Liste des abréviations

CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ENNS	Etude Nationale Nutrition et Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
INPES	Institut National de Prévention et d'Education de la Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
IOTF	International Obesity Task Force
MC3R	Melanocortine 3 Receptor
MC4R	Melanocortine 4 Receptor
My POP	My Parcours Obésité Pédiatrique
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNNS	Programme National Nutrition Santé
RéPPOP	Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

I. INTRODUCTION

II. MATERIEL ET MÉTHODES

- II. 1. Déroulement de l'enquête
- II. 2. Sélection des participants
- II. 3. Le questionnaire
- II. 4. Le livret
- II. 5. L'analyse des données

III. RÉSULTATS

- III. 1. Profil des médecins
- III. 2. Le surpoids de l'enfant comme motif de consultation
- III. 3. La première consultation de prise en charge du surpoids de l'enfant
- III. 4. Les enfants et leur famille face au surpoids
- III. 5. Le suivi des enfants en surpoids

IV. DISCUSSION

- IV. 1. L'influence du cadre familial
  - IV. 1. 1. les représentations familiales du surpoids
  - IV. 1. 2. la souffrance familiale
  - IV. 1. 3. le mode de vie
- IV. 2. Le médecin généraliste au centre de la prise en charge
  - IV. 2. 1. Valoriser la place du médecin généraliste
  - IV. 2. 2. Les supports d'aide pratique à la prise en charge
- IV. 3. Limites de l'étude

V. CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

I. INTRODUCTION

Le surpoids et l'obésité de l'enfant représentent un enjeu majeur de santé publique mondiale. En effet, depuis les années 1980, les prévalences du surpoids et de l'obésité de l'enfant ont augmenté de manière significative [1]. En France, le pourcentage d'enfants de moins de 15 ans en surpoids est passé de 5% en 1980, à 12% en 1996 puis 16% en 2000 [2] . Depuis le début des années 2000, les prévalences du surpoids et de l'obésité de l'enfant semblent se stabiliser [1, 2, 3] : l'Etude Nationale Nutrition et Santé (ENNS) réalisée en 2006 estimait que la prévalence du surpoids était de 17,8 % chez les enfants de 3 à 17 ans [4]. Parmi eux, 3,5 % étaient considérés comme obèses.

Interrompre l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant constitue l'un des objectifs prioritaires du Programme National Nutrition Santé (PNNS) mis en place en 2001 par le ministère de la santé [5] (prolongé et réactualisé en 2016 [6]). Le terme nutrition, tel qu'employé dans le PNNS, englobe l'ensemble des questions relatives à l'alimentation (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques, sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires) et à l'activité physique, en relation avec la santé. Les recommandations du PNNS visent à sensibiliser les professionnels de santé au surpoids et à l'obésité de l'enfant, mais également à harmoniser les pratiques en matière de dépistage.

Le diagnostic de surpoids proposé dans le PNNS repose sur le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Chez l'enfant, l'IMC s'interprète grâce à la courbe de corpulence : le surpoids est défini par un IMC supérieur au 97e percentile des courbes de référence françaises. L'obésité, elle, est définie par un IMC supérieur ou égal au seuil IOTF-30 (International Obesity Task Force), correspondant à la courbe qui projette sur l'IMC 30 à l'âge adulte [2, 7].

L'évolution à long terme du surpoids et de l'obésité de l'enfant en fait l'un des enjeux majeurs de santé publique pour les années à venir. En effet, plus de la moitié des enfants en situation d'obésité à l'âge de 6 ans, et 70 à 80% de ceux de plus de 10 ans, le resteront à l'âge adulte [8]. Durant l'enfance, les conséquences somatiques du surpoids et de l'obésité ont rarement une expression clinique, les

principales complications à cet âge étant d'ordre psychosocial. En revanche, ses conséquences à l'âge adulte sont sérieuses, entrainant une augmentation de la morbi-mortalité. Une étude norvégienne réalisée en 2008 a mesuré l'impact de l'IMC à l'adolescence sur la mortalité 35 ans plus tard, soit aux alentours de 50 ans. Dans cette étude, l'obésité à l'adolescence était liée à une surmortalité à l'âge adulte, dans les deux sexes. Les causes spécifiques de surmortalité étaient les infarctus du myocarde (risque relatif de 3), les cancers du côlon (risque relatif de 2), les maladies respiratoires (risque relatif de 2,5) et les morts subites (risque relatif de 2) [9].

