'ordre :

- Complications psychopathologiques : troubles dépressifs, anxieux, du comportement, des conduites alimentaires, addiction,

- Complications cutanées : vergetures, acanthosis nigricans, mycose, hypertrichose de la jeune fille,
- Troubles musculosquelettiques : rachialgie, trouble de la statique vertébrale, pied plat, genu valgum, épiphysiolyse de la tête fémorale, syndrome fémoro-patellaire,
- Complications cardio-respiratoires : Hypertension artérielle (HTA), asthme (62), syndrome d'apnée du sommeil, déconditionnement à l'effort,
- Complications endocriniennes : syndrome des ovaires polykystiques, verge enfouie, puberté précoce,
- Complications métaboliques : diabète de type 2, insulino-résistance, dyslipidémie, stéatose hépatique, syndrome métabolique.

A long terme, le risque de rester obèse à l'âge adulte varie selon les études entre 20 et 50% si l'individu est obèse avant la puberté et de 50 à 70% après la puberté (6).

Devant les nombreuses complications, les autorités ont mis en place des mesures importantes de prévention et de prise en charge.

6) Les politiques publiques relatives à l'obésité infantile

- [Au niveau international](#)

L'OMS, créée en 1948, agit en tant qu'autorité directrice et coordinatrice pour toutes les questions internationales sanitaires et de santé publique. C'est pourquoi, plusieurs rapports techniques ont été rédigés, concernant la prévention et la prise en charge de l'obésité (1,63-65).

En terme de santé publique, les objectifs de prise en charge sont de stabiliser le niveau de l'obésité dans la population, de réduire son incidence et d'abaisser la prévalence. Afin d'y parvenir, l'OMS préconise le concept du partage des responsabilités par une action coordonnée de tous les secteurs concernés dans la société : pouvoirs publics, médias, industriels, consommateurs.

En 2016, une commission de l'OMS a établi des recommandations pour lutter contre l'obésité de l'enfant en agissant sur l'environnement lors de la période pré-conceptionnelle et la grossesse, la petite enfance, le reste de l'enfance et l'adolescence. Les objectifs sont :

- Mettre en œuvre des programmes complets pour favoriser la consommation d'aliments sains et diminuer celle des aliments nocifs pour la santé,
- Mettre en œuvre des programmes complets favorisant l'activité physique et réduisant la sédentarité,
- Renforcer les informations pour la prévention des maladies non transmissibles et les intégrer à celles actuellement en vigueur pour les soins avant et pendant la grossesse, pour réduire le risque d'obésité de l'enfant à naître,
- Fournir des informations et un soutien à propos de ce qu'est une alimentation saine, un sommeil de qualité, une activité physique adaptée pour que les enfants grandissent correctement et prennent de bonnes habitudes,
- Mettre en œuvre des programmes complets favorisant des milieux scolaires sains, la connaissance de la santé et de la nutrition, de l'activité physique pour les enfants et adolescents,

- Fournir aux enfants obèses des services centrés sur la famille et sur leur mode de vie afin de les aider à gérer leur poids.
- [Au niveau national](#)

Depuis 2001, la France s'est dotée d'une politique nutritionnelle de santé publique : le Programme National Nutrition Santé (PNNS) (7, 66-69). Le PNNS a pour objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition (qui intègre à la fois l'alimentation et l'activité physique). Pour cela, les objectifs opérationnels du PNNS sont les suivants :

- informer, éduquer la population pour orienter les comportements alimentaires et l'activité physique ;
- améliorer l'environnement alimentaire et physique pour faciliter la mise en œuvre de comportements favorables pour la santé ;
- organiser un système de dépistage et de prise en charge des troubles nutritionnels ;
- former des professionnels dont l'activité influence l'alimentation et l'activité physique de la population.

Pour atteindre ces objectifs, un ensemble d'actions allant de campagnes de communication véhiculées par différents supports (papiers, audiovisuels, site internet), à la diffusion de messages sanitaires dans les publicités alimentaires, à la réduction de publicités sur les aliments très caloriques et pauvres en nutriments aux heures d'audience du grand public, jusqu'à l'intégration de la nutrition dans les programmes d'enseignements scolaires, est utilisé. Le PNNS a également diffusé à grande échelle des repères de consommation par groupes d'aliments afin de fournir des informations nutritionnelles claires et simples à l'ensemble de la population (Annexe 1). Le PNNS a proposé dès son lancement une articulation entre le niveau national et le niveau loco-régional en associant tous les acteurs concernés : ministères, agences sanitaires, assurance maladie et système mutualiste, Conseil National de l'Alimentation, opérateurs économiques, consommateurs, collectivités locales, organismes de recherche et experts scientifiques.

Le Plan Obésité (PO), élaboré en 2010 sur demande du chef de l'État, s'articule et complète le PNNS par l'organisation du dépistage, de la prise en charge des patients ainsi que par une dimension importante de recherche (70). En effet, la commission nommée pour le rédiger a proposé un travail sur :

- la recherche : renforcement du lien avec les sciences humaines et sociales, coordination de la recherche par une fondation de recherche scientifique,
- la prévention : amplifier l'effort préventif du PNNS, en facilitant la mise en pratique des recommandations existantes,
- l'organisation des soins : l'ensemble de la chaîne de soins de premier recours doit être organisée pour améliorer l'accessibilité, la lisibilité de l'offre, la qualité et la sécurité des soins. Le rôle du médecin traitant doit être renforcé.

Le plan, établi sur 3 ans, comporte 4 axes prioritaires :

- Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et chez l'adulte : mettre en place une organisation des soins lisible, accessible à tous afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins.
- Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique : assurer le lien avec les propositions du PNNS, par une participation étroite dans sa conception et sa mise en œuvre par les responsables du plan obésité.
- Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre les discriminations : tenir compte du gradient social de l'obésité et des discriminations dont sont victimes les patients obèses.
- Investir dans la recherche : création d'une coopération de fondation scientifique par l'alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN), renforcement de la recherche dans le domaine préventif et thérapeutique.

7) Les recommandations de prise en charge de la Haute Autorité de Santé

Initialement publiées en 2003, les recommandations en termes de prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatriques de la Haute Autorité de Santé ont été actualisées en 2011 (6). L'objectif de ces recommandations est d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale des enfants et adolescents ayant un surpoids ou une obésité. Elles ont été élaborées à la demande de la Direction Générale de la Santé.

De manière générale, selon les recommandations de la HAS, l'objectif de soin dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatriques est une modification durable des habitudes de vie en termes d'alimentation et d'activité physique de l'enfant et de sa famille. La perte du poids n'est pas un objectif prioritaire, le but est de ralentir la progression ascendante de la courbe de corpulence. La durée du suivi recommandée est au minimum deux ans, en suivant les principes de l'éducation thérapeutique.

L'évaluation initiale par le médecin généraliste ou le pédiatre confirme le diagnostic et apprécie la sévérité. Le médecin recherche des comorbidités et des éléments en faveur d'une obésité syndromique ou d'une origine endocrinienne, et analyse le retentissement psychologique sur l'enfant. L'entretien vise à comprendre les habitudes de la famille, le contexte socio-culturel, ainsi qu'à identifier les connaissances et les erreurs diététiques. Il apprécie les compétences dans la pratique de l'exercice physique et la motivation au changement. (Les recommandations destinées aux médecins seront revues dans la partie suivante de cette thèse).

La prise en charge diététique vise à rectifier des erreurs dans les habitudes alimentaires en adoptant des comportements sains sur le long terme. Les repères nutritionnels du PNNS servent de référence ; aucun aliment n'est interdit et les régimes amaigrissants sont déconseillés. En parallèle, la promotion de l'activité physique est indispensable, les freins et les risques à la pratique doivent être auparavant recherchés, l'aide d'un professionnel de l'activité physique adaptée peut être nécessaire en fonction de la sévérité de la situation. La réduction des

comportements sédentaires est fondamentale.

L'accompagnement psychologique a pour but de soutenir l'enfant et ses parents, de renforcer leur motivation et de les déculpabiliser. L'orientation vers un psychologue ou un pédopsychiatre est recommandée en cas de souffrance psychique intense ou de psychopathologie associée (trouble du comportement alimentaire, dépression...), en présence de facteurs de stress familiaux ou sociaux, et si l'obésité est sévère ou en cas d'échec de la prise en charge.

Ainsi, il est recommandé que la prise en charge de l'obésité de l'enfant repose sur une évaluation médicale puis sur un suivi multidisciplinaire régulier d'une durée de 2 ans minimum. Les indications des approches et moyens thérapeutiques sont modulées en fonction de la gravité de la situation de chaque enfant ou adolescent.

La HAS définit 3 niveaux de prise en charge en fonction de la sévérité de l'obésité et/ou des comorbidités associées, ainsi que du contexte familial et social (Figure 4) :

- le premier recours est réalisé par le médecin habituel de l'enfant. Il concerne les enfants atteints d'obésité commune non compliquée ;
- le deuxième recours correspond à une prise en charge multidisciplinaire organisée à l'échelle d'un territoire, faisant appel à des professionnels spécialisés en cas d'échec du premier recours, en cas d'ascension brutale de la courbe d'IMC, en présence de comorbidités associées, en cas de contexte familial défavorable, ou avec une problématique psychologique et sociale identifiée.
- le troisième recours est une prise en charge coordonnée par un médecin et une équipe spécialisée, à une échelle régionale. Il concerne les enfants avec obésité sévère, compliquée ou dans des contextes très défavorables (handicap, carence éducative, maltraitance, ...).

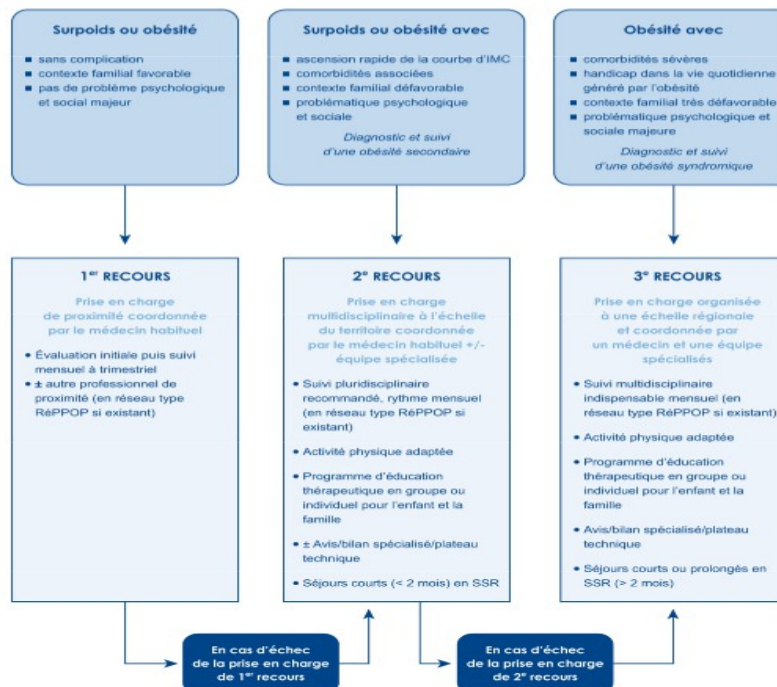


Figure 4 : Parcours de soins de l'enfant en surpoids ou obèse : niveaux de recours de la HAS.

2. Acteurs et structures de coordination impliqués dans la prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatriques

1) Rôle des Médecins généralistes et Pédiatres libéraux

Comme mis en avant dans les recommandations de bonne pratique de la HAS (6), les médecins généralistes et pédiatres libéraux sont en première ligne dans la prévention, le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatriques (71).

• Prévention

Le suivi régulier par les médecins généralistes et pédiatres libéraux de leur jeune patientèle peut permettre de repérer les enfants et adolescents à risque de développer un surpoids ; ils ont un rôle important de prévention primaire.

En effet, étant présents à chaque étape de la vie de leur patient et par la connaissance de leurs antécédents familiaux, mode de vie, aspects psycho-sociaux, événements psychoaffectifs et conditions socio-économiques, les médecins généralistes et pédiatres de ville peuvent repérer précocement les facteurs de risque connus de surpoids. Des informations peuvent être données aux patientes sur leur alimentation avant et pendant la grossesse, en expliquant les risques d'une trop grande prise de poids. Après la naissance, des conseils sur l'allaitement et la diversification alimentaire peuvent être prodigués. Lorsque l'enfant grandit, le médecin ou pédiatre peut également évoquer régulièrement avec la famille, les habitudes alimentaires et d'activité physique, pour pouvoir réorienter ou corriger d'éventuelles erreurs (71). Ils ont alors un rôle dans l'éducation nutritionnelle des patients (72).

Pour l'aider dans cette démarche préventive, des outils sont disponibles via le PNNS par exemple, les recommandations HAS et également à travers les ressources locales de promotion et d'éducation à la santé.

• Dépistage

Le dépistage du surpoids et de l'obésité pédiatriques par les médecins généralistes et pédiatres libéraux est indispensable pour faciliter la prise en charge par la suite et limiter le développement de comorbidités.

Comme préconisé par les recommandations de la HAS (revues plus haut), il est recommandé que les médecins généralistes et pédiatres de ville mesurent régulièrement (2 à 3 fois par an au minimum) le poids et la taille des enfants et adolescents de leur patientèle afin de calculer l'IMC systématiquement quel que soit leur âge, leur corpulence apparente et le motif de la consultation. Les valeurs du poids, de la taille et de l'IMC doivent ensuite être reportées sur les courbes dans le carnet de santé et les courbes tracées.

Ils peuvent ainsi repérer régulièrement la présence des signes d'alerte : ascension continue de la courbe depuis la naissance, rebond d'adiposité précoce, changement de couloir rapide vers le haut.

En cas de rebond d'adiposité précoce, il est recommandé d'expliquer à la famille l'importance du suivi de la courbe de corpulence en programmant un rendez-vous ultérieur.

Si un surpoids ou une obésité est détecté, le médecin doit informer l'enfant et sa

famille lors d'une consultation dédiée. La HAS préconise d'utiliser la courbe de corpulence comme support pour réaliser l'annonce. Cette dernière ne doit être ni culpabilisante, ni jugeante.

Le professionnel doit tenir compte du contexte familial, socio-environnemental et culturel ainsi que de ses propres représentations pour réaliser l'annonce dans de bonnes conditions et pour appréhender l'accès aux soins et la motivation.

Il est recommandé d'expliquer de façon simple et rassurante les objectifs à long terme et les moyens de les atteindre ensemble (6,73).

- Prise en charge

La prise en charge doit être pluridisciplinaire et doit tenir compte des notions d'alimentation, d'activité physique, de sédentarité, d'équilibre des rythmes de vie et des aspects psychologiques et socio-économiques. L'objectif final de la prise en charge est la modification durable des comportements. L'objectif de soin est l'amélioration de la qualité de vie physique, mentale et sociale et la prévention des co-morbidités.

Pour cela, le suivi doit être prolongé et s'inscrire dans une relation de confiance. Il est recommandé que la prise en charge prenne en compte les principes de l'éducation thérapeutique du patient. Cette dernière vise à aider le patient à acquérir ou à maintenir les connaissances et les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique.

Chez l'enfant, le médecin ou pédiatre ne recherchera pas une perte de poids mais plutôt une stabilisation, voire un ralentissement de la courbe de corpulence.

L'évaluation initiale par le médecin habituel de l'enfant comporte un examen clinique comprenant la recherche de facteurs associés et de comorbidités ainsi qu'un entretien de compréhension centré sur l'enfant et sa famille.

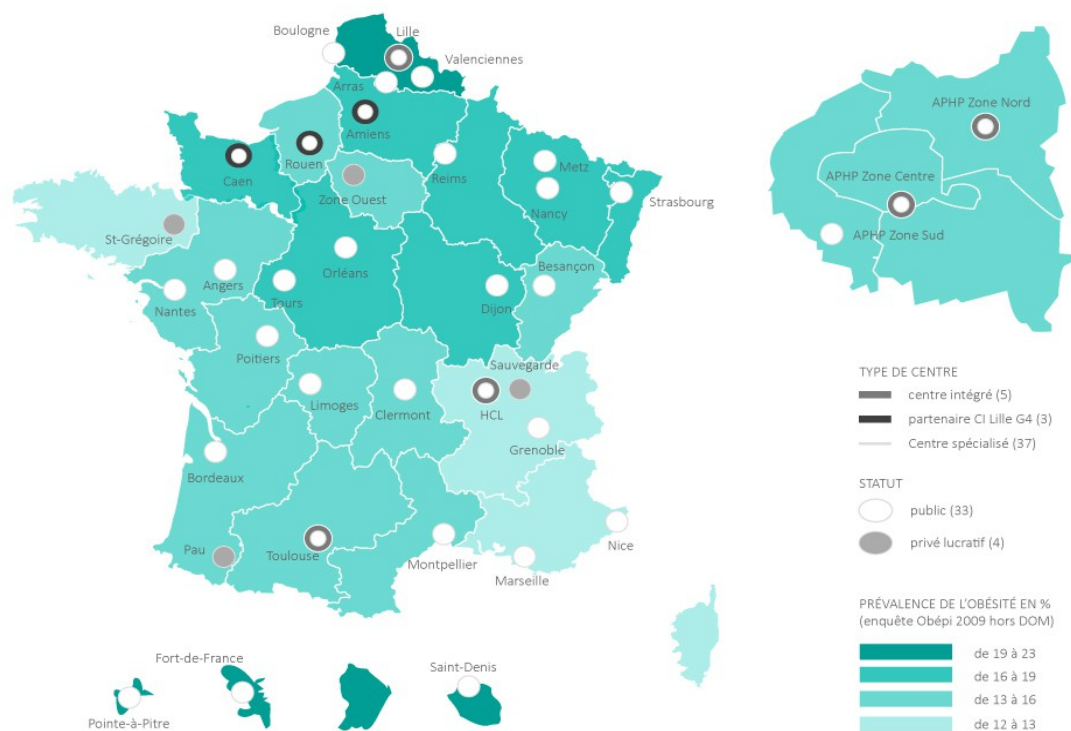
Après ce bilan initial, le niveau de recours doit être défini selon les recommandations de la HAS. Pour une situation de 1er recours, il n'est pas systématique de réaliser des examens complémentaires. Le premier niveau de recours correspond à une prise en charge de l'enfant par le médecin généraliste ou pédiatre de ville, avec cependant la possibilité de se faire accompagner par un autre professionnel de santé. Pour les autres niveaux de recours (2 et 3), une prise en charge multidisciplinaire avec des professionnels spécialisés à l'échelle départementale pour le deuxième niveau et régionale pour le troisième niveau doit être envisagée, où le médecin a plus un rôle de coordinateur avec les structures de prise en charge existantes sur son territoire.

Le médecin habituel de l'enfant, médecin généraliste ou pédiatre, est donc au centre du dépistage et de la prise en charge. Il entretient avec le patient une relation privilégiée, de confiance, favorisant la connaissance du contexte social, des habitudes de vie et de la motivation du patient. Ce lien facilite le dépistage des facteurs de risque d'obésité et le suivi du patient. Cette alliance doit être enrichie par une bonne connaissance de la pathologie afin de proposer au patient une prise en charge adaptée selon les recommandations de la HAS.

2) Les Centres Spécialisés Obésité (CSO)

Suite à l'appel à projet conduit par les Agences Régionales de Santé (ARS), secondairement à l'instruction du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du PNNS et du Plan Obésité, 37 centres spécialisés obésité (CSO) ont été identifiés en France (Figure 5). Ces CSO ont pour objectif une prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère et l'organisation des filières de soins dans les régions.

Plan obésité - Localisation des 37 centres spécialisés dont 5 centres intégrés
Prise en charge de l'obésité sévère et organisation des filières de soins



Source : Ministère des Affaires Sociales et de la Santé / DGOS R4 & USID - mai 2012

Figure 5 : Localisation des 37 centres spécialisés obésité identifiés en France. Source : obecentre.fr

3) Les Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP)

Afin de faciliter la prise en charge par les professionnels de santé, dans le cadre de l'application régionale du PNNS et des recommandations de la HAS, neuf RéPPOP ont été créés depuis 2003 (Figure 6) :

- RéPPOP Aquitaine,
- RéPPOP Alsace,
- RéPPOP Franche-Comté,
- RéPPOP Rhône,
- RéPPOP Île-de-France,
- RéPPOP Toulouse-Midi-Pyrénées,
- RéPPOP Ardèche,
- RéPPOP Isère,
- RéPPOP Nord Cotentin.



Figure 6 : Localisation des RéPPOP en France. Source : CN-REPPPO

Chaque RéPPOP possède son propre fonctionnement avec ses particularités mais tous sont fédérés par une charte commune. Celle-ci unit les RéPPOP (structure régionale) par une organisation nationale, la Coordination Nationale des RéPPOP (CN RéPPOP).

Les RéPPOP, constitués en association loi 1901, réunissent autour de l'enfant obèse et de sa famille les multiples compétences professionnelles des acteurs concernés, professionnels de la santé et de l'enfance qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou institutionnels (incluant les médecins et les infirmières puéricultrices de l'Éducation nationale et de PMI ainsi que les professionnels des lieux de vie des enfants). La population cible est l'enfant et l'adolescent de 2 à 18 ans et leur famille. Ils assurent la coordination territoriale des soins. Ce sont des réseaux ville-hôpital, agissant selon trois axes :

- la prévention de l'obésité,
- le dépistage précoce,
- la prise en charge multidisciplinaire, personnalisée et de proximité.

L'équipe de coordination assure l'organisation de la formation initiale et continue des partenaires du réseau, la cohérence entre les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge. Elle aide à l'orientation des patients au sein du réseau et est en contact étroit avec les partenaires du réseau. Elle crée, utilise, et diffuse des outils d'aide à la prise en charge et en particulier un annuaire des professionnels formés (74).

Pour les cas sévères ou complexes, il existe un lien avec les CSO pédiatriques de CHU ou les services de pédiatrie de centres hospitaliers régionaux ayant une activité spécifique liée à l'obésité. Ils sont également en lien avec les structures de prise en charge de longue durée : les établissements de Soins de Suite et Réadaptation (SSR).

3. Structures de coordination, de prévention et de prise en charge en Aquitaine et Poitou-Charentes

Dans le cadre de la mise en place des grandes régions en janvier 2016, le Poitou-Charentes, fait désormais partie de la région Nouvelle Aquitaine (Figure 7), ainsi que le Limousin.



Figure 7 : Carte des nouvelles régions françaises. Source : gouvernement.fr

Dans chacun des départements composant la Nouvelle-Aquitaine un conseil territorial de santé est installé. Les Projets Régionaux de Santé (PRS) élaborés par les Agences Régionales de Santé (ARS) de chaque ancienne région en 2011-2012, pour 5 ans, sont maintenus. Le PRS Nouvelle Aquitaine entrera en vigueur au plus tard le 1er janvier 2018 (75). La création de ce PRS commun à la nouvelle région pose alors la question d'une harmonisation des parcours de soins sur l'ensemble du territoire.

Les paragraphes suivants répertorient les structures/ressources existantes pour la prévention et la prise en charge de l'obésité pédiatrique en Aquitaine et en Poitou-Charentes et font un point sur la réflexion initiée en Nouvelle Aquitaine sur l'harmonisation de la structuration territoriale du parcours de soins pour la prise en charge des enfants et adolescents en surpoids et obèses.

1) En Aquitaine

En Aquitaine, la prise en charge de l'obésité de l'enfant repose sur le volet pédiatrique du centre spécialisé obésité (CSO) de l'hôpital des enfants du CHU de Bordeaux et sur le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité en

Pédiatrie (RéPPOP) Aquitaine, en lien avec les professionnels de santé libéraux, les centres hospitaliers généraux, ainsi que les acteurs de la prévention et du dépistage (santé scolaire, PMI ...). Les situations d'obésités pédiatriques complexes sont accueillies à l'hôpital des enfants du CHU de Bordeaux en consultation ou hospitalisation et pour l'organisation et le suivi de la prise en charge. Pour les situations moins complexes, le RéPPOP Aquitaine vient en soutien des professionnels de santé libéraux en permettant de proposer un parcours de soins multidisciplinaire de proximité, basé sur un suivi médical régulier par un médecin libéral membre du RéPPOP.

Le RéPPOP Aquitaine (76) a pour objectif d'améliorer la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent en Aquitaine. Créé le 1er juin 2006 et opérationnel depuis le 1er septembre 2006, son activité est restée concentrée sur la Gironde pendant 3 ans, puis s'est étendue sur l'ensemble de la région Aquitaine : Lot-et-Garonne, Dordogne et Landes en 2010, puis Pyrénées-Atlantiques en 2013. Des thèses de médecine avaient permis de faire connaître le réseau aux médecins généralistes et de faciliter sa mise en place dans les départements de Gironde, des Landes et des Pyrénées-Atlantiques (77-79).

L'objectif général du RéPPOP Aquitaine est de :

- proposer une prise en charge de proximité autour de l'enfant en surpoids ou obèse et de sa famille, multidisciplinaire, réunissant avec des objectifs précis de soins et d'éducation les multiples compétences professionnelles des acteurs de santé de la ville et de l'hôpital, concertée, pour une meilleure communication entre les professionnels (grâce au dossier médical informatisé partagé). Le réseau permet de faire le lien entre les familles, les professionnels de santé de ville, les équipes hospitalières, les SSR ;
- mettre en place des actions de prévention sur ce thème, en lien avec les priorités régionales de l'ARS Aquitaine et du programme « Manger mieux, bouger plus en Aquitaine »
- harmoniser les pratiques professionnelles concernant la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant.

Les critères d'inclusion des patients dans le réseau sont : âge ≤ 17 ans et IMC > 97^{ème} percentile et domiciliation en Aquitaine. Entre 2006 et fin 2016, 4 249 patients ont été inclus. La file active moyenne annuelle est de 830 patients (80).

L'orientation des patients vers le RéPPOP a plusieurs origines possibles (Figure 8) :

- par le médecin traitant de l'enfant,
- suite à une consultation hospitalière,
- par les médecins et infirmiers(ères) de PMI et de l'Education nationale,
- par les acteurs et établissements du social et du médico-social.

L'équipe de coordination du RéPPOP Aquitaine assure la gestion des contacts directs en demande de prise en charge (familles, professionnels de santé libéraux, scolaires, médico-social et du social, ...) de manière à orienter au mieux les enfants en surpoids ou obèses dans le parcours de soins pour leur proposer le niveau de recours le plus

adapté à leur situation (selon les recommandations de la HAS). Ainsi, quel que soit l'origine du patient et sa demande, une première évaluation du niveau de gravité et de la complexité de la situation est réalisée par la coordinatrice du parcours de soin du RéPPOP. Cette dernière, en lien avec les pédiatres du RéPPOP, définit l'orientation initiale des patients (médecin libéral du RéPPOP ou CSO du CHU de Bordeaux ou centre hospitalier partenaire) (Figure 8).

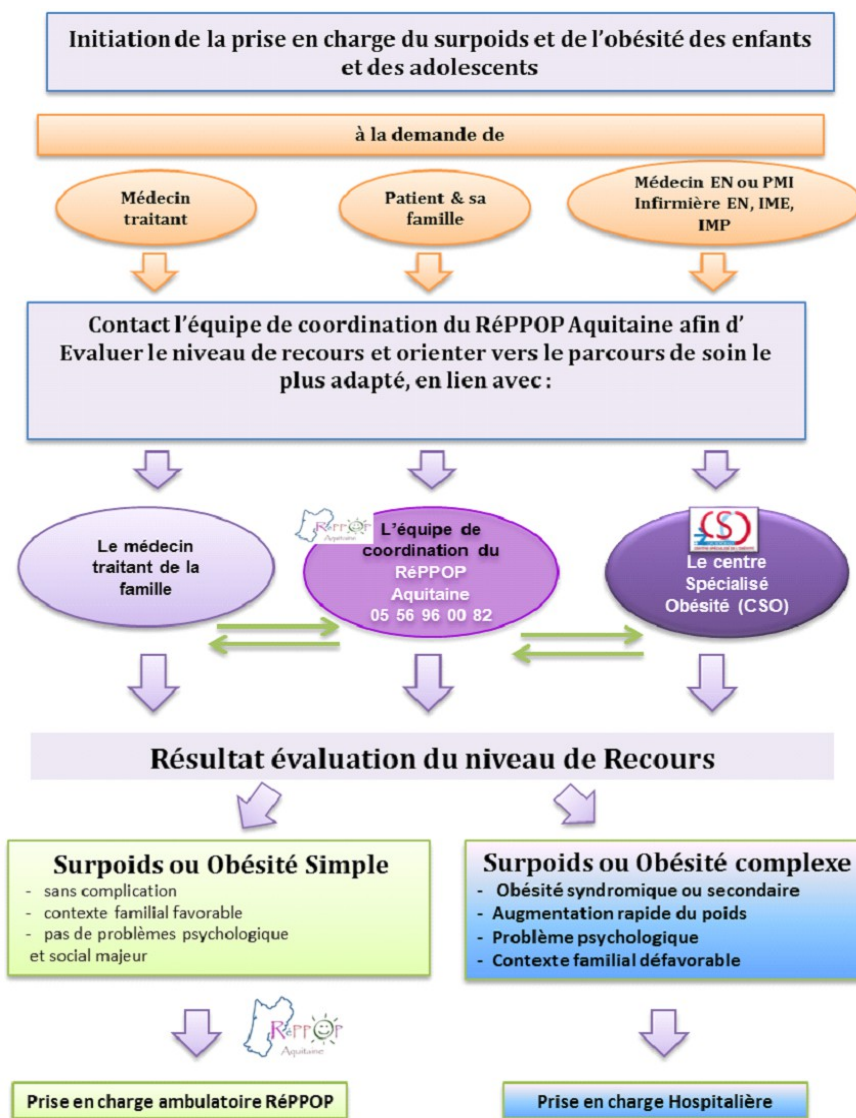


Figure 8 : Initiation de la prise en charge et parcours de soin dans le cadre du RéPPOP Aquitaine. Source : RéPPOP Aquitaine.

Lorsqu'il s'agit d'une situation d'obésité simple (Niveau de recours 1 de la HAS), le RéPPOP Aquitaine propose une prise en charge ambulatoire et privilégie le suivi par le médecin habituel de l'enfant. En effet, l'équipe de coordination du RéPPOP Aquitaine contacte les médecins traitants des familles pour leur proposer de participer à une journée de formation de manière à ce qu'ils puissent ensuite prendre en charge et réaliser le suivi des patients dans le cadre du réseau (Figure 9). Entre septembre 2006 et décembre 2016, 1746 professionnels ont été formés et ont adhéré au RéPPOP, dont 836 médecins.

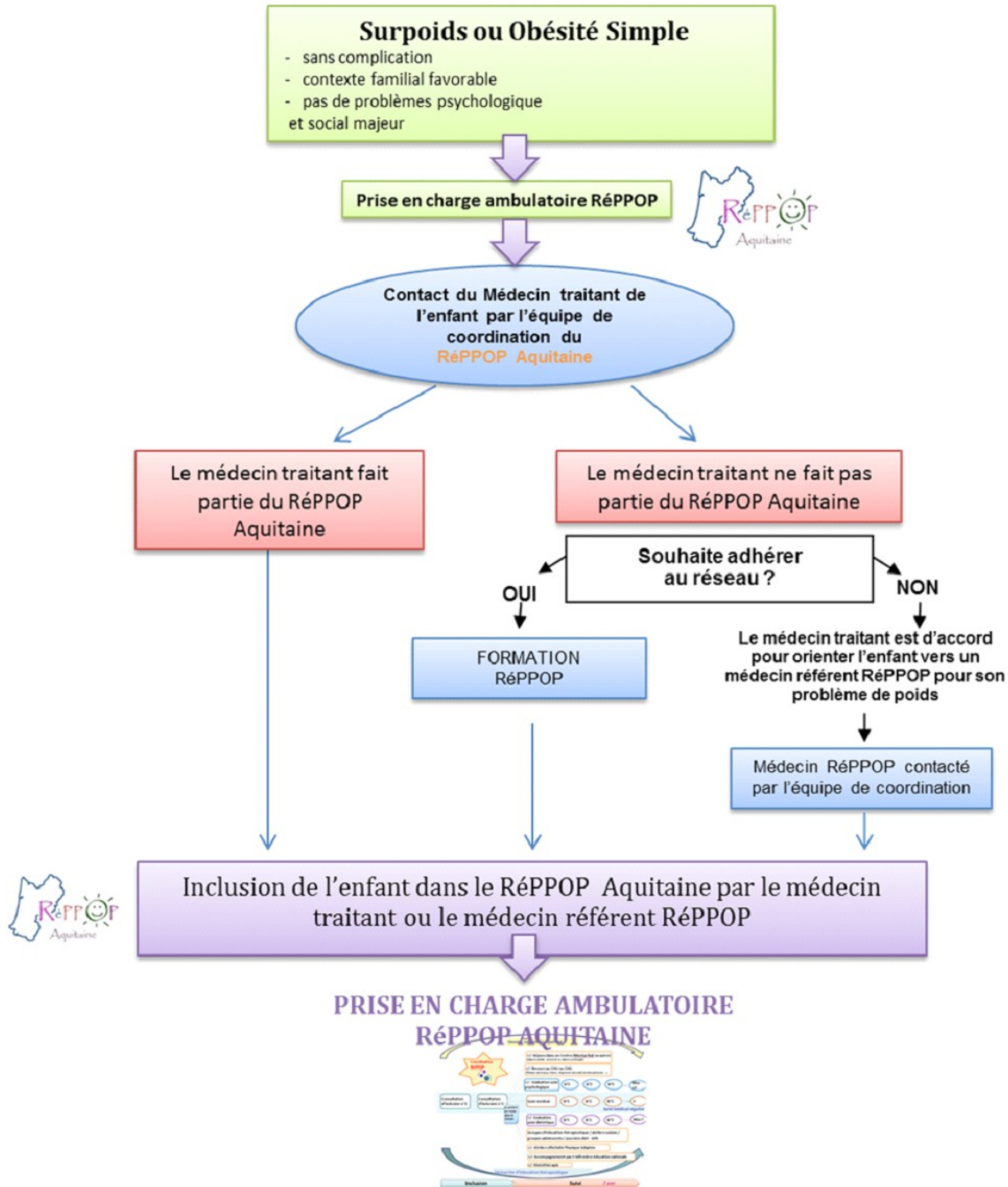


Figure 9 : Orientation de l'enfant vers la prise en charge ambulatoire du RéPPOP Aquitaine. Source : RéPPOP Aquitaine.

La première étape du parcours du patient dans le RéPPOP Aquitaine comprend 2 consultations médicales d'inclusion réalisées par le médecin RéPPOP incluant l'enfant : elles permettent au médecin d'établir ou confirmer le diagnostic clinique, de rechercher une étiologie au surpoids/les facteurs de risque/les complications physiques, psychiques et sociales, de recueillir des informations sur le mode de vie de l'enfant et son

environnement, de réaliser un diagnostic éducatif et de définir, en accord avec l'enfant et sa famille, un projet de soins/des objectifs thérapeutiques et les modalités de prise en charge et du rythme du suivi.

Une fois l'enfant inclus, la fréquence des consultations médicales est déterminée par le médecin qui suit l'enfant dans le RéPPOP et varie de 1 à 3 mois selon le niveau de prise en charge. Chaque consultation permet d'évaluer les changements en termes d'alimentation, d'activité physique, de comportement familial et d'évolution de corpulence et permet également de redéfinir les nouveaux objectifs thérapeutiques réalistes et atteignables, en accord avec l'enfant et sa famille.

S'il le souhaite, le médecin peut être accompagné d'autres professionnels de santé dont le coût des consultations est pris en charge par le RéPPOP, ou faire appel à d'autres modalités de prise en charge :

- Diététicien (7 consultations prises en charge pendant les 2 ans de suivi),
- Psychologue (14 consultations prises en charge pendant les 2 ans de suivi),
- Ateliers d'activités physiques adaptées (APA),
- Séjours en SSR,
- Séances d'éducation thérapeutique.

Les modalités de prise en charge proposées dans le cadre du RéPPOP Aquitaine sont présentées dans la Figure 10.

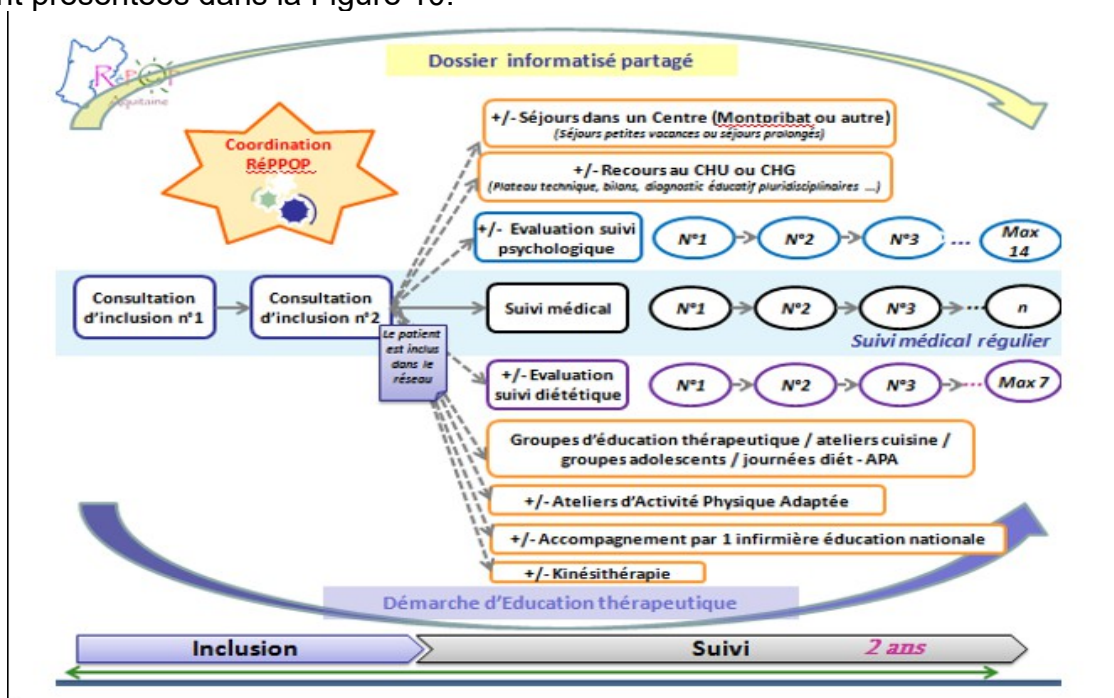


Figure 10 : Modalités de prise en charge des patients en surpoids dans le cadre du RéPPOP Aquitaine. Source : RéPPOP Aquitaine

L'ensemble des compte-rendus, synthèses de consultations sont enregistrés dans le dossier médical partagé informatisé, mis en place par Télésanté Aquitaine (nouvellement ESEA - eSanté en action) pour le RéPPOP Aquitaine.

Lorsqu'il s'agit d'une obésité complexe (Niveau de recours 2 et 3 de la HAS), il est proposé une prise en charge principalement hospitalière (pour les obésités complexes) ou mixte hospitalière et libérale (pour les obésités moins complexes) par

le CSO du CHU de Bordeaux.

En effet, le CHU de Bordeaux a été labellisé CSO pédiatrique pour l'ensemble du territoire de l'Aquitaine. Le volet pédiatrique du CSO du CHU de Bordeaux, via l'unité d'endocrinologie pédiatrique de l'hôpital des enfants du CHU de Bordeaux assure donc les missions suivantes :

- coordination générale de l'activité pédiatrique du CSO,
- organisation de la prise en charge des situations d'obésités pédiatriques complexes qui sont accueillies à l'hôpital des enfants du CHU de Bordeaux,
- coordination de la fédération des professionnels référents des centres hospitaliers d'Aquitaine et du centre SSR de Montprieat, permettant la construction et l'animation de la filière territoriale avec une homogénéité de la prise en charge en région.

Le CSO du CHU Bordeaux a en effet développé un fort partenariat avec les centres hospitaliers des différents départements (notamment CH d'Agen, CH de Pau, CH de Périgueux, CH de Mont-de-Marsan, CH de Dax, CH d'Arcachon, CH de Bayonne CH de Marmande) et le CSO Sud Aquitaine (clinique Princess). Le RÉPPOP contribue également, en lien avec le CHU de Bordeaux, à l'organisation de la prise en charge des situations d'obésités pédiatriques complexes rencontrées dans les services de pédiatrie des CH de la région Aquitaine, du fait du partenariat établi entre le RÉPPOP Aquitaine et le service du Pr Barat (Hôpital des enfants – CHU de Bordeaux).

Cette prise en charge peut relever de consultations, d'évaluation en hôpital de jour ou de courtes hospitalisations de 2 à 3 jours pour les situations les plus complexes. Suite aux évaluations réalisées lors des consultations de pédiatrie ou à la suite d'une demande des médecins libéraux ou institutionnels adhérant au RÉPPOP, des hospitalisations de jour (HdJ) ou conventionnelles peuvent être proposées pour les enfants et adolescents en situation d'obésité complexe. Les hospitalisations sont programmées dans le but d'étudier le retentissement somatique de l'obésité (métabolique, orthopédique, cardio-pulmonaire, sommeil...) et d'organiser la prise en charge en lien avec le médecin traitant. En fonction des contextes, elles se font en hospitalisation de semaine ou en hôpital de jour. Dans tous les cas, les professionnels de l'équipe de coordination du RÉPPOP interviennent comme experts et consultants en proposant, en plus de l'évaluation médicale réalisée par le Dr Hélène Thibault (sur son temps de travail CHU), le Dr Cassandre Cabaussel ou le Dr Sandra Pochelu (sur leur temps de mise à disposition du CHU par le RÉPPOP sans remboursement), une évaluation multidisciplinaire comprenant une consultation d'une heure avec la diététicienne, la psychologue et l'enseignante en activité physique adaptée du RÉPPOP (sur leur temps de mise à disposition du CHU par le RÉPPOP sans remboursement). A la fin des hospitalisations sont réalisées des réunions de synthèses pluridisciplinaires entre le médecin pédiatre, la diététicienne, la psychologue et l'enseignante en activité physique adaptée du RÉPPOP (30 mn par patient environ), puis une restitution est faite à la famille. Lors de cette restitution le pédiatre définit, en accord avec la famille, le parcours du patient et des objectifs thérapeutiques précis donnant lieu à la remise d'un document et colligés dans le compte rendu d'hospitalisation.

Les comptes rendus d'hospitalisation des enfants inclus dans le RÉPPOP sont

systématiquement transmis au médecin traitant ainsi qu'au médecin du RÉPPOP qui suit l'enfant et à tous les correspondants impliqués dans la prise en charge. Chaque année, de l'ordre de 200 consultations et 200 hospitalisations pédiatriques sont réalisées dans ce cadre (81).