En région Pays de la Loire, les prévalences du surpoids et de l'obésité de l'enfant semblent se stabiliser mais révèlent des différences significatives en fonction des tranches d'âge. Selon une étude réalisée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) en 2006 en milieu scolaire, la prévalence du surpoids des enfants de 5-6 ans dans les Pays de la Loire était de 6,6% (dont 1,8% d'enfants obèses) versus 12,1% sur le plan national, positionnant la région comme la plus protégée de France [10]. Une seconde enquête (baromètre santé jeunes des Pays de la Loire) réalisée en septembre 2012 par l'Observatoire Régional de Santé montrait que la prévalence de la surcharge pondérale a augmenté chez les 15-17 ans, passant de 5% à 9% entre 2005 et 2010. Cependant, les données de poids et taille de cette enquête étant recueillies de manière déclarative, ces résultats (probablement sous-estimés) sont à interpréter avec prudence [11].

Le médecin généraliste tient une place prépondérante dans la prise en charge du surpoids de l'enfant puisqu'il est l'acteur principal en soins de premier recours. Il intervient dans les différentes étapes de cette prise en charge : tout d'abord par son rôle de dépistage, puis dans la mise en place du suivi des enfants en surpoids et de leur famille. Il va également coordonner si nécessaire l'intervention des différents professionnels de santé (diététicien/nutritionniste, endocrino-pédiatres, kinésithérapeutes, psychologues/psychiatres) [12]. Sa connaissance de l'enfant, qu'il voit régulièrement pour divers motifs (vaccins, certificats, maladies…), ainsi que de la structure et du fonctionnement familial lui confère une légitimité certaine. Il apparaît de ce fait le mieux placé pour promouvoir l'éducation thérapeutique auprès de ses patients et de leur entourage. L'étude de Cailliez et al réalisée en 2012, évaluait la pratique de 20 médecins généralistes du Maine et Loire en matière de dépistage

et de prise en charge de l'obésité infantile. Dans cette étude, il semblait que l'impact de la campagne du PNNS avait peu modifié les pratiques des médecins généralistes et que ces derniers étaient confrontés à de nombreuses difficultés pratiques (éducation alimentaire et physique difficile, manque de moyens pratiques, déficit de formation) [13].

L'objectif de ce travail de thèse est de recueillir auprès des médecins généralistes de Maine et Loire les principaux facteurs freinateurs et facilitateurs rencontrés dans la prise en charge et le suivi des enfants en surpoids.

II. MATERIEL ET MÉTHODE :

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, transversale, évaluant la pratique des médecins généralistes de Maine et Loire dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité des enfants de 0 à 16 ans.

1. Déroulement de l'enquête

Cette étude a été réalisée à partir d'un questionnaire en ligne adressé par mail à l'ensemble des médecins généraliste exerçant en Maine et Loire. Les adresses mails des médecins généralistes ont été préalablement récupérées auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins de Maine et Loire. Les données ont été recueillies et collectées de manière anonyme. Cependant, les médecins généralistes pouvaient, s'ils le souhaitaient, indiquer à la fin du questionnaire leur adresse mail afin de recevoir un livret d'aide pratique à la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant en Maine et Loire. Le questionnaire est resté en ligne 4 mois : le premier envoi a été effectué en Août 2016, puis une relance a été effectuée 2 mois plus tard, avec clôture des réponses fin décembre 2016.