2) En Poitou-Charentes : structures existantes

En Poitou-Charentes, il n'existe pas de réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique de type RÉPPOP, mais uniquement un réseau adulte : le REPPCO.

Créé en 2006, le REPPCO prend en charge des patients obèses âgés de 16 à 65 ans. Financé par l'ARS et de statut associatif, le REPPCO est une unité indépendante de prise en charge, géré par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux libéraux et permettant de recevoir des patients pour des consultations thérapeutiques ambulatoires. Il permet une prise en charge pluridisciplinaire et dont les consultations (diététiques, psychologiques) sont prises en charge financièrement. La prise en charge est initiée par le médecin traitant et peut durer de 1 à 2 ans. Des relais sont possibles avec d'autres structures (hospitalière ou structures spécialisées) pour des hospitalisations en médecine interne. Enfin, le REPPCO dispose d'un programme d'éducation thérapeutique alliant des séances (individuelles ou collectives) sur les aspects médicaux de la pathologie, les aspects diététiques (ateliers culinaires, éducation nutritionnelle) et d'activité physique (82,83).

Labellisé en 2012, le CSO du CHU de Poitiers (82,84) prend en charge principalement les adultes atteints d'obésité sévère dans une approche pluridisciplinaire. Son intervention se fait principalement en troisième recours, pour les situations de prises en charge les plus complexes nécessitant des soins spécifiques, mais peut également prendre en charge des patients sans complication. Le service bénéficie également d'une collaboration étroite avec les spécialités prenant en charge les éventuelles complications (cardiologie, pneumologie, hépatogastro-entérologie...) et avec une équipe de chirurgie et d'anesthésistes-réanimateurs spécialisée dans la chirurgie de l'obésité. Une autre mission du CSO est l'organisation de la filière de soins au niveau régional : animation et coordination territoriale en lien direct avec les médecins traitants de premiers recours et les spécialistes et établissements de santé (publics et privés) de second recours, ainsi que les autres acteurs impliqués dans les domaines éducatifs, associatifs et institutionnels.

Enfin, situé à Niort, le CH de Niort et le SSR pédiatrique Les Terrasses (85), assurent également la prise en charge d'enfants en situation d'obésité. Le SSR les Terrasses, composé de plusieurs pôles, est spécialisé dans le traitement de l'obésité des adolescents, âgés de 12 à 17 ans, pris en charge au cours de longs séjours en internat de 4 à 6 mois, pour une prise en charge multidisciplinaire : accompagnement médical, diététique, psychologique, en psychomotricité, en activité physique adaptée avec ré-entraînement à l'effort.

Depuis quelques années, le Centre Hélio-Marin de St Trojan, accueille également des enfants obèses. La prise en charge proposée est une approche globale et personnalisée via un projet thérapeutique individuel tenant compte de l'environnement du patient et de sa famille. Des séances d'éducation thérapeutique

sont proposées ainsi que la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale et scolaire.

Récemment, dans le cadre de la réflexion sur l'harmonisation de la prise en charge en Nouvelle-Aquitaine, initiée en Poitou-Charentes, des consultations spécialisées sont proposées aux enfants en surpoids ou obèses au CHU de Poitiers et des ateliers d'éducation thérapeutique sont en cours d'élaboration. De plus, une convention de partenariat a été signée entre le SSR et le CSO du CHU de Poitiers (85,86). La transition entre la prise en charge des adolescents en surpoids par les équipes pédiatriques et les équipes adultes est en cours d'organisation. Enfin, afin de formaliser officiellement les partenariats déjà existants et à venir, des conventions de partenariat sont en cours de signature entre le CSO pédiatrique et les différents CH et SSR du département, comme précisé ci-dessous.

3) Point sur l'avancée du projet de structuration régionale du parcours de soins des enfants et adolescents en surpoids et obèses

Le territoire du Poitou-Charentes n'a donc pas, actuellement, de réseau spécifique de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique, semblable au RÉPPOP Aquitaine. Suite au constat des professionnels de santé de Poitou-Charentes du manque de temps en consultation et de la difficulté de coordination entre les différents professionnels du territoire pour assurer une prise en charge efficiente, un projet de structuration territoriale du parcours de soins pour les enfants et adolescents en surpoids et obèses est en cours d'élaboration.

Ce projet est coordonné par le Dr Carlier (pédiatre au CH de Niort) en lien avec les pédiatres du CHU de Poitiers, ses collègues des CH de ce territoire et les SSR les Terrasses et de Saint Trojan. En effet, une réflexion sur une organisation commune et une coordination avec les professionnels libéraux pour la prise en charge de l'obésité pédiatrique a été initiée. Ainsi une véritable dynamique a été formalisée par la mise en place d'un comité de pilotage «Parcours Obésité Pédiatrique - POP Poitou-Charentes» impliquant, en plus des professionnels cités, les professionnels de santé des deux SSR (les Terrasses et Saint Trojan) mais aussi des professionnels de santé libéraux, de santé scolaire, diététiciens et le REPPCO.

Parallèlement, le CSO de Poitou-Charentes, dont l'activité principale était jusqu'à présent plutôt centrée sur la prise en charge des adultes en situation d'obésité, a également initié une réflexion en vue de structurer et d'harmoniser la prise en charge de l'obésité de l'enfant en milieu hospitalier, en particulier pour les situations complexes. Cette réflexion est coordonnée par les pédiatres du CHU de Poitiers et de Châtelleraut (Dr Bernardo, Dr Christin et Dr Compain) et des autres CH et SSR de ce territoire, soutenus par le volet pédiatrique du CSO du CHU de Bordeaux et par le coordinateur du CSO de Poitou Charentes (Dr Piguel), qui a d'ailleurs créé une session pédiatrique lors de la journée annuelle du CSO à Poitiers en juin 2016. Le CSO Poitou-Charentes va par ailleurs développer un volet «prévention de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent» via la mise en place de la Maison de la Santé Publique, sous l'égide du Dr Marion Albouy-Ilaty, et ses actions éducatives.

La liste des équipes hospitalières partenaires de ce projet est mentionnée en Annexe 2.

En vue de ce projet de structuration, des rencontres ont eu lieu entre les pédiatres hospitaliers de Poitou-Charentes et d'Aquitaine ainsi que le RÉPPOP Aquitaine. Un financement auprès de l'ARS Aquitaine a d'ailleurs été demandé par le RÉPPOP en lien avec les professionnels et structures déjà impliqués dans la réflexion, afin de formaliser la conception d'un projet d'accompagnement à la structuration d'un parcours de soins fluide pour l'obésité de l'enfant sur la Nouvelle Aquitaine. Le financement de ce projet a été accepté par l'ARS Nouvelle Aquitaine.

Ce projet consiste, à réaliser un état des lieux de la situation dans chacun des territoires de la Nouvelle Aquitaine (en particulier dans les territoires correspondant aux anciennes régions de Poitou-Charentes et du Limousin), concernant la prévention et la prise en charge de l'obésité pédiatrique. Cet état des lieux permettrait de préciser les besoins des patients et des professionnels de ces territoires en lien avec les CSO existants en Nouvelle Aquitaine. Par la suite, en tenant compte des résultats de cet état des lieux, un travail de concertation sera proposé afin de construire un projet de parcours de soins de l'obésité pédiatrique harmonisé mais adapté aux spécificités de chacun des territoires, qui s'appuierait sur les modalités d'organisation mises en place sur le territoire de l'ex-région Aquitaine et en particulier sur les procédures, outils et modèles de formation développés par le RÉPPOP Aquitaine et le CSO du CHU de Bordeaux. Les acteurs, les modalités et les étapes de mise en œuvre de ce parcours de soins harmonisé et le budget nécessaire à sa réalisation seront décrits. Plusieurs scénarii seront proposés à l'ARS Nouvelle-Aquitaine concernant les thèmes suivants :

- Les actions de dépistage et de prévention de l'obésité pédiatrique, notamment en lien avec les acteurs de la santé scolaire et des PMI,
- Les modalités de l'accompagnement médical, diététique, psychologique et en activité physique des enfants en surpoids ou obèses, selon les niveaux de recours,
- La place et le rôle des CSO, des CH et des SSR de chaque territoire dans le parcours de soins,
- L'éducation thérapeutique, l'activité physique adaptée (APA),
- L'organisation de la formation des professionnels en particulier dans le cadre du DPC,
- Les modalités et besoins de coordination médicale, diététique, psychologique, en APA,
- Les modalités de partage des informations en utilisant le dossier informatisé partagé « Globule » développé par la plateforme PAACO de TSA Aquitaine.

Ce projet en cours, est piloté par trois professionnels de santé localisés sur chacun des trois territoires (Aquitaine, Poitou-Charentes et Limousin) qui coordonnent la mise en œuvre des étapes décrites ci-dessus (état des lieux, concertation et rédaction du projet). Le RÉPPOP Aquitaine et le volet pédiatrique du CSO du CHU de Bordeaux viennent en appui des acteurs et structures des deux autres territoires pour les soutenir dans la construction de leur projet.

Un des points phares de cette réflexion est de créer un lien entre les structures hospitalières existantes et la médecine de ville. Il est donc apparu important, dans un premier temps d'interroger les pratiques et attentes des médecins généralistes et pédiatres libéraux de Poitou-Charentes concernant le diagnostic et la prise en charge de l'obésité pédiatrique et recueillir leur opinion sur la mise en place d'une

organisation du parcours de soins dans leur région ; ce travail, présenté dans le paragraphe suivant, fut l'objet de la thèse de médecine générale de Léa Vimeux (10).

4) Pratiques et attentes des médecins généralistes et pédiatres libéraux de Poitou-Charentes : résultats de l'enquête menée en 2016

Les objectifs de l'étude menée par Léa Vimeux dans le cadre de sa thèse (10), en lien avec l'équipe du RÉPPOP Aquitaine et les professionnels du SSR les Terrasses et des CH du territoire, grâce à l'appui de l'URPS Poitou-Charentes en 2016, étaient :

- Analyser les habitudes et pratiques des médecins libéraux de Poitou-Charentes en termes de dépistage et de prise en charge de l'obésité afin d'identifier leurs difficultés et leurs attentes.
- Recueillir leur opinion vis-à-vis de la mise en place éventuelle d'un réseau de santé ou de manière plus générale de la mise en place d'une organisation du parcours de soins pour les enfants et adolescents en surpoids ou obèses.

Pour répondre à ces objectifs une enquête par questionnaire a été choisie. Pour maximiser le taux de réponses, le questionnaire a été adressé par voies postale et électronique à l'ensemble des pédiatres et médecins généralistes de Poitou-Charentes début juin 2016, avec une relance trois semaines plus tard. En plus des caractéristiques socio-démographiques et d'exercice (sexe, âge, lieu d'exercice, formation spécifique sur l'obésité pédiatrique), la première partie du questionnaire interrogeait les médecins généralistes et pédiatres libéraux sur leurs pratiques concernant les modalités de dépistage du surpoids des enfants et de l'annonce diagnostique, puis sur différents aspects pratiques de leur prise en charge (outils utilisés, correspondants, disponibilité des personnes ressources) et enfin sur leur satisfaction, les difficultés rencontrées et leurs attentes vis-à-vis de leur prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. La seconde partie du questionnaire portait sur leur avis concernant les freins et moteurs d'une prise en charge de qualité sur leur territoire, ainsi que leur point de vue sur la mise en place d'un réseau de prévention multidisciplinaire dans leur région. La réponse à l'enquête était anonyme.

Sur les 1626 questionnaires envoyés, 255 médecins avaient répondu, dont 20 pédiatres. L'âge moyen des répondants était de 53 ans et l'échantillon était constitué de 51% de femmes. Plus de la moitié des répondants exerçaient en milieu rural (53,5%) et 22% déclaraient avoir participé à une formation complémentaire récente sur l'obésité pédiatrique.

Les principaux résultats concernant les pratiques des médecins généralistes et pédiatres répondant à cette enquête étaient :

- en termes de dépistage, les recommandations de la HAS étaient relativement bien suivies : plus de la moitié des médecins répondants citaient la valeur de l'IMC ou l'IMC reporté sur la courbe de corpulence comme critère faisant penser qu'un enfant est en surpoids ou obèse et la grande majorité des médecins effectuait la mesure du poids/taille/IMC et le tracé de la courbe systématiquement

ou régulièrement. Cependant, la suspicion d'un problème de poids ou un surpoids avéré ressortaient comme les principales circonstances incitant les médecins répondants à reporter l'IMC et tracer la courbe. Les antécédents familiaux de surpoids étaient cités comme circonstances incitatives par un tiers des médecins. Les autres facteurs de risque de surpoids n'étaient que peu évoqués.

- Pour l'annonce diagnostique, une grande majorité des médecins répondants (89%) commentait la courbe de corpulence aux familles et s'en servait ainsi de support d'information et d'annonce du diagnostic, comme le recommande la HAS. Par contre, la proposition d'une consultation dédiée à l'annonce diagnostique n'était pas répandue parmi les médecins répondants, alors que, selon la HAS, il convient de programmer un rendez-vous ultérieur afin de travailler avec la famille sur les représentations vis-à-vis du poids et de déculpabiliser la famille.
- La prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatriques était en majorité initiée par les médecins eux-mêmes (82%), comme mentionné dans les recommandations de la HAS, décrivant le médecin habituel de l'enfant comme un acteur primordial de la prise en charge. Près de 90% des médecins répondants déclaraient proposer une prise en charge multidisciplinaire comme recommandé par la HAS et adresser leurs patients en surpoids ou obèses vers un autre professionnel de santé. Les professionnels de santé ressources les plus souvent sollicités étaient les diététiciens libéraux, puis les pédiatres hospitaliers, les médecins nutritionnistes et pédiatres libéraux. Les équipes pluridisciplinaires hospitalières, les psychologues et les psychiatres libéraux étaient peu cités parmi les personnes ressources utilisées du fait, probablement, de leur faible accessibilité sur le territoire.
- Les médecins interrogés pensaient majoritairement avoir un impact modéré sur le changement des habitudes de vie des patients en termes de diététique et d'activité physique et précisaient avoir du mal à maintenir la motivation des patients sur le long terme. De même, ils étaient modérément satisfaits de leur prise en charge globale concernant le surpoids.

Les principaux résultats concernant les attentes des médecins généralistes et pédiatres en termes d'organisation du parcours de soins des enfants et adolescents en surpoids ou obèses étaient :

- la prise en charge financière des consultations diététiques et psychologiques : 82% des répondants avaient en effet précisé que le prix des consultations diététiques et psychologiques était un frein pour leurs patients, et notamment pour leurs patients en situation de précarité plus souvent affectés par cette pathologie.
- pouvoir adresser leurs patients en surpoids ou obèses vers une équipe pluridisciplinaire hospitalière et à des psychologues libéraux ou des endocrinologues. Le manque de correspondants apparaissait en effet comme l'une des premières difficultés rencontrées par plus d'un quart des médecins répondants. La mise en place d'une structure de coordination telle qu'un RéPPOP leur paraissait alors utile pour l'amélioration de la prise en charge de ces enfants.

Les résultats de cette enquête reflétaient donc des pratiques cohérentes avec les

recommandations de la HAS par les médecins généralistes et pédiatres libéraux de Poitou-Charentes concernant le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatriques. De plus, la dynamique des professionnels de santé et des CSO de Poitou-Charentes, dans le cadre du projet de structuration du parcours de soins au niveau régional, décrite plus haut a été confortée par les résultats de cette enquête, montrant une forte mobilisation des médecins libéraux autour de la prise en charge de l'obésité de l'enfant.

Les éléments de réponse concernant leurs difficultés et leurs attentes pour faciliter encore leur pratique et rendre leur prise en charge plus efficiente ont conduit également à faire ressortir l'importance d'intégrer la prise en charge financière du coût des consultations diététiques et psychologiques dans les scénarii proposés à l'ARS Nouvelle-Aquitaine, afin que celui-ci ne constitue plus un frein majeur à la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatriques.

Enfin, la difficulté mentionnée par les médecins répondants quant au maintien de la motivation des patients sur le long terme, la faible efficience perçue de leur prise en charge et leur attente quant à la création d'un maillage de professionnels ressources sur le territoire ont également conforté la nécessité de mettre en place des formations spécifiques au surpoids et à l'obésité pédiatriques en Poitou-Charentes, comme déjà mis en place sur le territoire aquitain par le RÉPPOP Aquitaine. En effet, l'organisation de formations sur la thématique du surpoids et de l'obésité pédiatriques permet, non seulement d'optimiser le dépistage, l'annonce diagnostique et la prise en charge de cette pathologie, mais aussi de créer un temps de rencontre et d'échanges entre les professionnels et de permettre le lien entre les médecins de ville et les hospitaliers.

Le chapitre suivant présentera le programme de la formation "Dépister et prendre en charge l'obésité des enfants" proposée sur le territoire de Poitou-Charentes par l'équipe du RÉPPOP Aquitaine ainsi que le fonctionnement du dispositif de formation continue "Développement Professionnel Continu" (DPC), dans lequel s'inscrit cette formation.

[4. Formation spécifique sur le thème de l'obésité pédiatrique développée en Aquitaine : lien avec le Développement Professionnel Continu \(DPC\) et contenu](#)

1) Le Développement professionnel continu (DPC) : principes généraux

D'après l'article 114 de la Loi de Modernisation de notre système de santé, le rôle de l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC), renommé Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) (87) par le décret 2016-942 du 8 juillet 2016, est d'assurer le pilotage et contribuer à la gestion financière du dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC) des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou leurs conditions d'exercice (88).

Le DPC constitue un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. Initié par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) en 2009 et

adapté par la loi de Modernisation du système de santé en 2016, il est effectif depuis le 1er janvier 2013 (89). L'article L. 4021-1 de la loi de Modernisation du système de santé (26 janvier 2016) définit les objectifs du DPC (90) :

- maintien et actualisation des connaissances et compétences des professionnels de santé,
- évaluation et amélioration de leurs pratiques,
- gestion des risques.

Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins.

Pour satisfaire à son obligation de DPC, le professionnel de santé doit, au choix, se conformer au parcours pluriannuel de DPC défini par le collège national professionnel de sa spécialité ou justifier au cours d'une période de trois ans de son engagement dans une démarche d'accréditation ou dans une démarche de DPC comportant au moins deux des trois types d'actions suivantes :

- des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques : audit clinique, accréditation des laboratoires de biologie médicale, bilan de compétences, certification des coordinations hospitalières de prélèvements d'organes et/ou de tissus, exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé), staffs d'une équipe médico-soignante d'analyse des pratiques, patient traceur, programme d'éducation thérapeutique.
- des actions de gestion des risques : accréditation des médecins et des équipes médicales, analyse de la gestion des risques en équipe, revue de mortalité et de morbidité.
- des actions de formation : formation à distance (e-learning, supports écrits et numériques), formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire ...), formations diplômantes ou certifiantes, formation professionnelle tout au long de la vie des professionnels de santé paramédicaux, maîtrise de stage, revue bibliographique et analyse d'articles, session de simulation en santé.

Des fiches techniques élaborées par la HAS définissent chacune de ces actions et décrivent les modalités de participation des professionnels pour chacune d'entre elles (91). La partie suivante détaille plus précisément les modalités des actions de formation.

2) Le Développement Professionnel Continu (DPC) : actions de formation

La HAS a mis en œuvre l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consistant à analyser l'activité clinique réalisée par rapport à des recommandations professionnelles actualisées. La formation continue était organisée et mise en œuvre par divers organismes selon la profession de l'acteur de santé. Depuis 2009, l'évaluation des pratiques professionnelles et la formation continue (FC) sont intégrées au dispositif de DPC.

- [Devenir un organisme de formation DPC](#)

Les organismes souhaitant déposer un programme de formation dans le cadre du DPC doivent au préalable être enregistrés auprès de l'Agence Nationale du DPC, en s'inscrivant sur le site ogdpc.fr. En effet, l'ANDPC est chargée d'assurer l'évaluation des organismes qui présentent des actions et des programmes.

Une fois inscrit, un dossier de demande d'enregistrement en tant qu'organisme DPC est à remplir en ligne. Les informations demandées dans ce dossier sont les suivantes :

- Informations administratives : nom de la structure/organisme, statut juridique, numéro SIREN, adresse postale et contacts (téléphone, fax, e-mail),
- Prestations proposées/public concerné : type de formation proposée par l'organisme dans le cadre du DPC (formation continue, présentielle, e-learning,...) et le public ciblé pour la formation (liste détaillée des professionnels de santé ciblés),
- Contenu scientifique de la formation et modalités d'évaluation de la formation,
- Concepteur du contenu de la formation et des éventuels sous-traitant : nom, fonction, qualification, structure de rattachement des professionnels en charge de la conception de la formation et de son animation,
- Ressources financières.

En effet, pour démontrer son aptitude à réaliser des actions de développement professionnel continu, l'organisme doit satisfaire aux critères suivants : validité du contenu scientifique de la formation, qualifications des concepteurs des actions et des intervenants, transparence des modalités de recours à des sous-traitants pour des activités pédagogiques, ressources financières et dispositions garantissant l'indépendance de l'organisme et de ses éventuels sous-traitants notamment à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé.

L'HAS a mis à disposition des organismes une fiche technique (92) afin de les aider dans la construction de leur formation. Cette fiche précise qu'une formation en présentielle entre professionnels de santé doit comporter un temps d'acquisition ou d'approfondissement de connaissances ou de compétences, un transfert des connaissances/compétences ainsi qu'un dispositif de suivi de l'acquisition des connaissances/compétences. Pour se faire, diverses méthodes pédagogiques peuvent être utilisées :

- des méthodes affirmatives : le formateur transmet son savoir aux participants. Les méthodes sont soit expositives (exemple : cours magistral, conférence), soit démonstratives, associant explication et démonstration (exemple : atelier où est expliquée et montrée l'utilisation d'un nouveau matériel ou dispositif) ;
- des méthodes interrogatives : le formateur se base sur les réponses du participant à un questionnement structuré pour lui faire découvrir et trouver, par induction ou déduction, les connaissances que l'on souhaite lui faire acquérir (exemple : session de questions-réponses avec un expert d'un thème) ;
- des méthodes actives (ou expérientielles) : le participant est confronté à la réalité de ses

pratiques et aux difficultés rencontrées afin qu'il recherche l'information nécessaire pour découvrir par lui-même les meilleures solutions à mettre en œuvre et à évaluer (exemple : analyse de cas cliniques ou de situations réelles, jeu de rôle).

Toutes ces méthodes peuvent utiliser des moyens/outils pédagogiques variés et adaptés aux participants et au contenu de la formation (cours, atelier, diaporama, vote électronique, etc.).

L'activité de formation doit être complétée par un temps d'analyse des pratiques qui peut être intégré à la formation (par exemple au moment de l'identification des besoins de formation ou lors de l'évaluation de l'impact de la formation), soit externalisé, à distance de la formation.

Enfin, la HAS recommande également que l'évaluation de la formation porte sur plusieurs niveaux : la satisfaction des participants, apprentissage des participants en termes de connaissances/compétences acquises, changements comportementaux induits par la formation, impact de la formation sur les pratiques du professionnel. Cette évaluation peut être réalisée par questionnaire, audit, entretiens.

Une fois le dossier de demande d'enregistrement en tant qu'organisme de formation DPC rempli, l'ANDPC dispose d'un délai de deux mois pour déclarer la demande conforme ou non-conforme à partir de la date de dépôt du dossier. Toute décision de refus d'enregistrement doit être motivée et mentionner les délais et voies de recours (93).

Concomitamment à la notification de son enregistrement, l'organisme est inscrit sur une liste publiée sur le site internet de l'ANDPC, accessible par l'ensemble des professionnels de santé, et peut dès lors assurer la mise en place de sessions de formation pour lesquelles les professionnels de santé participants percevront une indemnisation. L'ANDPC contribue également à l'indemnisation des organismes proposant les programmes de formation.

L'ANDPC est financée par les apports de ses membres (dans les conditions prévues par la convention constitutive), par la contribution annuelle de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ainsi que des contributions volontaires d'organismes publics ou privés. Les employeurs publics et privés concourent également au financement des actions de DPC de leurs salariés professionnels de santé. Les fonds d'assurance formation des professions non salariées auxquels sont affiliés les professionnels de santé en exercice libéral peuvent également participer au financement de ces actions.

- [En pratique, pour les professionnels](#)

L'ANDPC concourt au financement des actions DPC pour les professionnels de santé libéraux conventionnés et les professionnels de santé institutionnels et salariés des centres de santé et établissements de santé et médico-sociaux. Le budget alloué à ces professionnels de santé par l'ANDPC est défini, pour 3 ans, par la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) réalisée entre l'État et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

Depuis janvier 2017, les professionnels de santé disposent d'un forfait annuel de 21h

de formation en présentielle et de 10h en non-présentielle, indemnisé à hauteur de 45 euros par heure. Ce forfait annuel peut être utilisé sur plusieurs actions jusqu'à épuisement.

Pour bénéficier de ce forfait annuel de formation, les professionnels de santé doivent dans un premier temps créer un compte personnel sur le site mondpc.fr en saisissant leurs coordonnées professionnelles, fonction et numéro RPPS et/ou ADELI. Une fois sur leur compte personnel, les professionnels ont la possibilité de rechercher une action ou une formation proposée par l'ensemble des organismes enregistrés en tant qu'organisme DPC. Ils ont alors la possibilité de s'inscrire sur la session de formation de leur souhait par simple clic. Une fois l'action ou formation réalisée, l'organisme DPC atteste de la participation des professionnels de santé.

3) Focus sur la formation spécifique sur le thème du surpoids et de l'obésité pédiatriques proposée en Aquitaine

L'Association pour la Prise en charge et la prévention de l'Obésité en Pédiatrie (APOP) est une association loi 1901 créée le 12 décembre 2001 dont les adhérents sont des professionnels de santé ou de l'éducation de toute la France impliqués dans la prévention et/ou la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, dont l'ensemble des RéPPOP. Elle a pour objectif de promouvoir la prise en charge de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent et en particulier de promouvoir la formation et l'information sur l'obésité, développer et mettre en commun des pratiques et des outils pour améliorer la prise en charge de l'enfant obèse.

Dans ce cadre et en tant qu'organisme de formation professionnelle, l'APOP a élaboré en 2015 un programme DPC sur le thème de l'obésité pédiatrique intitulé «Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent : prévenir, repérer, accompagner». Pour la mise en œuvre de cette formation, l'APOP s'appuie sur les RéPPOP, dont le RéPPOP Aquitaine, engagés par convention à mettre en place un plan de formation pour leurs formateurs.

La formation réalisée par le RéPPOP Aquitaine a lieu sur une journée et est animée par l'équipe de coordination du RéPPOP Aquitaine. Il s'agit d'une formation gratuite, ouverte aux médecins et aux autres professionnels paramédicaux : psychologues, diététiciens, infirmières, kinésithérapeutes et enseignants en Activité Physique Adaptée.

Elle a pour objectif d'une part de rappeler les déterminants de l'obésité et les recommandations de dépistage et de prise en charge du jeune patient en surpoids ou obèse, d'autre part, de présenter aux participants le parcours de soins du patient en Aquitaine et les principes de fonctionnement du RéPPOP Aquitaine. Son contenu est détaillé en Annexe 3.

PRESENTATION DE L'ETUDE

1. Objectifs de l'étude

L'objectif de cette thèse était double :

- Objectif 1 : suite à l'enquête réalisée par Léa Vimeux concernant les pratiques et attentes des médecins libéraux de Poitou-Charentes dans le diagnostic et la prise en charge de l'obésité infantile, il s'agissait d'étudier les déterminants de la motivation des médecins libéraux (généralistes et pédiatres) ayant précisé souhaiter participer à une journée de formation sur l'obésité pédiatrique et être intéressé pour se mobiliser dans la structuration de la prise en charge de l'obésité de l'enfant en Poitou-Charentes.
- Objectif 2 : dans le cadre du projet en cours de réalisation sur l'harmonisation du parcours de soins du jeune patient en surpoids et obèse en Nouvelle Aquitaine, l'objectif de ce travail était de faciliter la mise en relation des médecins et autres professionnels d'un même secteur grâce à l'organisation des formations spécifiques à l'obésité pédiatrique, en lien avec l'équipe du RéPPOP Aquitaine et le dispositif DPC.

2. Matériel et Méthodes

1) Constitution de l'échantillon

L'échantillon concerné par mon étude était composé des médecins généralistes et pédiatres libéraux de Poitou-Charentes ayant répondu à l'enquête de Léa Vimeux et ayant manifesté leur souhait de participer à une journée de formation spécifique au surpoids et à l'obésité pédiatriques.

2) Mode de recueil des données

Les caractéristiques socio-démographiques et d'exercice des médecins (âge, sexe, spécialité et durée d'installation, milieu d'exercice), la proportion d'enfants dans leur patientèle, les pratiques en terme de dépistage et de prise en charge du surpoids et obésité pédiatriques (outils utilisés, correspondants ressources disponibles), leur satisfaction vis-à-vis de leur prise en charge, les difficultés rencontrées, leurs attentes, leurs avis sur les freins et moteurs d'une prise en charge de qualité sur leur territoire et leur souhait de participer à une formation spécifique à l'obésité pédiatrique ont été extraits des questionnaires de la thèse de Léa Vimeux (Annexe 4).

Lors de l'enquête de Léa Vimeux, les professionnels qui étaient intéressés pour participer à une formation sur l'obésité pédiatrique avaient la possibilité de remplir un coupon-réponse spécifique, présent à la fin du questionnaire de Léa Vimeux. Ce coupon-réponse est disponible en annexe 5.

Ces données ont été complétées par d'autres informations recueillies grâce à un entretien téléphonique (Annexe 6) réalisé directement auprès de tous les médecins et pédiatres ciblés par mon étude. Pour faciliter le déroulé de l'échange téléphonique, un guide d'entretien a été élaboré avec l'aide de l'équipe de coordination du RéPPOP

Aquitaine et du Dr Bouchand. Ce guide comportait peu de questions afin de limiter la durée de l'entretien. Les médecins étaient donc invités à donner plus de détails sur leur mode d'installation (durée d'installation, en cabinet ou maison de santé) mais surtout à répondre à des questions permettant d'évaluer ce qui les avait motivés à mentionner qu'ils souhaitaient participer à une formation sur l'obésité pédiatrique ; à savoir :

- Pour quelles raisons êtes-vous intéressé par cette formation?
- Est-ce que le fait que cette formation puisse être inscrite dans le cadre du DPC a facilité votre inscription? pourquoi ?
- Autres éléments à préciser ?
- Enfin, il était demandé aux médecins s'ils souhaitaient toujours participer à une formation.

Préalablement aux entretiens, des rencontres avec l'équipe de coordination avaient permis, d'une part de fixer les dates et lieux des formations sur le territoire de Poitou-Charentes (en lien avec les équipes hospitalières du CSO, des CH et SSR de Poitou-Charentes) et d'autre part, d'adapter le contenu de la formation au territoire, notamment sur la description du parcours de soins existant.

Lorsque les médecins étaient toujours intéressés pour participer à une formation, des dates et lieux de formation leur étaient proposés afin de les préinscrire. Lorsque les professionnels étaient disponibles et d'accord pour l'inscription, il leur était demandé s'ils souhaitaient utiliser une partie de leur forfait annuel de DPC pour cette formation. Si oui, je leur proposais, grâce à leur numéro RPPS récupéré sur l'annuaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins (et confirmé auprès d'eux) de les préinscrire sur la session de formation de leur choix afin de leur faciliter les démarches : ils n'avaient plus qu'à valider par simple clic leur inscription dès réception du mail de l'ANDPC. Pour les professionnels jamais inscrits auparavant sur le site du DPC, je leur indiquais dans un mail toute la démarche à suivre et les éléments dont ils auraient besoin (une adresse mail valide, un mot de passe, un RIB et leur numéro RPPS).

La liste et coordonnées des professionnels inscrits à une formation était ensuite transmise à l'équipe de coordination du RÉPPOP Aquitaine. En retour, l'équipe de coordination me transmettait après les formations, le nombre de médecins ayant réellement participé aux formations organisées en Poitou-Charentes, le pourcentage d'entre eux ayant utilisé leur forfait DPC ainsi que les résultats des fiches d'évaluation des formations remplis par les participants afin de recueillir leur satisfaction et leur ressenti vis-à-vis de la formation.

Les données des entretiens téléphoniques étaient recueillies dans un premier temps sur papier. Elles étaient ensuite saisies à la suite du tableur Excel comportant les données issues de la thèse de Léa Vimeux pour chaque médecin généraliste ou pédiatre contacté (ce fichier avait été fourni initialement par la coordination du RÉPPOP Aquitaine). Pour les médecins n'ayant pas renseigné leur numéro de téléphone, le guide d'entretien avait été transmis par e-mail. Les réponses reçues par mail ont également été rapportées sur le tableur Excel.

3) Déroutement des entretiens téléphoniques

Les entretiens téléphoniques se sont étalés de septembre 2016 à janvier 2017. Lorsque les médecins et pédiatres n'étaient pas disponibles lors du 1er contact, un message était laissé au secrétariat afin de demander aux médecins de me rappeler au moment le plus facile pour eux. Lorsqu'il n'y avait pas de retour dans les 15 jours, une relance était réalisée par téléphone. Des relances par mail ont également été réalisées sur demande des professionnels ou pour les médecins pour lesquels nous ne disposons pas de numéro.

4) Analyse des données

Dans un premier temps, afin d'évaluer les déterminants de la motivation des médecins libéraux pour la thématique de l'obésité pédiatrique, les caractéristiques socio-démographiques, modes d'exercice, et pratiques en termes de dépistage et prise en charge ont été comparées entre les médecins souhaitant participer à une formation sur l'obésité pédiatrique et ceux ne le souhaitant pas. Les résultats ont été comparés grâce aux tests de Student (comparaison de moyennes) et du Khi-deux (comparaison de fréquences). Une p-value <0,05 a été considérée comme statistiquement significative.

Dans un second temps, une analyse des données recueillies lors des entretiens téléphoniques auprès des médecins souhaitant participer à une formation sur l'obésité pédiatrique a été effectuée.

Enfin, les données transmises par le RéPPOP Aquitaine suite aux formations animées en Poitou-Charentes (à savoir : nombre de participants, nombre de DPC, satisfaction des participants) ont été analysées.

L'ensemble des analyses ont été réalisées grâce aux logiciels Excel et Epi Info.

3. [Résultats](#)

1) Échantillon d'étude

Sur les 255 médecins ayant répondu à l'enquête de Léa Vimeux, 66 médecins avaient précisé être intéressés pour participer à une formation sur le surpoids et l'obésité pédiatrique : ces 66 médecins constituaient l'échantillon d'étude de mon travail.

Sur ces 66 médecins recontactés par téléphone, 51 ont répondu au questionnaire complémentaire (guide d'entretien) faisant l'objet de ma thèse ; les 15 médecins n'ayant pas répondu à cette enquête complémentaire étaient non joignables ou n'ont pas répondu à mes sollicitations malgré plusieurs relances téléphoniques ou mail. Le schéma d'étude est disponible en Figure 11.

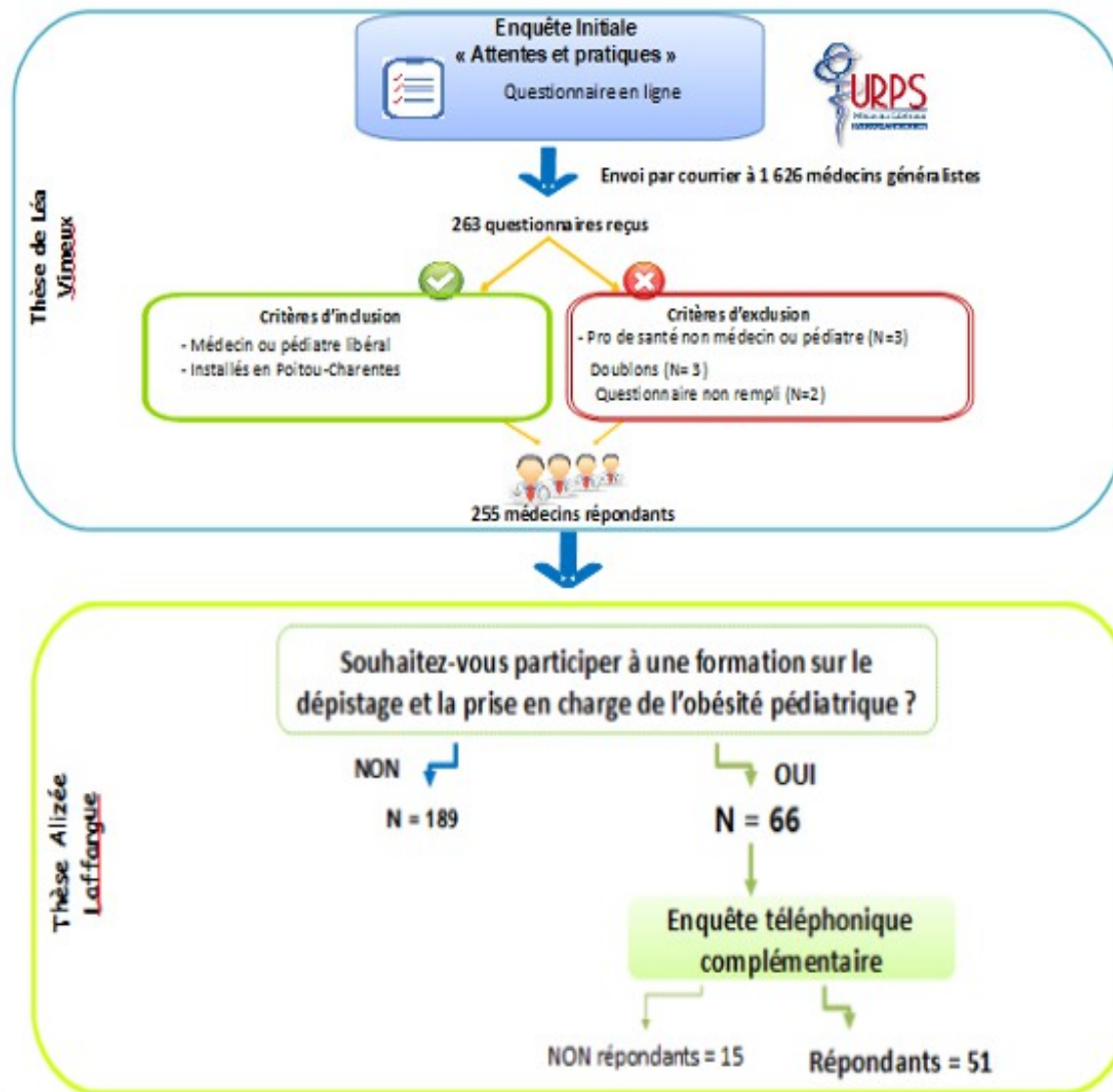


Figure 11 : Schéma d'étude

2) Description des caractéristiques, pratiques et attentes des médecins souhaitant participer à une formation sur le thème de l'obésité pédiatrique (N=66)

- Caractéristiques socio-démographiques

Sur les 66 médecins ayant mentionné souhaiter participer à une formation sur l'obésité pédiatrique lors de la thèse de Léa Vimeux, l'âge moyen était de 52,1 ans et l'échantillon était constitué de 57,6 % de femmes.

La comparaison des caractéristiques socio-démographiques de ces médecins à ceux des médecins n'ayant pas souhaiter participer à une formation (N=189), n'a montré aucune différence significative.

- [Type et lieux d'exercice](#)

En terme d'exercice, plus de 78% des médecins répondants avaient précisé ne pas avoir d'exercice particulier (78,4%). Ils exerçaient majoritairement en milieu rural (54,1%), et leur répartition géographique était la suivante (Figure 12) :

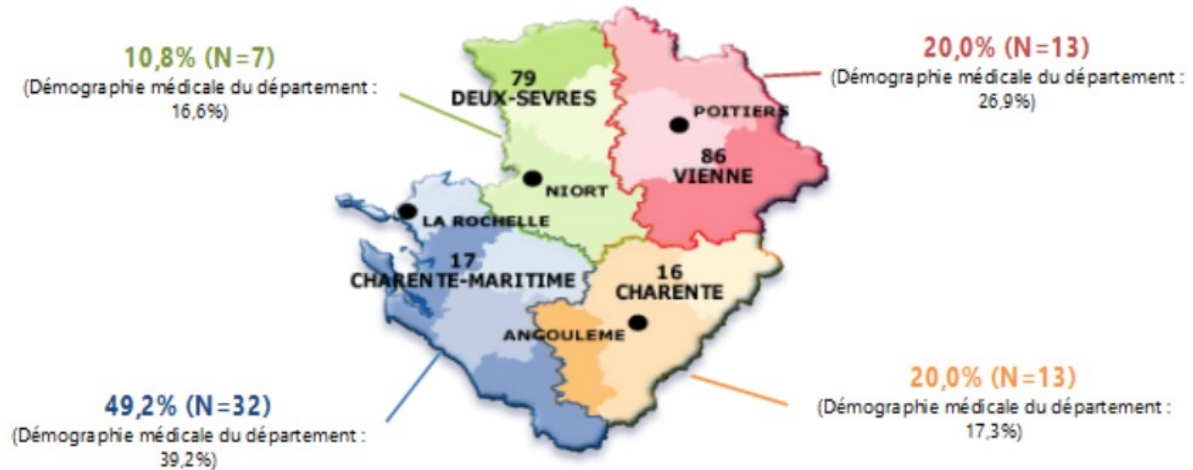


Figure 12 : Répartition géographique des lieux d'exercice des médecins souhaitant participer à une formation (N=66) comparée à la démographie médicale de chaque département (N=1896). Source : Observatoire régional de santé Poitou-Charentes.

La comparaison de la répartition géographique par département des médecins souhaitant participer à une formation à la démographie médicale n'a montré aucune différence significative.

La comparaison des types et modes d'exercice de ces médecins à ceux des médecins n'ayant pas souhaité participer à une formation (N=189) n'a montré aucune différence significative.

- [Formation antérieure sur l'obésité pédiatrique](#)

Sur les 66 médecins ayant précisé souhaiter participer à une formation, 80,3% ont déclaré ne pas avoir eu de formation récente sur l'obésité pédiatrique. La proportion de médecins ayant eu une formation antérieure sur l'obésité pédiatrique n'est pas significativement différente entre les médecins ayant souhaité participer à une formation et ceux ne l'ayant pas souhaité (p=0,93).