2. Sélection des participants

La liste de mails des médecins généralistes en activité dans le Maine et Loire a été récupérée auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins du Maine et Loire. Cette liste comprenait initialement 803 mails. Les participants inclus dans cette enquête étaient uniquement les médecins généralistes installés en cabinet. Ont été exclus de cette liste 209 mails de médecins : dont 146 médecins praticiens hospitaliers, 27 médecins du travail ou médecins conseils, 15 médecins ayant une activité libérale spécialisée (8 angiologues, 1 acupuncteur, 1 proctologue, 1 allergologue, 1 échographiste et 3 médecins

de PMI), 3 médecins n'exerçant plus et 18 adresses mails invalides. Au total, 594 mails ont été retenus après exclusion.

3. Le questionnaire

Ce questionnaire est organisé en 6 chapitres :

1/ le profil du médecin et de sa patientèle

2/ le surpoids comme motif de consultation. On s'intéresse dans ce chapitre à la consultation d'annonce du surpoids à l'enfant. Dans quelles circonstances est abordé le surpoids de l'enfant ? Quels sont les principaux acteurs lors de cette consultation ? Comment est vécue cette consultation par l'enfant et sa famille ?

3/ la première consultation de prise en charge du surpoids. Ce chapitre analyse la pratique du médecin généraliste au début de la prise en charge du surpoids de l'enfant. Quel type de consultation organise-t-il ? Est-elle facilement acceptée par les familles ? Quelles sont les représentations du médecin généraliste vis à vis de la courbe d'IMC ?

4/ les enfants et leur famille face au surpoids. On s'intéresse ici à l'environnement familial de l'enfant. Dans quelle mesure les familles s'impliquent-elles dans la prise en charge du surpoids de leur enfant. Concernant l'éducation alimentaire et l'éducation sportive ? Quels sont les principaux freins à l'investissement des parents dans le parcours du surpoids de l'enfant ?

5/ le suivi des enfants en surpoids. Ce chapitre aborde l'organisation pratique du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant en surpoids. Oriente-t-il ces enfants vers un nutritionniste/diététicien, un psychologue ? Avec quelle facilité ? Pour quelles raisons ?

6/ A la fin du questionnaire figure un cadre libre afin de laisser le participant exprimer son avis et ses expériences sur le sujet. Enfin, le médecin peut, s'il le souhaite, laisser son adresse mail afin de recevoir le livret d'aide pratique à la prise en charge du surpoids de l'enfant en Maine et Loire.

Rapport-Gratuit.com

4. Le livret

A la fin du questionnaire, nous proposons à chaque participant qui le souhaite de noter son adresse mail afin de recevoir un livret d'aide pratique comprenant quelques conseils pour la prise en charge du surpoids de l'enfant en Maine et Loire : 10 règles nutritionnelles simples à donner à l'enfant, les indications des examens complémentaires devant le surpoids de l'enfant selon les recommandations de l'HAS, les indications retenues au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers de la chirurgie bariatrique par anneau gastrique, le site internet « Moi et mon surpoids » destiné à répondre aux principales questions que se posent l'enfant et sa famille, quelques équivalents nutritionnels et « messages chocs » sur lesquels s'appuyer en consultation, les adresses et numéros de téléphone d'activités physiques adaptées pour les enfants en surpoids à Angers, la « méthode de la main » qui permet une estimation rapide des quantités d'aliments recommandées pour l'enfant, les modalités de prise en charge et des séjours aux Capucins et au CHU d'Angers, et enfin la présentation du parcours My POP (My Parcours Obésité Pédiatrique) proposé par les services de pédiatrie du CHU et des Capucins qui est destiné à la prise en charge de l'obésité de grade 2 ou plus chez les enfants de 7 à 16 ans.

5. Analyse des données

L'analyse des données des réponses fermées a été effectuée à l'aide de statistiques descriptives (pourcentages, moyennes, médianes, écarts-types) à variable qualitative (diagrammes à secteurs circulaires, diagrammes en tuyaux d'orgue, diagrammes en bandes). Les réponses ouvertes ont été collectées et regroupées par thème à partir des hypothèses descriptives de l'enquête. Puis une deuxième lecture a été réalisée à partir des thèmes sélectionnés afin de minimiser les erreurs de classement. L'ensemble de ces données a été analysé de janvier à mars 2017.

III. RÉSULTATS

1. Profil des médecins

Le questionnaire a été adressé à 594 médecins généralistes. Cent trente-neuf ont répondu à cette enquête soit un taux de réponse de 23,4%. Soixante-dix pourcents d'entre eux ont souhaité recevoir le livret d'aide pratique.

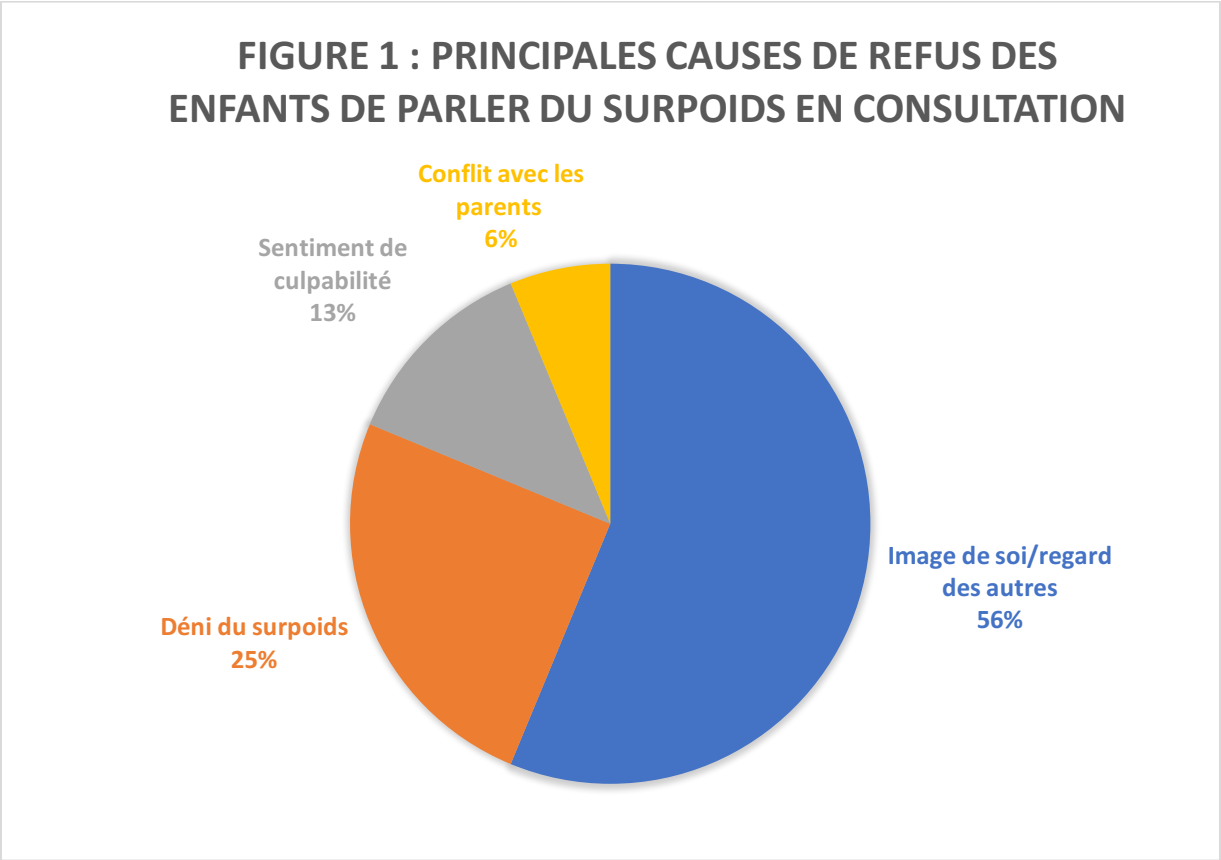
Parmi les participants, 47,5% étaient des femmes. La durée moyenne d'installation en cabinet libéral était de 13,5 années. Leur répartition en fonction du type d'activité était la suivante : rurale = 23% ; semi-rurale = 41% ; urbaine = 36%. Les participants ont estimé avoir en moyenne 24% d'enfants dans leur patientèle.