- [Pratiques en termes de dépistage du surpoids et de l'obésité pédiatriques](#)

Sur les 66 médecins ayant mentionné souhaiter participer à une formation sur l'obésité pédiatrique, 29,5 % disent calculer l'IMC des enfants systématiquement, quel que soit le motif de consultation. Ils sont 42,6 % à déclarer le faire régulièrement et 16,7 % parfois. Aucun des médecins n'a mentionné calculer rarement l'IMC. La comparaison de la fréquence de calcul de l'IMC par les médecins souhaitant se former à celle de ceux ne le souhaitant pas, ne montre pas de différence significative (Figure 13).

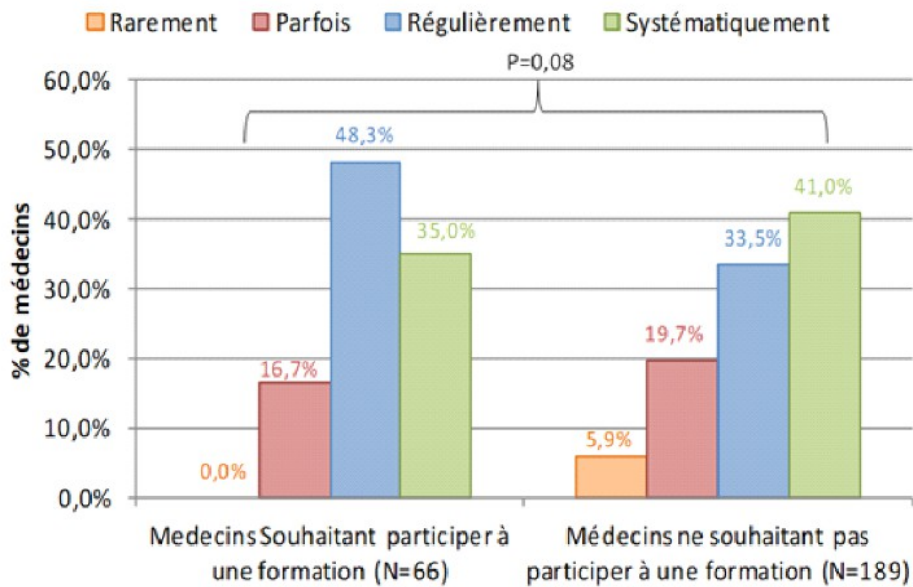


Figure 13 : Comparaison de la fréquence de calcul de l'IMC des enfants entre les médecins souhaitant participer à une formation (N=66) et ceux ne le souhaitant pas (N=189).

Concernant le tracé de la courbe d'IMC, les médecins intéressés pour participer à une formation sont 42,6% à le faire régulièrement, 29,5% systématiquement, 16,4% parfois et 11,5% rarement. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les médecins intéressés par la formation et ceux non intéressés (Figure 14).

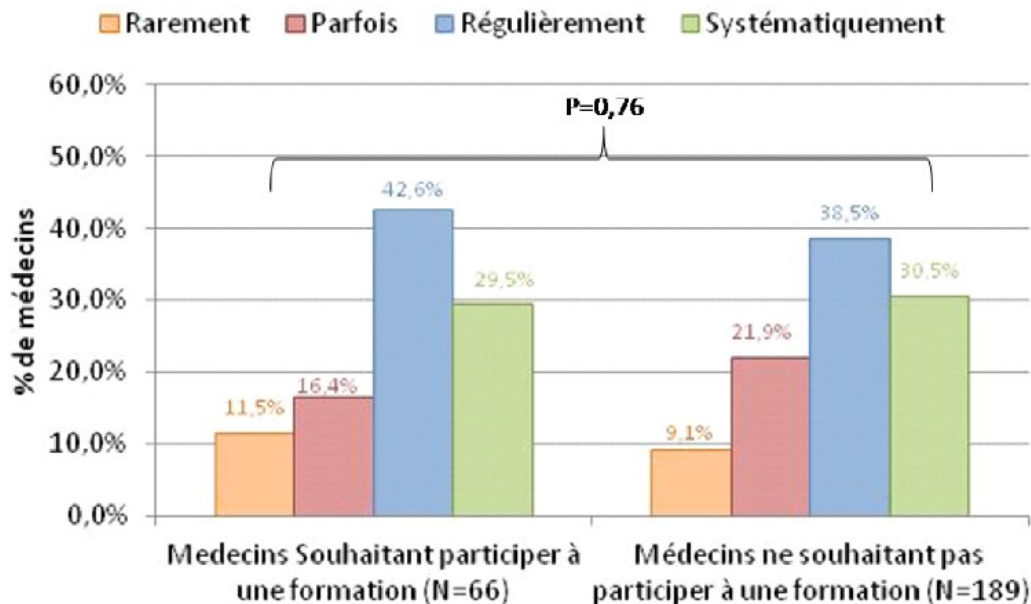


Figure 14 : Comparaison de la fréquence de tracé de la courbe d'IMC des enfants entre les médecins souhaitant participer à une formation (N=66) et ceux ne le souhaitant pas (N=189).

Ils sont également 39,0% à déclarer systématiquement rechercher un signe d'alerte de

risque de surpoids sur la courbe d'IMC (rebond d'adiposité précoce, ascension continue de la courbe ou changement rapide de couloir) ; 35,6% le font régulièrement, 16,9% parfois et 8,5% rarement. Là encore, aucune différence significative n'est retrouvée lors de la comparaison avec les médecins ne souhaitant pas participer à une formation sur l'obésité pédiatrique (Figure 15).

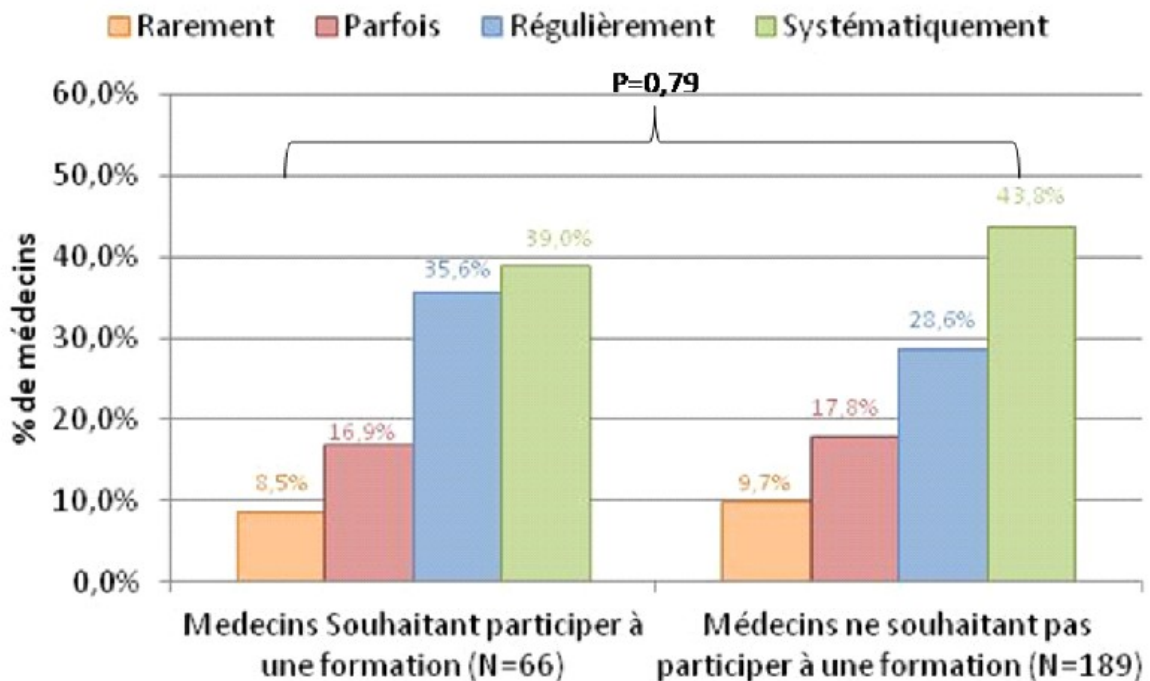


Figure 15 : Comparaison de la fréquence de recherche de signe d'alerte de surpoids sur la courbe d'IMC des enfants entre les médecins souhaitant participer à une formation (N=66) et ceux ne souhaitant pas (N=189).

- Pratiques en termes d'annonce diagnostique

Dans notre étude, 52,5 % des praticiens voulant participer à une formation disent éprouver rarement des difficultés lors de l'annonce diagnostique aux familles. Ils sont 26,2% à éprouver parfois des difficultés, 14,8% régulièrement et 6,6% systématiquement. Aucune différence significative n'est retrouvée par rapport aux médecins ne souhaitant pas participer à une formation (p=0,50).

- Pratiques en termes d'initiation de prise en charge

Dans le groupe des médecins souhaitant participer à une formation, 82,0% déclarent initier eux-mêmes la prise en charge des enfants et adolescents en surpoids et obèses. Ils sont 82,3% à déclarer la même chose chez les médecins non intéressés par une formation (p=0,89). Les médecins souhaitant participer à une formation sont également 65,6% à préciser que la demande de prise en charge émane des parents-familles alors qu'ils étaient significativement moins nombreux (49,5%) à le mentionner chez les médecins ne souhaitant pas participer à une formation (p=0,04). Enfin, l'enfant et la santé scolaire sont cités par 11,5% des médecins souhaitant participer à une formation, sans différence significative avec les médecins non intéressés par une formation (16,1%, p=0,32) (Figure 16).

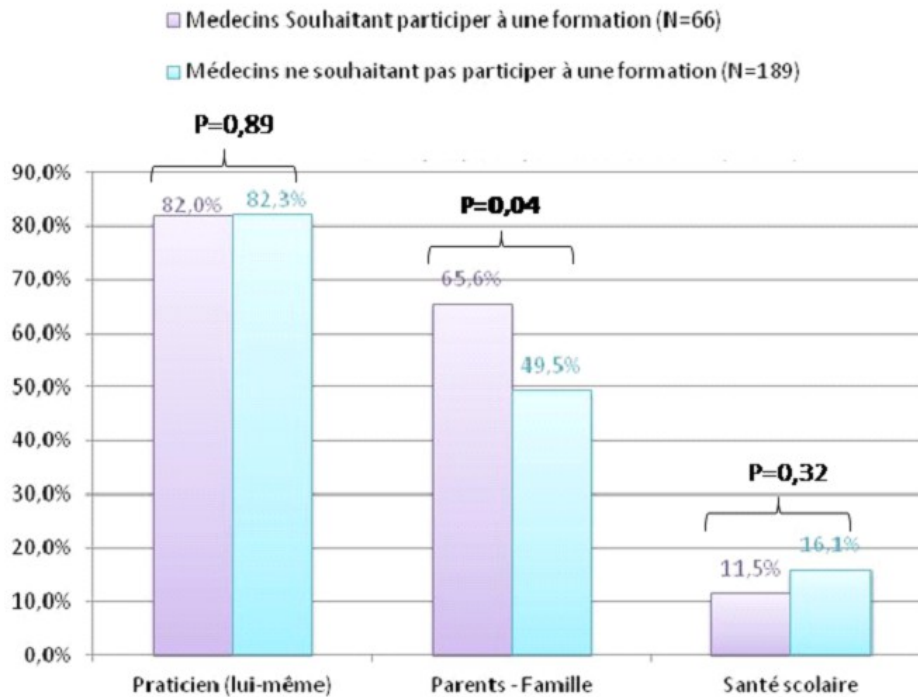


Figure 16 : Comparaison de la personne initiateur de la prise en charge entre les médecins souhaitant participer à une formation (N=66) et ceux ne le souhaitant pas (N=189).

- Pratiques en termes de prise en charge : professionnels ressources

Parmi les médecins souhaitant participer à une formation, 53 (80,3%) ont précisé les professionnels ressources vers lesquels ils orientent leurs jeunes patients en surpoids ou obèses pour compléter leur prise en charge. Ces professionnels sont détaillés dans le graphique suivant (Figure 17).

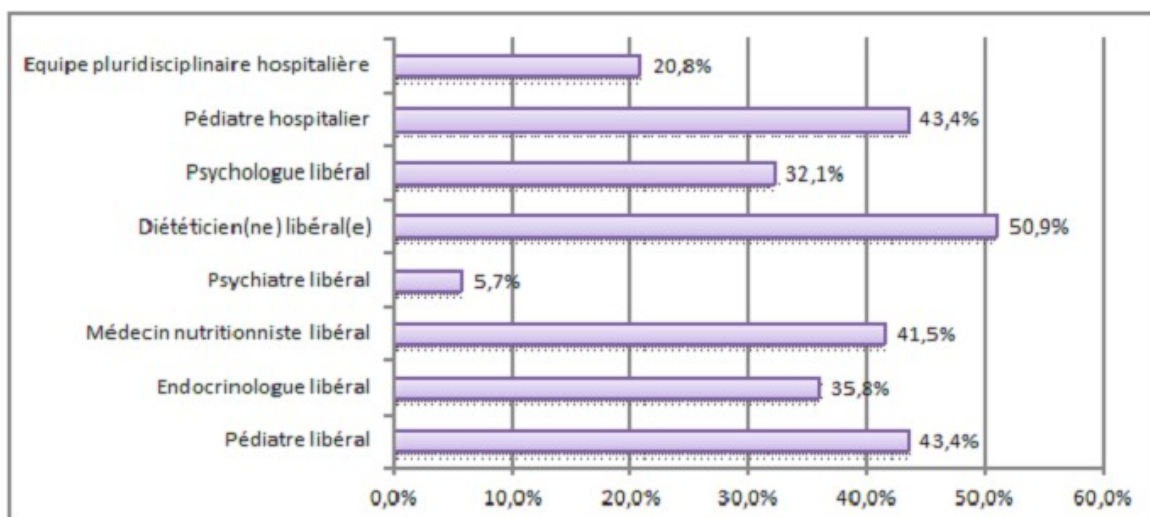


Figure 17 : Professionnels ressources vers lesquels les médecins souhaitant participer à une formation orientent leurs jeunes patients en surpoids ou obèses (N=53).

En outre, 9,4 % des médecins déclarent utiliser d'autres ressources telles que les infirmières ASALEE et les consultations spécialisées d'un SSR (Les Terrasses ou Saint Trojan). Les kinésithérapeutes libéraux et les autres SSR de Poitou-Charentes ne sont pas cités par les médecins comme des ressources utilisées.

La comparaison des professionnels ressources utilisés par les médecins intéressés par une formation et ceux non-intéressés n'a montré aucune différence statistiquement significative.

Les médecins souhaitant participer à une formation ont également précisé les professionnels ressources facilement disponibles sur leur territoire : 52,3% citent les diététicien(ne)s libéraux(les), 43,2% les pédiatres libéraux et 34,1% les médecins nutritionnistes et psychologues libéraux. La seule différence significative trouvée avec les médecins ne souhaitant pas bénéficier de la formation concerne la disponibilité des kinésithérapeutes libéraux : ils sont significativement moins nombreux à trouver que les kinésithérapeutes libéraux sont facilement disponibles (5,0%) par rapport aux médecins voulant participer à une formation (15,9%) ($p=0,04$).

De même, les médecins étaient interrogés sur les professionnels ressources difficilement disponibles sur leur territoire. Les médecins souhaitant participer à une formation sont 55,0% à citer les psychiatres et endocrinologues libéraux, 52,5% les pédiatres hospitaliers et 40,0% les équipes pluridisciplinaires hospitalières. Les différences statistiquement significatives retrouvées entre les médecins intéressés par une formation et ceux non-intéressés concernent les diététicien(ne)s et endocrinologues libéraux(les) : les professionnels souhaitant une formation sont significativement plus nombreux à les estimer difficilement accessibles (respectivement 37,5% et 55,0%) que les professionnels ne souhaitant pas de formation (15,6% et 36,1%) ($p = 0,006$ et $p=0,05$).

Enfin, les médecins étaient interrogés sur les professionnels ressources qu'ils souhaiteraient sur leur territoire. Les professionnels ressources souhaités par les médecins intéressés par une formation sont détaillés dans la Figure 18.

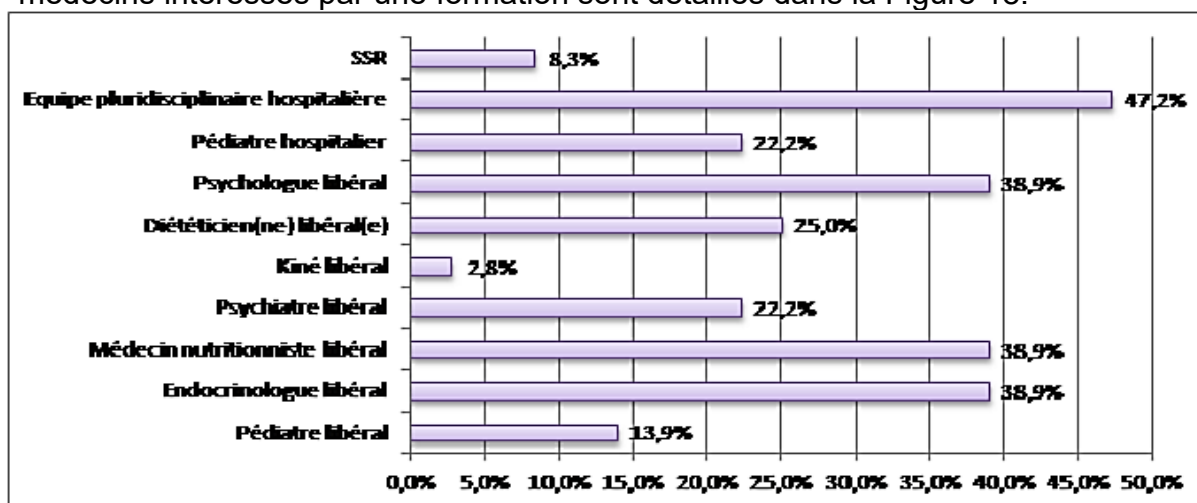


Figure 18 : Professionnels ressources souhaités sur le territoire - Professionnels ressources vers lesquels les médecins souhaitant participer à une formation souhaiteraient orienter leurs jeunes patients en surpoids ou obèses (N=36).

La comparaison avec les professionnels souhaités par les médecins non intéressés par une formation montre que les équipes pluridisciplinaires hospitalières sont les ressources les plus souhaitées (41,7%). La seule différence significative concerne les endocrinologues libéraux : les médecins souhaitant participer à une formation sont significativement plus nombreux (38,9%) à souhaiter disposer d'endocrinologues sur leur territoire que les médecins non intéressés par la formation (19,8%) ($p=0,04$) ; résultats concordants avec les résultats précédents puisque les médecins souhaitant une formation étaient significativement plus nombreux à déclarer les endocrinologues comme une ressource difficilement disponible sur leur territoire.

- Satisfaction vis à vis de leur prise en charge

De manière générale, les médecins souhaitant participer à une formation sur l'obésité pédiatrique sont moyennement satisfaits de la prise en charge proposée à leurs jeunes patients en surpoids ou obèses : ils sont 36,1 % à mentionner la note de 3/6 (sur une échelle de 0 : jamais à 6 : toujours) et 32,8% à attribuer la note de 2/6. Leur satisfaction n'est pas significativement différente de celle des médecins n'ayant pas souhaité participer à une formation ($p=0,58$).

De même, la majorité des médecins souhaitant participer à une formation pense que leurs recommandations de prise en charge en termes de diététique et d'activité physique sont moyennement prises en compte par leurs patients : ils sont 63,9% à attribuer la note de 2 ou 3 sur 6 (sur une échelle de 0 : jamais à 6 : toujours). Aucune différence significative n'a été retrouvée par rapport aux médecins n'ayant pas souhaité participer à une formation (respectivement, $p=0,76$ pour les recommandations diététiques et $p=0,94$ pour les recommandations en termes d'activité physique).

- Éléments qui faciliteraient leur prise en charge

Lorsque l'on interroge les médecins souhaitant participer à une formation sur les éléments qui, selon eux, les aideraient dans la prise en charge des enfants et adolescents en surpoids ou obèses, 72,1% citent une prise en charge financière des consultations diététiques et 63,9% une prise en charge financière des consultations psychologiques. Ils sont également 57,4% à mentionner la mise à disposition de documents à remettre aux patients et l'existence d'un réseau de prise en charge pluridisciplinaire sur leur territoire, ainsi que 52,5% à mentionner un accès facilité à des correspondants ressources. Enfin, 47,5% citent un complément de formation sur le thème de l'obésité et 45,9% une rémunération adaptée à la longueur de la consultation pour les médecins. Seulement 3,3% n'ont évoqué aucun besoin particulier.

La comparaison des éléments cités comme facilitant la prise en charge entre les médecins souhaitant participer à une formation et ceux ne le souhaitant pas montre, logiquement, que les médecins souhaitant une formation sont significativement plus nombreux à penser qu'un complément de formation sur le thème de l'obésité pourrait les aider (47,5% contre 21,9% chez les médecins non intéressés par la formation, $p=0,0002$).

De plus, les médecins intéressés par une formation sont significativement plus nombreux que les médecins non intéressés par une formation à citer l'accès facilité à

des personnes ressources comme un élément pouvant faciliter leur prise en charge (52,5% contre 35,8%, $p=0,03$). Ces résultats sont présentés dans la figure 19.

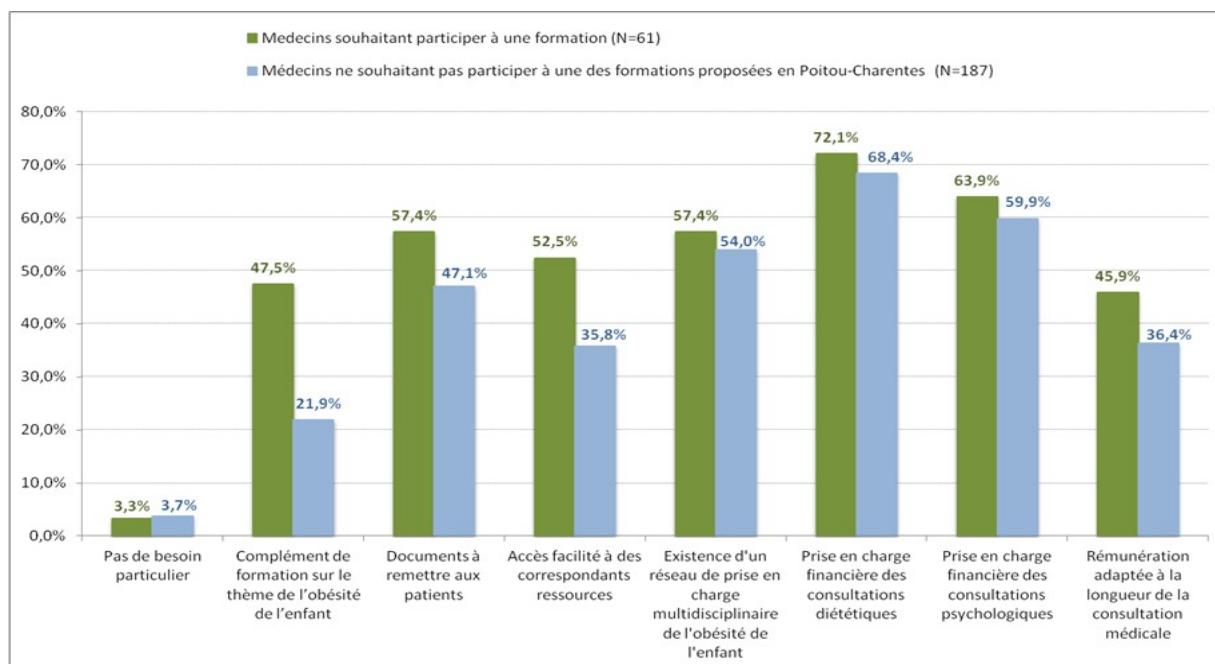


Figure 19 : Comparaison des éléments pouvant faciliter la prise en charge des enfants en surpoids ou obèses selon les médecins souhaitant participer à une formation (N=61) et ceux ne le souhaitant pas (N=187).

- [Motivation pour adhérer à un réseau de prise en charge pluridisciplinaire](#)

Plus de 72% des médecins ayant précisé vouloir participer à une formation sur le thème de l'obésité ont précisé souhaiter faire partie d'un réseau de prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité pédiatrique (72,2%). Les médecins ne souhaitant pas participer à une formation sont significativement moins nombreux à vouloir adhérer à un réseau de ce type (41,9%) ($p=0,0002$).

3) Résultats des entretiens téléphoniques : compléments d'information sur les déterminants ayant motivé les médecins à participer à une journée de formation sur le thème de l'obésité pédiatrique (N=51)

- [Nombre et caractéristiques des médecins ayant répondu à l'enquête complémentaire par entretiens téléphoniques](#)

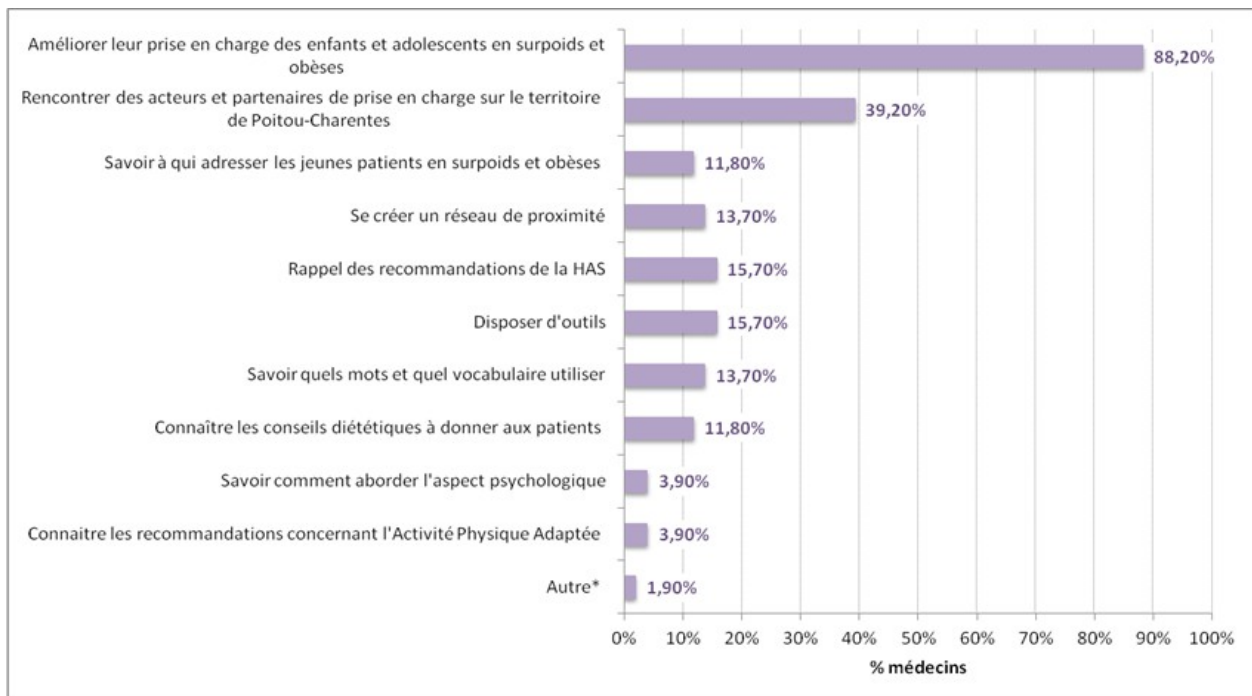
Sur les 66 médecins ayant souhaité participer à une journée de formation sur le thème de l'obésité pédiatrique contactés par téléphone pour répondre à mon enquête complémentaire, 51 ont répondu : 44 directement lors de l'entretien téléphonique et 7 avaient retourné le guide d'entretien rempli par mail. Des relances ont été effectuées afin d'optimiser le nombre de répondants ; en moyenne, le nombre d'appels avant d'obtenir une réponse au questionnaire était de 3,1.

Sur les 51 médecins répondants, l'âge moyen était de 52,0 ans et 56,9% étaient des femmes. Ils étaient installés en moyenne depuis 19,1 ans, 72 % en cabinet de groupe, 24% exercent seuls et 4% en maison de santé pluridisciplinaire.

54,1% étaient installés en milieu rural, 77,4% n'avaient pas d'exercice particulier (spécialité) et 83,3% n'avaient reçu aucune formation complémentaire sur l'obésité pédiatrique antérieurement. La comparaison des principales caractéristiques des médecins répondants à mon enquête (N=51) et des non répondants (N=15), n'a montré aucune différence significative en termes d'âge, de sexe, de lieux d'installation et de type d'exercice (spécialité ou non).

- [Pour quelles raisons souhaitent-ils participer à une formation sur le thème de l'obésité pédiatrique ?](#)

Lors des entretiens téléphoniques, les raisons et motivations pour participer à une formation sur le thème de l'obésité pédiatrique ont été discutées avec les médecins. Les principales raisons mentionnées lors des discussions sont détaillées dans la figure 20. Principalement, leur souhait de participer à une formation sur le thème de l'obésité pédiatrique était justifié par l'envie d'améliorer leur prise en charge des enfants et adolescents en surpoids et obèses (88,2%) et de rencontrer des acteurs et partenaires de prise en charge sur le territoire de Poitou-Charentes (39,2%).



* avis d'un sociologue, conseil en éducation thérapeutique

Figure 20 : Raisons évoquées par les médecins lors des entretiens téléphoniques justifiant leur souhait de participer à une formation sur le thème de l'obésité pédiatrique (N=51).

- [Le Développement Professionnel Continu \(DPC\) : élément motivateur ?](#)

Sur les 51 médecins interrogés, 43,1% ont précisé réaliser une formation DPC ou une FMC 1 fois par an et 41,2 % plusieurs fois par an. Ils sont 3,9% à en réaliser tous les 2 ans et 5,9% tous les 3 ans.

Ils sont également 58,8% des médecins à avoir exprimé le fait que la formation sur le

surpoids et l'obésité pédiatrique soit inscrite dans le DPC avait favorisé leur inscription ; tous (100%) souhaitaient d'ailleurs inscrire la formation à venir dans le cadre du DPC.

J'ai pu faciliter les démarches pour 34 d'entre eux en les pré-inscrivant sur le site de l'ANDPC.

4) Formations sur le thème de l'obésité pédiatrique organisées en Poitou-Charentes

- Dates et lieux

Dans le cadre de la réflexion initiée sur la structuration et l'harmonisation de la prise en charge en Nouvelle Aquitaine avec le CSO de Poitou-Charentes, 4 formations sur le dépistage et la prise en charge de l'obésité pédiatrique ont été organisées, en lien avec le RéPPOP Aquitaine, le CSO du CHU de Bordeaux et le comité de pilotage du projet de structuration régionale coordonné par Dr Carlier, les CH et SSR du territoires :

- Niort, au SSR les Terrasses le 24 novembre 2016,
- St Trojan, au centre Helio-marin le 9 février 2017,
- Poitiers, au CHU de Poitiers le 30 mars 2017,
- Angoulême, au CH d'Angoulême le 16 juin 2017.

- Contenu

Le programme de ces formations était basé sur le contenu habituel de la formation du RéPPOP Aquitaine adapté aux territoires concernés (Annexe 3). En lien avec l'équipe du RéPPOP Aquitaine, du CSO du CHU de Bordeaux et les CH et CSO existants de Poitou-Charentes, le contenu de chaque formation a en effet été adapté aux besoins et contexte du territoire, notamment sur les ressources hospitalières sollicitables pour les obésités complexes.

Un temps d'échanges entre les participants et les animateurs était prévu en fin de journée afin de compléter la réflexion sur l'articulation de la prise en charge entre les différents acteurs de Poitou-Charentes et d'Aquitaine.

Pour exemple, le programme de la formation de Niort est détaillé en Annexe 7.

- Animateurs

Les formations étaient animées par le Dr Hélène Thibault du RéPPOP et CHU de Bordeaux, accompagnée d'un membre de l'équipe de coordination du RéPPOP Aquitaine ainsi que des médecins et personnels paramédicaux des CH, SSR et CSO de Poitou-Charentes impliqués dans la réflexion. Le détail des équipes d'animation est mentionné dans le tableau 3 :

Tableau 3 : Professionnels ayant animé les formations.

FORMATIONS	Professionnels animant la formation
Niort (24/11/2016)	Pédiatre (RéPPOP Aquitaine/CSO du CHU de Bordeaux) + coordinatrice parcours de soins RéPPOP Aquitaine + Pédiatres, diététicien, psychologue et enseignant

	APA du CH de Niort
St Trojan (09/02/2017)	Pédiatre (RéPPOP Aquitaine/CSO du CHU de Bordeaux) + Prof'APA + Pédiatre, diététicien, psychologue (SSR St Trojan)
Poitiers (30/03/2017)	Pédiatre (RéPPOP Aquitaine/CSO du CHU de Bordeaux) + Prof'APA + Pédiatres, médecins, diététicien, psychologue (CHU Poitiers)
Angoulême (16/06/2017)	Pédiatre (RéPPOP Aquitaine/CSO du CHU de Bordeaux) + Prof'APA + Pédiatres, médecins, diététicien, psychologue (CH Angoulême et REPPCO) +Médecin libéral
Bordeaux	Pédiatre (RéPPOP Aquitaine/CSO du CHU de Bordeaux) + équipe de coordination du RéPPOP Aquitaine

- [Nombre de professionnels formés \(dont DPC\)](#)

Le tableau 4 présente le nombre de médecins et le tableau 5 présente le nombre de professionnels de santé paramédicaux ayant participé aux 4 formations organisées en Poitou-Charentes. A noter que des professionnels de Poitou-Charentes ont également participé à une journée de formation organisée sur Bordeaux.

Lieu	Médecins généralistes	Médecins scolaires	Pédiatres	Total médecins
Niort 24/11/2016	3	3	4	10
Saint Trojan 09/02/2017	8	7	-	15
Poitiers 30/03/2017	11	9	2	22
Angoulême 16/06/2017	8	-	2	10
Autre formation à Bordeaux	2	-	1	3
	32	19	9	60

Tableau 4 : Nombre de médecins de Poitou-Charentes ayant bénéficié d'une formation sur le thème de l'obésité pédiatrique.

Lieu	Infirmières	Infirmières scolaires	Diététiciens	Psychologues	APA	Autres	Total professionnels
Niort 24/11/2016	1	2	8	2	3	1	17
Saint Trojan 09/02/2017	5	-	13	1	1	-	20
Poitiers 30/03/2017	5	2	8	1	1	-	17
Angoulême 16/06/2017	6	2	11	1	2	2	24
Autre formation à Bordeaux	1	-	4	2	1	-	8
	18	6	44	7	8	3	86

Tableau 5 : Nombre et fonction des professionnels de santé paramédicaux de Poitou-Charentes ayant bénéficié d'une formation sur le thème de l'Obésité pédiatrique.

*Autres : Assistance de coordination Reppco, Technicienne prévention CPAM

Ainsi au total, 146 professionnels de santé du Poitou-Charentes ont bénéficié d'une formation spécifique sur le thème du surpoids et de l'obésité pédiatrique, dont :

- 32 médecins généralistes
- 19 médecins de l'Éducation Nationale,
- 9 pédiatres,
- 18 infirmières,
- 6 infirmière scolaires,
- 44 diététicien(ne)s,
- 7 psychologues,
- 8 éducateurs APA.

Sur ces 146 professionnels formés, 93 étaient des professionnels libéraux et 53 des institutionnels/hospitaliers : le détail est disponible en Annexe 8.

Parmi les 146 professionnels formés, on comptait 60 médecins, dont 51 contactés par téléphone. Sur ces 51 médecins, certains avaient déjà utilisé leur forfait DPC pour d'autres formations mais j'ai cependant pu faciliter les démarches d'inscription au DPC pour 34 d'entre eux.

La Figure 21 détaille la localisation des 60 médecins et pédiatres ayant bénéficié d'une formation.



Figure 21 : Localisation des 60 médecins et pédiatres de Poitou-Charentes ayant bénéficié d'une formation sur le thème de l'obésité pédiatrique.

La carte ci-dessous (Figure 22) détaille la localisation de l'ensemble des professionnels paramédicaux formés.



Figure 22 : Localisation des professionnels de santé paramédicaux de Poitou-Charentes ayant bénéficié d'une formation sur le thème de l'obésité pédiatrique.

- [Principaux résultats des évaluations de la formation par les participants](#)

L'analyse des fiches d'évaluation remplies par les participants en fin de formation a mis en évidence que :

- les participants attribuent la note moyenne de 4,2/5 aux interventions proposées au cours de la journée.
- L'approche pédagogique utilisée est appréciée ("interaction pluridisciplinaire", "bonne organisation", "approche riche et intéressante", "approche globale pertinente") malgré un contenu jugé parfois un peu dense.
- 77,5% des participants disent être totalement satisfaits de la formation, qui a répondu à leurs attentes.

4. [Discussion](#)

1) Discussion de l'échantillon de répondants et de sa représentativité

Sur les 255 médecins et pédiatres libéraux de Poitou-Charentes ayant répondu à l'enquête régionale menée par Léa Vimeux, 66 médecins avaient précisé être intéressés pour participer à une formation sur le surpoids et l'obésité pédiatriques : ces 66 médecins constituaient l'échantillon d'étude de mon travail. Sur ces 66 médecins recontactés par téléphone, 51 ont répondu au questionnaire complémentaire faisant l'objet de ma thèse, permettant d'évaluer les déterminants de la motivation des médecins et pédiatres libéraux à participer à une formation sur le surpoids et l'obésité pédiatriques et ont participé à une formation.

Le nombre restreint de médecins inclus dans ce travail limite quelque peu la puissance de l'étude et la généralisation des résultats concernant les éléments favorisant la participation de ces professionnels de santé à une formation sur le surpoids et l'obésité pédiatriques à l'ensemble des médecins et pédiatres libéraux de Poitou-Charentes. De plus, les médecins ayant spécifié vouloir participer à une formation sur cette thématique ou ceux ayant pris le temps de répondre à mon enquête complémentaire peuvent être des professionnels plus sensibilisés ou plus souvent confrontés à une patientèle d'enfants en surpoids ou obèses, posant alors la question de la représentativité de notre échantillon.

Cependant, la comparaison des principales caractéristiques socio-démographiques et des lieux d'exercice des professionnels intéressés par une formation à celles des médecins non intéressés n'a montré aucune différence significative ; de même que la comparaison des principales caractéristiques des médecins répondants à mon enquête complémentaire à ceux non répondants. Les 66 médecins souhaitant participer à une formation, comme les 51 ayant répondu à mon enquête, peuvent donc être considérés comme représentatifs des 255 médecins répondants à l'enquête de Léa Vimeux, eux-mêmes représentatifs de médecins exerçant en Poitou-Charentes.

2) Discussion de la méthode utilisée

L'enquête complémentaire permettant d'évaluer les déterminants de la motivation des médecins et pédiatres libéraux à participer à une formation sur le surpoids et l'obésité pédiatriques a été menée grâce à des entretiens téléphoniques. Pour ce faire, un guide d'entretien a été réalisé. Ce guide comportait 8 questions, afin de

faciliter les réponses et de limiter le temps d'entretien avec les médecins dont les disponibilités sont limitées. En effet, les médecins étaient contactés sur leur lieu de travail, limitant ainsi leur temps disponible pour répondre à l'enquête et pouvant conduire à des réponses peu développées voire imprécises. Afin de faciliter le nombre de répondants et d'optimiser la qualité des réponses, il était proposé aux médecins de me rappeler au moment qui leur convenait le plus, et d'augmenter ainsi le nombre de créneaux horaires en dehors de leur temps de consultation.

La levée de l'anonymat liée à la méthodologie choisie d'entretiens téléphoniques a pu limiter les professionnels dans leurs réponses. Néanmoins, la plupart du temps les médecins répondants se sont exprimés librement lors des entretiens et ont, pour la plupart, apprécié les échanges. En effet, ces échanges ont abouti à des discussions enrichissantes sur notre pratique en médecine libérale et sur la complexité des prises en charge au quotidien. Ce partage a également permis de confirmer la nécessité et le désir des médecins libéraux de travailler en réseau de soins pluridisciplinaire pour des pathologies complexes, telle que l'obésité pédiatrique.

Enfin, les entretiens téléphoniques ont été très utiles pour faciliter les inscriptions des professionnels aux sessions de formation proposées puisque je pouvais directement leur fournir des précisions sur le contenu des formations ainsi que des informations nécessaires à leur inscription. De plus, j'ai pu faciliter leurs démarches d'inscription au DPC, en les préinscrivant sur le site de l'OGDPC.

3) Discussion des principaux résultats

- [Pratiques des répondants en termes de dépistage et de prise en charge de l'obésité pédiatrique](#)

En terme de dépistage du surpoids et de l'obésité pédiatriques, les pratiques des médecins et pédiatres inclus dans ce travail sont proches des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (6). En effet, près de 72% calculent l'IMC des enfants et tracent la courbe d'IMC systématiquement ou régulièrement quel que soit le motif de consultation. De plus, il sont 77,2% à déclarer systématiquement ou régulièrement rechercher un signe d'alerte de risque de surpoids sur la courbe d'IMC (rebond d'adiposité précoce, ascension continue de la courbe ou changement rapide de couloir) comme recommandé par la HAS.

Concernant l'initiation de la prise en charge, 82% des médecins interrogés déclarent initier eux-mêmes la prise en charge des enfants et adolescents en surpoids et obèses. Enfin, en terme de prise en charge, les médecins interrogés tentent de proposer une prise en charge multidisciplinaire puisqu'ils sont près de 80% à préciser orienter leurs jeunes patients en surpoids ou obèses vers de professionnels ressources disponibles sur leur territoire (diététicien(ne), pédiatre, endocrinologue, psychologue, équipe hospitalière...).

Les médecins et pédiatres interrogés ont donc de bonnes pratiques en termes de dépistage et de prise en charge de l'obésité pédiatrique.

Les pratiques en termes de dépistage et de prise en charge entre médecins souhaitant participer à une formation sur la thématique du surpoids et de l'obésité pédiatrique et les autres ne sont pas foncièrement différentes. Ce n'est donc pas l'apport de

connaissances en termes de dépistage et de prise en charge qui est la première motivation des médecins pour souhaiter participer à une formation spécifique sur l'obésité pédiatrique.

- [Déterminants de la motivation des médecins et pédiatres libéraux à participer à une formation sur le surpoids et l'obésité pédiatriques](#)

Lorsque l'on interroge les médecins souhaitant participer à une formation sur les éléments qui, selon eux, les aideraient dans la prise en charge des enfants et adolescents en surpoids ou obèses, la prise en charge financière des consultations diététiques et psychologiques, l'existence d'un réseau de prise en charge pluridisciplinaire sur leur territoire ont été cités. En outre, un accès facilité à des correspondants ressources semble être un déterminant essentiel à la motivation des médecins pour participer à une formation sur le surpoids et l'obésité pédiatriques (les médecins intéressés par une formation sont significativement plus nombreux que les médecins non intéressés par une formation à citer l'accès facilité à des personnes ressources comme un élément pouvant faciliter leur prise en charge).

En effet, l'envie de rencontrer les professionnels ressources sur leur territoire pour pouvoir proposer une prise en charge pluridisciplinaire et améliorer ainsi la prise en charge de leurs jeunes patients en surpoids et obèses motive les médecins et pédiatres à participer à une formation. Le Docteur Philippe BOUCHAND (représentant et élu de l'URPS de Poitou-Charentes, délégué régional) avec qui j'ai pu échanger au sujet de ce projet, confirme cette tendance. Il lui semble en effet important de favoriser la mise en réseau des professionnels de santé afin de favoriser leur soutien mutuel lors de la prise en charge de patients en situation complexe.

En plus de ressources humaines, un déterminant favorisant l'inscription des praticiens à une formation, mis en évidence par cette étude et renforcé par les échanges avec le Dr Bouchand, semble être le rappel des recommandations ainsi que l'apport de ressources bibliographiques et d'outils spécifiques pour faciliter le dépistage, l'annonce diagnostique et la prise en charge de l'obésité pédiatrique. En effet, les résultats de cette étude ont mis en évidence que les médecins souhaitant se former sont plus nombreux à mentionner que la demande de prise en charge émane des parents-familles que les médecins ne souhaitant pas se former. Ces données peuvent souligner la difficulté que peuvent rencontrer certains médecins à évoquer l'obésité avec leur patient, justifiant alors leur souhait de se former. Le Docteur BOUCHAND a d'ailleurs évoqué lors de nos échanges le fait que "les médecins sont tous conscients des choses mais en pratique, ils manquent de moyens et parfois bottent en touche. Les praticiens se retrouvent parfois démunis dans ces prises en charge complexes". Les formations peuvent donc en effet être l'occasion de diffuser et d'explicitier les recommandations nationales de la HAS mais également de mettre à disposition des "trucs et astuces" permettant de faciliter la pratique des professionnels et la relation avec leur patientèle (outils pratiques, mots/formulations à favoriser/éviter,...). L'adhésion des professionnels et leur satisfaction vis à vis de la formation passe assurément par une cohérence du contenu avec les besoins et attentes des participants. La formation doit en effet répondre aux besoins des médecins en fonction des situations auxquelles ils sont confrontés. Docteur Bouchand confirme cette idée en précisant que, selon lui, il est souhaitable que l'orientation de la formation se réalise prioritairement autour de

problèmes rencontrés ou à partir de situations réelles afin d'obtenir l'adhésion du professionnel et garantir sa motivation. Cette idée est d'ailleurs bien mise en avant par la Haute Autorité de Santé, mentionnant que la meilleure connaissance des modes d'acquisition des connaissances chez l'adulte a conduit à des développements spécifiques concernant la formation et l'apprentissage des adultes. La motivation pour une formation chez un adulte est déterminée par ses besoins et la nécessité d'agir. Pour cela, la technique des entretiens motivationnels permet de pointer les défauts mais surtout d'aller chercher les leviers et de maintenir la motivation des médecins.

En outre, le fait que les formations s'inscrivent dans le cadre du DPC est ressorti comme un facteur motivationnel pour les médecins. En effet, les résultats de cette étude montrent que plus de la moitié des médecins répondants (58,8%) affirment que l'inscription de la formation dans le cadre du DPC a été un élément favorisant leur inscription. Le dispositif de DPC mis en place en 2009 par la Loi de Modernisation de notre système de santé constitue une obligation pour les médecins. Les actions et programmes de formation sont validés et évalués afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Les professionnels semblent donc s'orienter plus facilement vers ces formations validées.

Enfin, le fait que les dates de formation aient été fixées avec anticipation par l'équipe du RéPPOP Aquitaine, du CSO du CHU de Bordeaux et des équipes locales de Poitou-Charentes a également facilité l'inscription et la participation des médecins aux formations, leur permettant de s'organiser plus facilement.

- [Participation aux formations sur la thématique de l'obésité pédiatrique organisée en Nouvelle-Aquitaine et satisfaction des participants](#)

Dans le cadre de ce travail et de la réflexion initiée en Nouvelle Aquitaine sur la structuration de la prise en charge de l'obésité pédiatrique, un réseau de professionnels a commencé à se former puisque 146 professionnels de santé du Poitou-Charentes (pédiatres, médecins, diététicien(ne)s, infirmières, psychologues, éducateurs en activité physique adaptée) ont participé à une formation spécifique sur le thème du surpoids et de l'obésité pédiatriques.

Les résultats d'évaluation des formations permettent de dire que les participants sont satisfaits de la formation en termes de contenu, d'approche pédagogique mais également et surtout, du fait que ces formations étaient pour eux l'occasion d'échanger et rencontrer les principaux acteurs de soins et de pouvoir faciliter la prise en charge des jeunes patients en surpoids ou obèses.

CONCLUSION

Le surpoids et obésité de l'enfant représentent un problème majeur de santé publique. La mise en place de programmes de prévention, la diffusion de recommandations nationales de prise en charge (PNNS, Plan Obésité, Recommandations HAS), ainsi que la création de réseaux de prévention et de prise en charge tels que les RÉPPOP et de Centres Spécialisés Obésité (CSO) a sans doute contribué à la stabilisation de la prévalence observée en France depuis les années 2000.

La réforme territoriale, en regroupant 3 régions pour former la Nouvelle Aquitaine, pose la question de l'harmonisation des structures de soins existantes entre Aquitaine et Poitou-Charentes notamment. Une réflexion de structuration territoriale du parcours de soins pour les enfants et adolescents en surpoids et obèses est en cours d'élaboration en lien avec les pédiatres des CHU et CH de Poitou-Charentes, les SSR les Terrasses et de St trojan et l'équipe du RÉPPOP Aquitaine et du CSO du CHU de Bordeaux. Ce projet de structuration, soutenu par le RÉPPOP Aquitaine, l'URPS Poitou-Charentes et l'ARS Nouvelle Aquitaine a débuté par l'organisation de formations spécifiques au surpoids et obésité pédiatriques des professionnels de santé du Poitou-Charentes.

Dans cette thèse, nous avons étudié les déterminants de la motivation des médecins et pédiatres de Poitou-Charentes à participer à une formation sur l'obésité de l'enfant. Par ailleurs, l'autre objectif était de les aider à concrétiser leur participation aux formations via la facilitation de leur démarche d'inscription dans le dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC).

Notre étude, à laquelle 51 médecins ont répondu, met en évidence que les professionnels souhaitant assister à une des formations n'ont pas une pratique significativement différente de ceux ne souhaitant pas se former en termes de dépistage et de prise en charge des enfants et surpoids et obèses. Le principal facteur motivationnel pour participer à une formation est l'amélioration de leur prise en charge à travers, d'une part, la rencontre des acteurs de santé locaux et, d'autre part, le rappel des recommandations et la mise à disposition d'outils et de conseils pratiques afin de mener au mieux le suivi de leurs jeunes patients obèses. Le contact direct avec les médecins réalisé dans le cadre de ma thèse a facilité l'inscription des professionnels aux formations organisées courant 2017 en Poitou-Charentes, ainsi que leur inscription dans le cadre du DPC. Ces formations ont favorisé les échanges sur les pratiques et attentes et ont conduit à la mise en relation des différents professionnels initiant la création d'un réseau sur le territoire.

Ce travail de thèse m'a permis d'avoir des échanges d'un grand intérêt et très enrichissants avec les différents médecins contactés. Cela m'a confirmé que, dans l'exercice libéral de notre profession, il est indispensable de travailler ensemble, en lien avec les autres professionnels, afin d'améliorer notre prise en charge face à des situations complexes. Les formations dans le cadre du DPC et les réseaux de type RÉPPOP offrent cette possibilité de mise en relation entre professionnels et de travail pluridisciplinaire. Les discussions que j'ai pu avoir lors des entretiens téléphoniques ont montré que les médecins souhaitent améliorer leurs pratiques par ce travail en réseau sur leur territoire d'exercice.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Organisation Mondiale de la Santé. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMS. Genève : OMS, séries de rapports techniques;2003:1-284.
- (2) De Onis M, Blössner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr.* 2010;92(5):1257-64.
- (3) Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de la commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant. Genève : OMS;2016:1-50
- (4) Salanave B, Péneau S, Rolland-Cachera MF, et al. Prévalences du surpoids et de l'obésité et déterminants de la sédentarité, chez les enfants de 7 à 9 ans en France en 2007. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire : Université de Paris 13;2011.
- (5) Salanave B, Peneau S, Rolland-Cachera MF, et al. Stabilization of overweight prevalence in French children between 2000 and 2007. *Int J Pediatr Obes.* 2009;4(2):66-72.
- (6) Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003). Argumentaire scientifique. 2011:1-219.
- (7) Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015. 2011, Vol. 1-66.
- (8) Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Plan Obésité 2010-2013. Juillet 2011.
- (9) Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003). Liste des RÉPPOP. 2011:1-2.
- (10) Vimeux L. Pratiques et attentes des médecins libéraux de Poitou-Charentes concernant le diagnostic et la prise en charge de l'obésité infantile. Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine. Bordeaux : Université Bordeaux Segalen ; 2016.
- (11) Thibault H, Boulard S, Colle M, et al. Croissance normale staturopondérale. *EMC-Pédiatrie* 2009 : 1-11.
- (12) Rolland-Cachera M-F. Définitions actuelles de l'obésité. *Sang Thrombose Vaisseaux.* 2004;16(4):187-92.
- (13) Thibault H, Rolland-Cachera M-F. Stratégies de prévention de l'obésité chez l'enfant. *Arch Pédiatr.* 2003;10(12):1100-1108.

- (14) Thibault H, Castetbon K, Rolland-Cachera M-F, et al. Pourquoi et comment utiliser les nouvelles courbes de corpulence pour les enfants? Arch Pediatr. 2010 ; 17(12):1709-1715.
- (15) Thibault H, Rolland-Cachera M-F. Obésité chez l'enfant, bases épidémiologiques et nouvelles définitions. Diabétologie et facteurs de risque. 2001;7(56):43-8.
- (16) Rolland-Cachera M-F, Deheeger M, Bellisle F, et al. Adiposity Rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. Am J Clin Nutr.1984;39(1):129-35.
- (17) Whitaker R-C, Pepe MS, Wright J-A, et al. Early Adiposity Rebound and the Risk of Adult Obesity. Pediatrics. Mar 1998 ;101(3):13-21.
- (18) Le Masne A, Vincent I, Deutsch P, et al. Évaluer et suivre la corpulence des enfants. Brochure et disque. INPES. 2011;1-12.
- (19) Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de la commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant. OMS. Genève;2016:1-50.
- (20) UNICEF, WHO, World Bank. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF-WHO-World Bank joint child malnutrition estimates. New York:UNICEF; Geneva :WHO; Washington : World Bank ; 2015.
- (21) Schmidt Morgen C, Rokholm B, Sjöberg Brixval C, et al. Trends in Prevalence of Overweight and Obesity in Danish Infants, Children and Adolescents – Are We Still on a Plateau? Plos One. 2013;8(7).
- (22) Olds T, Maher C, Zumin S, et al. Evidence that the prevalence of childhood overweight is plateauing: data from nine countries. Int J Pediatr Obes. 2011;6:342–360.
- (23) Ogden CL, Carroll MD, Fryar CD, et al. Prevalence of Obesity Among Adults and Youth: United States, 2011–2014. NCHS Data Brief. 2015 ;(219).
- (24) Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, et al. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011–2012. JAMA 2014;311(8):806–814.
- (25) Rodd C, Sharma AK. Recent trends in the prevalence of overweight and obesity among Canadian children. CMAJ. 2016 sep 20 ; 188(13):E313-E320.
- (26) Castetbon K, Vernay M, Deschamps V, et al. Situation nutritionnelle en France selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) – Etude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Paris : Institut de veille sanitaire (InVS) ;74 p.
- (27) Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(13):234-41. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/2017_13_1.html

- (28) Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Surpoids et obésité chez l'enfant. 2011 :162-163.
- (29) DREES. L'état de santé de la population en France. Études et statistiques. 2015, Vol. 178-179, 179-180.
- (30) DREES, Chardon O, Guignon N, De Saint Pol T, et al. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune age. Études et Résultats. Juin 2015, Vol. 920.
- (31) DREES, Chardon O, Guignon N. La santé des élèves de CM2 en 2007-2008. Une situation contrastée selon l'origine sociale. Études et Résultats. Sept 2013, Vol. 853
- (32) DREES, Chardon O, Guignon N. La Santé des adolescents scolarisés en classe de 3ème. Études et Résultats. Fév 2014, Vol. 865.
- (33) Castetbon K. Recent prevalence of child and adolescent overweight and obesity in France abroad. Arch pediatr. 2015 Jan ; 22(1):111-5.
- (34) Thibault H, Carrière C. Épidémiologie de l'obésité de l'enfant : stabilisation après 20 ans de forte hausse de la prévalence. La Revue du Praticien décembre 2015.
- (35) Thompson A L. Intergenerational impact of maternal obesity and postnatal feeding practices on pediatric obesity. Nutr Rev. 2013 Oct;71(01):S55-S61.
- (36) Thibault H, Contrand B, Saubusse E, et al., Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: physical activity, sedentary behavior and parental characteristics. Nutrition, Fév 2010 ;26(2):192-200.
- (37) Carriere C, Langevin C, Lamireau T, et al., Dietary behaviors as associated factors for overweight and obesity in a sample of adolescents from Aquitaine. J Physiol Biochem, 2013 Mar;69(1):111-8.
- (38) Moschonis G, Grammatikaki E, Manios Y. Perinatal predictors of overweight at infancy and preschool childhood: the GENESIS study. Int J Obes. Jan 2008;32(1):39-47.
- (39) Von Kries R, Bolte G, Baghi L et al. The GME Study Group. Parental smoking and childhood obesity-is maternal smoking in pregnancy the critical exposure? Int J Epidemiol. 2007 Dec;37(1):210-216.
- (40) Oken E, Levitan EB, Gillman MW. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. Int J Obes. 2008;32(2):201-10.
- (41) Ino T. Maternal smoking during pregnancy and offspring obesity: meta-analysis. Pediatr Int. 2010;52(1):94-9.

- (42) Zu Y, Olsen SF, Mendola P, et al. Growth and obesity through the first 7y of life in association with levels of maternal glycemia during pregnancy : a prospective cohort study. *Am J Clin Nutr.* 2016 Mar;103:794-800.
- (43) Hillier TA, Pedula KL, Schmidt MM et al. Childhood obesity and metabolic imprinting: the ongoing effects of maternal hyperglycemia. *Diabetes Care,* Sep 2007 ;30(9) : 2287-2292.
- (44) Catalano PM, Farrell K, Thomas A, et al. Perinatal risk factors for childhood obesity and metabolic dysregulation. *Am J Clin Nutr.* 2009 Nov;90(5):1303-1313.
- (45) Philipps L H, Santhakumaran S, Gale C, et al. The diabetic pregnancy and offspring BMI in childhood: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia.* 2011 ;54:1957-1966.
- (46) Thibault H, Contrand B, Saubusse E, et al., Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: physical activity, sedentary behavior and parental characteristics. *Nutrition,* Fév 2010 ;26(2):192-200.
- (47) Carriere C, Langevin C, Lamireau T, et al., Dietary behaviors as associated factors for overweight and obesity in a sample of adolescents from Aquitaine. *J Physiol Biochem,* 2013 Mar;69(1):111-8.
- (48) DREES, Guignon N. La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale. *Études et résultats.* Fév 2017;Vol.993.
- (49) Agence Nationale de Sécurité de l'alimentation. Disparités socio-économiques et alimentation chez les enfants. [en ligne]. 2012:19-22. [consulté le 23/01/2017]. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012sa0085Ra.pdf>
- (50) Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), Larochette B, Sanchez-Gonzalez J. Cinquante ans de consommation alimentaire : une croissance modérée, mais de profonds changements. *Insee Première.* Oct 2015; (1568).
- (51) Organisation mondiale de la santé. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genève: OMS. 2009:1-63.
- (52) Lioret S., Maire B, Volatier J-L, et al. Child overweight in France and its relationship with physical activity, sedentary behaviour and socioeconomic status. *Eur J Clin Nutr.* 2007 ;61(4):509-516.
- (53) Thibault H., Carriere C., Langevin C, et al. Prevalence and factors associated with overweight and obesity in French primary-school children. *Public Health Nutr.* 2012 ;16(2):193-201.
- (54) Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA). Étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 2 (INCA2) (2006-2007). Sept 2009 ; version 2:1-227.

- (55) Blaine B. Does depression cause obesity? A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *J Health Psychol.* 2008;13(8):1190-7.
- (56) Field AE, Austin SB, Taylor CB, et al. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescent. *Pediatrics.* 2003;112(4):900-6.
- (57) Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 2009;373(9657):68-81.
- (58) Plagemann A, Harder T. Breast feeding and the risk of obesity and related metabolic diseases in the child. *Metab Syndr Relat Disord.* 2005;3(3):222-32.
- (59) Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, et al. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2005;162(5):397-403.
- (60) Monasta L, Batty GD, Cattaneo A, et al. Early-lifedeterminants of overweight and obesity : a review of systematic reviews. *Obesity reviews.* 2010:1-14.
- (61) Tounian P. Prise en charge de l'obésité de l'enfant. *Mt pédiatrie.* 2007;10:365-372.
- (62) Flaherman V, Rutherford GW. A meta-analysis of the effect of high weight on asthma. *Arch Dis Child* 2006;91(4):334-9.
- (63) Branca F, Nikogosian H., Lobstein T. Le défi de l'obésité dans la région européenne de l'OMS et les stratégies de lutte. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité. résumé. Copenhague : OMS ;2007:1-68.
- (64) Organisation Mondiale de la Santé. Deuxième plan d'action Européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle, 2007-2012. Copenhague : OMS.2008 :1-30.
- (65) Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action pour la mise en œuvre de la stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016. Copenhague:OMS. 2012:1-30.
- (66) Ministère de l'emploi et de la solidarité - Ministère délégué de la santé. Programme national nutrition santé 2001-2005. 2001.
- (67) Ministère de la Santé et des Solidarités.Deuxième Programme National Nutrition Santé 2006-2010. 2006.
- (68) www.mangerbouger.fr. [En ligne]

- (69) Hercberg S. Éléments du bilan du PNNS (2001-2005) et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 (2006-2008) Pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs. Pour la promotion de la nutrition en France. s.l. : Programme National Nutrition Santé., 2006 Février.
- (70) Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Plan Obésité 2010-2013. Juillet 2011.
- (71) Tauber M, Ricour C, Bocquet A. L'obésité infantile: nécessité d'un consensus autour de la prévention. Archives de Pédiatrie. 2007 ;14:1279-1281.
- (72) Amson A, Bas-Theron F. La prévention sanitaire par une bonne hygiène nutritionnelle. Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales. 2003 : 82-85.
- (73) Inpes. Surpoids de l'enfant. Le dépister et en parler précocément. Repères pour votre pratique. Sept 2011.
- (74) Coordination Nationale des Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.cnreppop.com>
- (75) Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2027 en Nouvelle-Aquitaine. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. [en ligne], 2 janvier 2017. [consulté 31 janvier 2017]. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-prs-2018-2027-en-nouvelle-aquitaine>
- (76) RéPPOP Aquitaine. [En ligne] 2013. [consulté octobre 2016]. Disponible sur : www.reppop-aquitaine.org
- (77) Thibault H, Desbret-Bastet M, Ducos G, Saubusse E, Maurice-Tison S. Pratiques et attentes des médecins, une enquête du réseau REPPOP Aquitaine. Le Concours Médical . 2007 Nov 13;129:1181-1184.
- (78) Laurens E. Obésité infantile: pratiques et attentes des médecins généralistes du pays basque. Thèse pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine. Bordeaux : Université de Bordeaux Segalen ;20 oct 2008.
- (79) Lambou F. La prise en charge et le dépistage de l'obésité infantile : pratiques et attentes des médecins généralistes des Landes en 2013. Thèse pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine. Bordeaux : Université de Bordeaux Segalen;3 déc 2013.
- (80) Barat P, Carrière C, Diallo O, et al. Simuler l'évolution spontanée du surpoids des enfants obèses : vers une approche médico-économique d'une prise en charge en réseau. Poster Congrès Société Française d'Endocrinologie (SFE) 2016.
- (81) CHU de Bordeaux. Pôle appareil digestif, endocrinologie et nutrition. Centre spécialisé de l'obésité (CSO). [En ligne] [consulté février 2017]. Disponible sur : <https://www.chu-bordeaux.fr/Les-services/Service-d-endocrinologie,-diab%C3%A9tologie-et-nutrition/#anchorTel>

(82) Bounot V, Moreau F. Observatoire Régional de la Santé (ORS) Poitou-Charentes. Nutrition, obésité, activités physiques. Synthèse documentaire réalisée dans le cadre de la mise en place des plateformes. 2014 :51-52 et 71-72

(83) Réseau de Prévention et de Prise en Charge de l'Obésité.[en ligne]. Disponible sur : <https://www.reppco.fr/>

(84) Centre Spécialisé de l'Obésité du CHU de Poitiers. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.chu-poitiers.fr/specialites/centre-specialise-obesite/>

(85) SSR Les Terrasses. [en ligne]. Disponible sur : http://www.les-terrasses-medico-social.com/lesterrasses_meccs

(86) Groupe UGECAM Auvergne Limousin Poitou-Charentes. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ugecam-alpc.fr/etablissements/ssr-les-terrasses>

(87) Agence Nationale du DPC. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.agencedpc.fr/>

(88) France, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Décret n° 2016-942 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé. JORF n°0160 du 10 juillet 2016.

(89) Agence Nationale du DPC, mon dpc. [en ligne]. Disponible sur : https://www.mondpc.fr/mondpc/le_dpc_en_pratique

(90) France, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Article L. 4021-1 de la loi de modernisation du système de santé. JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

(91) HAS. Les fiches méthodes de DPC. [en ligne]. Fév 2013.[consulté nov 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu-dpc

(92) HAS. Fiches méthodes DPC - Formateurs DPC. [en ligne]. Mai 2014. [consulté oct 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/formateurs_dpc_fiche_technique_2013_01_31.pdf

(93) Agence Nationale du DPC. Devenir ODPC. [en ligne]. [consulté oct 2017]. Disponible sur : https://www.ogdpc.fr/organismes/devenir_odpc

ANNEXES

ANNEXE 1 : les 9 repères de consommation du PNNS



LA SANTÉ VIENT EN MANGEANT

LE GUIDE ALIMENTAIRE POUR TOUS



20 est recommandé de choisir le plus de produits possibles à partir des catégories d'aliments indiquées à consommation.

VOS REPÈRES DE CONSOMMATION

<p>Fruits et légumes</p>	<p>au moins 5 par jour</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • à chaque repas et en cas de petits creux • crus, cuits, nature ou préparés • frais, surgelés ou en conserve
<p>Pains, céréales, pommes de terre et légumes secs</p>	 <p>à chaque repas et selon l'appétit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • favoriser les aliments céréaliers complets ou le pain bis • privilégier la variété
<p>Lait et produits laitiers (yaourts, fromages)</p>	<p>3 par jour</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • privilégier la variété • privilégier les fromages les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés
<p>Vianes et volailles, produits de la pêche et œufs</p>	 <p>1 à 2 fois par jour</p>	<ul style="list-style-type: none"> • en quantité inférieure à l'accompagnement • viandes : privilégier la variété des espèces et les morceaux les moins gras • poisson : au moins 2 fois par semaine
<p>Matières grasses ajoutées</p>	<p>limiter la consommation</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • privilégier les matières grasses végétales (huiles d'olive, de colza...) • favoriser la variété • limiter les graisses d'origine animale (beurre, crème...)
<p>Produits sucrés</p>	 <p>limiter la consommation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • attention aux boissons sucrées • attention aux aliments gras et sucrés à la fois (pâtisseries, crèmes desserts, chocolat, glaces...)
<p>Boissons</p>	<p>de l'eau à volonté</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • au cours et en dehors des repas • limiter les boissons sucrées (privilégier les boissons light) • boissons alcoolisées : ne pas dépasser, par jour, 2 verres de vin (de 10 cl) pour les femmes et 3 pour les hommes, 2 verres de vin sont équivalents à 2 demis de bière ou 6 cl d'alcool fort
<p>Sel</p>	 <p>limiter la consommation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • préférer le sel iodé • ne pas resaler avant de goûter • réduire l'ajout de sel dans les eaux de cuisson • limiter les fromages et les charcuteries les plus salés et les produits apéritifs salés
<p>Activité physique</p>	<p>au moins l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide par jour</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • à intégrer dans la vie quotidienne (marcher, monter les escaliers, faire du vélo...)

Tableau extrait du guide alimentaire "La santé vient en mangeant - le guide alimentaire pour tous" réalisé par le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche et des Affaires Rurales, l'Assurance maladie, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et l'Institut de veille sanitaire.

ANNEXE 2 : liste des équipes pédiatriques hospitalières partenaires du projet

CHU de Poitiers :

Pour la partie médicale : Dr Christin et Dr Compain

Pour la partie diététique : Mme Hermouet

SSR Les Terrasses :

Pour la partie diététique : Mr du Chayla

Pour la partie psychologique : Mme Thibaudeau

CRO Saint Trojan :

Pour la partie médicale : Dr Renard et Dr Deprez

Pour la partie diététique : Mme E. Tesson

Pour la partie psychologique : Mme A. Doussoux

CH de Chatellerault :

Pour la partie médicale : Dr P. Christin et Dr F. Compain

CH de Niort :

Pour la partie médicale : non défini

Pour la partie diététique : non défini

Pour la partie psychologique : non défini

CH de La Rochelle :

Pour la partie médicale : Dr H. Pla, Dr L. Lemarchand et Dr A. Hilfiger,

Pour la partie diététique : Mme A. Chimier

CH de Rochefort :

Pour la partie médicale : Dr L. David-Henriau , Dr L. Cohen et Dr A. Tamboura

Pour la partie diététique : Mme L. Le Baron

CH de Saintes :

Pour la partie médicale : Dr M-A. Gaud, Dr G. Massé et Dr M-L. Benoit

Pour la partie diététique : Mme L. Besson

CH d'Angoulême :

Pour la partie médicale : Dr S. Roullaud et Dr Martigne

Pour la partie diététique : Mme V. Prévost et Mme E. Danède

ANNEXE 3: Programme de formation du RéPPOP Aquitaine



PROGRAMME DE LA JOURNÉE DE FORMATION DU RÉPPOP AQUITAINE BORDEAUX – 6 OCTOBRE 2016 DE 9H15 A 17H30

9h15 : Présentation de l'équipe RéPPOP et tour de table : présentation des participants motivations, attentes

9h45 : Déterminants, épidémiologie, dépistage, annonce et diagnostic – Dr Héliane THIBAUT

10h25 : Présentation détaillée du RéPPOP : principes de fonctionnement, recours possibles et aspects pratiques de la prise en charge – Céline DESGOUILLONS/Aurélien MONJALON

10h40 : Pause

10h55 : Recommandations générales HAS / PNNS et prise en charge en pratique dans le RéPPOP

- Causes et conséquences organiques
- Recommandations médicales (HAS)
- Recommandations infirmière scolaire

12h : Recommandations en activité physique et accompagnement en activité physique dans le RéPPOP – Julie LABOURROIRE

12h30 : Discussion

12h45 : Déjeuner

14h15 : Recommandations diététiques et accompagnement diététique dans le RéPPOP – Sophie HOSTEINS - NICOLLON

14h45 : L'éducation thérapeutique : recommandations et recours ETP dans le RéPPOP – Sophie HOSTEINS - NICOLLON

15h : Recommandations psychologiques et accompagnement psychologique dans le RéPPOP – Laurence FAUGERE

15h30 : Cas clinique « Antoine »
Etude des consultations d'inclusion et de suivi – Equipe RéPPOP

17h : Synthèse, récapitulatifs des aspects pratiques – Céline DESGOUILLONS/Aurélien MONJALON

Fin de la journée à 17h30

LIENS UTILES

www.reppop-aquitaine.org : site du RéPPOP

<https://reppop.papa.fr> : dossier médical informatisé du RéPPOP puis cliquer sur l'icône

→ Attention : il faut obligatoirement contacter TéléSanté Aquitaine au 05 35 54 02 56 pour s'y inscrire

<https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=InW1bnVhpgGof8OUjvH18IDVjBo> : répartition géographique des professionnels du réseau RéPPOP

www.profapa.fr : Site APA

ANNEXE 4 : Questionnaire "Pratiques et attentes des médecins libéraux de Poitou-Charentes concernant le diagnostic et la prise en charge de l'obésité infantile", issu de la thèse de Léa Vimeux

Vous êtes : Un homme Une femme

Votre âge : ans

Médecin à exercice particulier : Non Oui si oui précisez :

Avez-vous suivi une formation complémentaire sur l'obésité de l'enfant dans les dernières années :

Non Oui si oui précisez : FMC/DPC DU Autre.....

Vous exercez en milieu : Urbain Rural

Dans quel département : Charente Charente-Maritime Deux Sèvres
 Vienne

VOTRE PATIENTELE D'ENFANTS

- Dans votre patientèle, voyez-vous des enfants (moins de 16 ans)

TRES SOUVENT SOUVENT PARFOIS RAREMENT JAMAIS

DEPISTAGE DU SURPOIDS OU DE L'OBESITE DE L'ENFANT :

- Quels critères vous font penser qu'un enfant est en surpoids ?

La valeur du Poids en kg La valeur de l'IMC (Indice Masse Corporelle)
 La courbe de poids et de taille La valeur de l'IMC reportée sur la courbe de corpulence

Aspect physique (impression clinique) Autre, précisez :

- Lorsque vous voyez un enfant en consultation,

a- Vous mesurez :

Le poids : SYSTEMATIQUEMENT REGULIEREMENT PARFOIS RAREMENT

La taille : SYSTEMATIQUEMENT REGULIEREMENT PARFOIS RAREMENT

b- Vous CALCULEZ, la valeur de l'IMC :

SYSTEMATIQUEMENT REGULIEREMENT PARFOIS RAREMENT

en vous aidant de quel outil : Un logiciel patient Une calculette Un disque IMC

Autre ; Précisez :.....

c- Vous REPORTEZ la valeur d'IMC sur une courbe de corpulence de référence :

SYSTEMATIQUEMENT REGULIEREMENT PARFOIS RAREMENT

d- Vous TRACEZ la courbe de corpulence complète sur le carnet santé :

SYSTEMATIQUEMENT REGULIEREMENT PARFOIS RAREMENT

d- Préciser les circonstances qui vont vous inciter à :

- reporter l'IMC et à tracer la courbe de corpulence

Lorsque vous suspectez un problème de poids Lorsque l'enfant présente un

surpoids avéré Si antécédents familiaux de surpoids
 Si facteurs de risques de surpoids Lorsque l'enfant présente un surpoids avéré
 Lors des bilans obligatoires (4-9-24 mois ...) Autre raison

• ne pas calculer ou reporter l'IMC et à tracer la courbe de corpulence
 Ce n'est pas le motif de consultation Je manque de temps lors des consultations
 La mesure du poids suffit Autre, précisez.....

• Lorsque vous tracez la courbe d'IMC, recherchez-vous la présence d'un rebond précoce d'adiposité ou une ascension continue de la courbe de corpulence vers le haut ou un changement rapide de couloir de la courbe de corpulence vers le haut
 SYSTEMATIQUEMENT REGULIEREMENT PARFOIS RAREMENT

• Lorsque vous repérez une de ces anomalies sur la courbe de corpulence, commentez-vous la courbe à la famille ? (utilisez-vous la courbe comme support d'information pour annoncer le surpoids de l'enfant à la famille)
 SYSTEMATIQUEMENT REGULIEREMENT PARFOIS RAREMENT

ANNONCE DIAGNOSTIQUE :

• Lors d'une consultation, avez-vous des difficultés à annoncer le problème du surpoids ?
A l'enfant : SYSTEMATIQUEMENT REGULIEREMENT PARFOIS
 RAREMENT
Aux parents : SYSTEMATIQUEMENT REGULIEREMENT PARFOIS
 RAREMENT
Si vous avez des difficultés, sont-elles liées à :
 Peur de la réaction de l'enfant et de sa famille Doute de mes capacités à pouvoir les aider
 Parasitage du motif principal de la consultation Autre

PRISE EN CHARGE :

• De manière générale, par qui est initiée la demande de prise en charge d'un enfant en surpoids ?
 Vous-même Enfant Parents-famille Santé scolaire Autre, précisez :

• De manière générale, lorsque vous avez identifié un surpoids, proposez-vous un rendez-vous de consultation dédiée pour initier la prise en charge ?
 SYSTEMATIQUEMENT REGULIEREMENT PARFOIS RAREMENT

• Lorsque vous identifiez un surpoids, réalisez-vous une enquête :
- alimentaire ? OUI NON -sur la sédentarité et l'activité physique ? OUI NON

Si oui, à l'aide de quel support ?

commentaires :

10. Fixez-vous habituellement des objectifs :

- alimentaires ? OUI NON

- d'activité physique et de lutte contre la sédentarité? OUI NON

Si oui, à l'aide de quel support ?

11. Remettez-vous habituellement une documentation?

OUI NON

Si oui, laquelle :

12. Sur quels outils vous appuyez-vous pour faciliter la prise en charge des enfants en surpoids ou obèses ?

Outils du Programme National Nutrition Santé (PNNS) (plaquettes, guides nutrition, site manger bouger.fr ...)

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Les courbes de corpulence (IMC)

Aucun

Autre, précisez :

13. A quelle(s) personne(s) ressources adressez-vous ou souhaiteriez vous adresser les enfants en surpoids ou obèses ? (merci de préciser si ces ressources sont ou non actuellement disponibles)

	Ressources ACTUELLEMENT UTILISEES	Préciser si ces ressources sont disponibles et accessibles sur votre secteur	
		Facilement	Non difficilement
Correspondants libéraux			
<input type="checkbox"/> Pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Endocrinologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> médecin nutritionniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diététicien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correspondants hospitaliers			
<input type="checkbox"/> Pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Equipe pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre correspondant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Pour les diététiciens et les psychologues, le coût de ces ressources est-il un frein pour vos patients ?

- Oui Non Surtout pour les patients en situation de précarité

15. Pensez-vous que vos patients prennent généralement en compte

-vos recommandations diététiques : (situer sur l'échelle de 0 à 6)

0 1 2 3 4 5 6
(jamais) (toujours)

- vos recommandations d'activité physique et de lutte contre la sédentarité :

0 1 2 3 4 5 6
(jamais) (toujours)

16. Etes-vous satisfait(e) de votre prise en charge de ce problème? (situer sur l'échelle)

0 1 2 3 4 5 6

DIFFICULTES – FORMATION – ATTENTES

17. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge ?

- Contexte familial difficile Manque de correspondant/partenaires
 Difficulté de maintenir la motivation sur le long terme Manque de formation
 Difficultés socio- économiques Formations inadaptées Manque de temps

.....
 Autre, précisez.....

Manque d'outils

18. Qu'est ce qui pourrait vous aider dans la prise en charge de cette pathologie ?

- Pas de besoin particulier
 Complément de formation sur le thème de l'obésité de l'enfant
 Documents à remettre aux patients
 Accès facilité à des correspondants ressources
 Existence d'un réseau de prise en charge multidisciplinaire de l'obésité de l'enfant
 Prise en charge financière des consultations diététiques
 Prise en charge financière des consultations psychologique
 Rémunération adaptée à la longueur de la consultation
 Autre, précisez.....

19. Si un réseau pour la prévention et la prise en charge de l'obésité (de type RéPPOP) chez l'enfant se mettait en place en Poitou-Charentes :

a- Cela vous semblerait-il utile? Oui Non

b- Qu'en attendriez-vous ?

- Une formation sur le thème de l'obésité de l'enfant
 La possibilité d'améliorer la prise en charge de ces enfants
 Une aide dans les cas difficiles
 La mise à disposition d'outils et de documents
 Une amélioration de mes pratiques

- La possibilité de travailler en équipe pluridisciplinaire
 - Un accès privilégié à des professionnels ressources
 - la prise en charge financière des consultations diététiques et/ou psychologiques libérales
 - Une rémunération adaptée au temps de prise en charge
 - Rien
 - Autre :.....
- c - Voudriez-vous en faire partie ? Oui Non

Commentaires :

.....

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Retour du questionnaire possible par voie postale à Léa Vimeux - XXXX ou mail : XXXX@XXXX ou Fax : 05 56 96 11 95 ou Questionnaire disponible en ligne sur la page d'accueil du site internet du RÉPPOP Aquitaine : <http://www.reppop-aquitaine.org/>

Pour toute information complémentaire : XXXX

ANNEXE 5 : Coupon-réponse

Nom

Prénom :.....

Adresse :.....

Téléphone/Fax :

Courriel :

Suis intéressé pour des informations pour la pratique :oui non

Suis intéressé par la formation : DPC « dépister et prendre en charge l'obésité de l'enfant » qui se dérouleront :

le 6 octobre 2016 à Bordeaux

le 24 novembre 2016 à Niort en janvier 2017 à Poitiers

en mars 2017 à La

Rochelle ou St trojan

ANNEXE 6 : Questionnaire téléphonique afin de compléter les données recueillies par le précédent questionnaire

1. Depuis quand êtes-vous installé ? ans
 2. Êtes-vous seul ou en association/maison de santé ?
 - Seul
 - Association/maison de santé avec professionnels dont
- médecins diététiciens psychologues autres.....

Pensez-vous que vos collègues puissent être intéressés par cette formation ?

3. Combien de formation DPC réalisez-vous en moyenne ?
 - 1 tous les 5 ans
 - 1 tous les 3 ans
 - 1 tous les ans
 - Jamais
 - Autre :
4. Quel est le pourcentage d'enfants dans votre patientèle ?
5. Parmi ces enfants, combien sont en surpoids/obésité ? (en pourcentage)
6. Pourquoi êtes-vous intéressé par cette formation ?
 - Amélioration de la prise en charge
 - Rencontre acteurs/partenaires
 - Autres :
7. Est-ce que le fait que cette formation puisse être inscrite dans le cadre du DPC a favorisé votre inscription ?
 - Oui
 - Non
8. Avez-vous d'autres éléments à préciser sur la formation ou vos attentes ?
9. Êtes-vous inscrit sur le site mon DPC ?
10. Êtes-vous d'accord pour que l'on vous pré-inscrive ?

ANNEXE 7 : Programme de la journée de formation DPC de NIORT

Programme de la journée de formation DPC "Dépister et prendre en charge l'obésité des enfants" à NIORT – 24 NOVEMBRE 2016 de 9H00 à 17H15

9h00 : Accueil

9h15 : Présentation des intervenants, du programme de la journée et tour de table (présentation des participants : motivations, attentes) - Dr Hélène Thibault et Aurélie Monjalon

9h35 : Déterminants, épidémiologie, dépistage, annonce et diagnostic -Dr Hélène Thibault

Prévalence de l'obésité pédiatrique en France, en Nouvelle Aquitaine et en Poitou-Charentes - Dr Clothilde Carlier

Contexte de la prise en charge de l'obésité de l'enfant en Nouvelle Aquitaine
Dr Clothilde Carlier et Dr Hélène Thibault

10h25 : Recommandations générales HAS / PNNS et prise en charge en pratique
Dr Hélène Thibault

- Causes et conséquences organiques
- Recommandations médicales (HAS)
- Autres recours : bilan hospitalier, séjours en SSR, suivi infirmier

11h10 : Pause

11h55 : Recommandations et accompagnement psychologiques - Claudie Thibaudeau

12h25 : L'éducation thérapeutique : recommandations et recours ETP - Aurélie Monjalon

12h35 : Déjeuner

14h : Recommandations et accompagnement en activité physique - Stéphane Taillot

14h30: Cas clinique « Antoine » - Dr Hélène Thibault et Aurélie Monjalon

15h15 : Offre de soin et prise en charge de l'obésité des enfants en Nouvelle Aquitaine

- Prise en charge en Aquitaine (RéPPOP et CSO pédiatrique du CHU de Bordeaux)
Dr Hélène Thibault et Aurélie Monjalon
- Offre de soin pour l'obésité pédiatrique en Poitou-Charentes - Dr Clothilde Carlier et Dr Patricia Christin
- 2ème-3ème recours : CHU de Poitiers (Dr Patricia Christin), SSR Les Terrasses (Dr Clothilde Carlier), Centre Hélio-Marin Saint-Trojan-les-Bains (Dr Pierre Renard)
- 1er et 2ème recours (Dr Clothilde Carlier), thèse « Pratiques et attentes des médecins libéraux de Poitou-Charentes concernant le diagnostic et la prise en charge de l'obésité infantile » (Dr Hélène Thibault)

16h40 : Échanges : réflexion sur la prise en charge de l'obésité des enfants en Poitou-Charentes et articulation avec le CSO Poitou-Charentes

17h : Conclusion

ANNEXE 8 : Répartition par profession des professionnels formés

	Total professionnels formés Poitou-Charentes	Formation Niort (24/11/2016)	Formation Saint trojan (09/02/2017)	Formation Poitiers (30/03/2017)	Formation Angoulême (16/06/2017)	Autres formations à Bordeaux
Professionnels libéraux						
Médecins libéraux dont :	36	6	6	11	10	2
- généralistes	29	3	5	11	8	2
- pédiatres	5	3	-	-	2	-
- internes	1	-	1	-	-	-
Dietéticiens libéraux	37	6	12	8	11	-
Psychologues libéraux	3	1	1	-	-	1
Infirmières libérales	12	1	3	4	4	-
Enseignants APA	6	3	1	1	1	-
Total professionnels libéraux	93	17	23	24	26	3
Professionnels institutionnels						
Médecins institutionnels :						
- hospitaliers	4	1		2		1
- Education nationale	19	3	7	9		
- autre (SSR)	2		2			
Infirmières institutionnelles :						
- Education nationale	6	2	-	2	2	-
- hospitalières	4	-	1	1	2	-
- autre (SSR)	2	-	1	-	-	1
Dietéticiens hospitaliers	7	2	1	-	-	4
Psychologues hospitaliers	4	1	1	-	-	2
Educateurs APA	2				1	1
total professionnels institutionnels	50	9	13	14	5	9
Autres professionnels	3	1	-	-	2	-
total professionnels RÉPPOP	146	26	36	38	31	12

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

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

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

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

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

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

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

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