2. Le surpoids de l'enfant comme motif de consultation

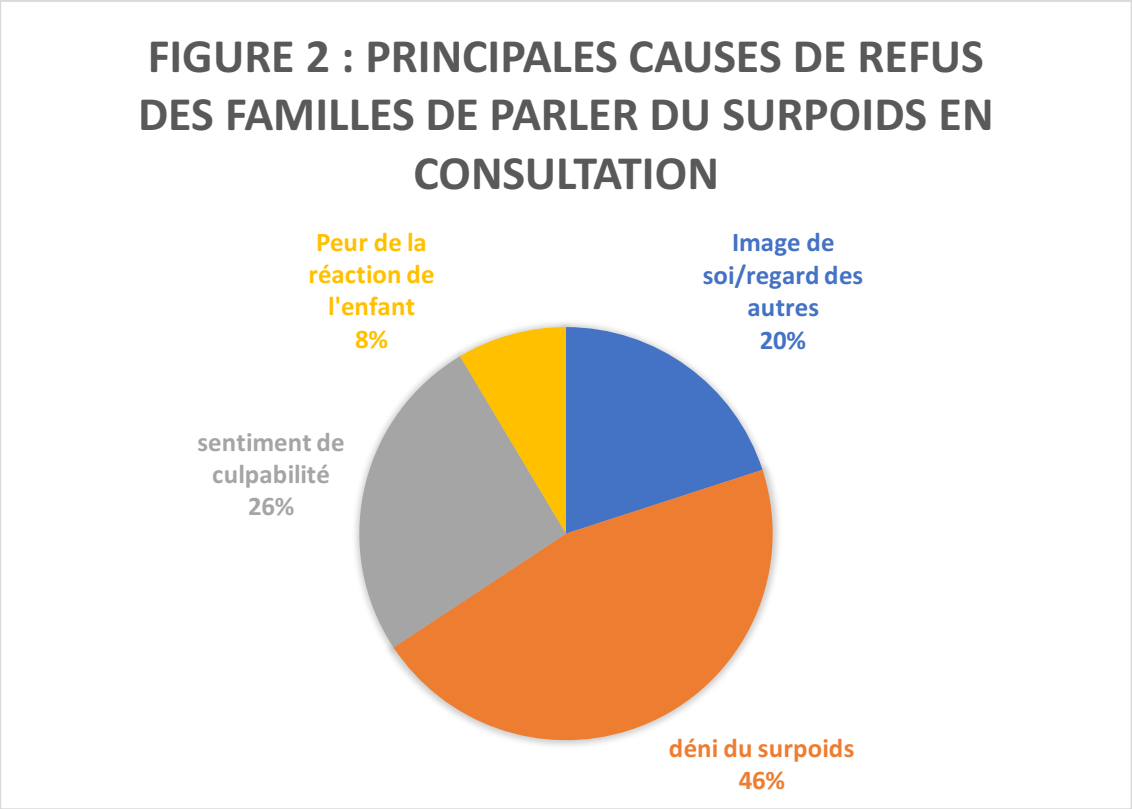
Le surpoids n'est pas le motif de consultation principal dans 87,5% des cas et ce sont le plus souvent les médecins qui abordent le sujet (80,6%).

Cinquante-cinq pourcents des participants ont déclaré que les enfants acceptaient difficilement d'aborder la question du surpoids. La mauvaise image de soi, incluant le regard des autres, est évoquée dans 56% des cas : « peur du regard des autres » ; « quand ils osent parler de ce sujet, c'est souvent de manière gênée, honteuse » ; « faible estime de soi ». Puis ensuite arrive le déni du surpoids (25%) : « peu réceptifs aux conseils diététiques » ; « ne se sentent pas concernés » ; « pas conscients du problème ». Et enfin, le sentiment de culpabilité de l'enfant (18%). (Figure 1)

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES



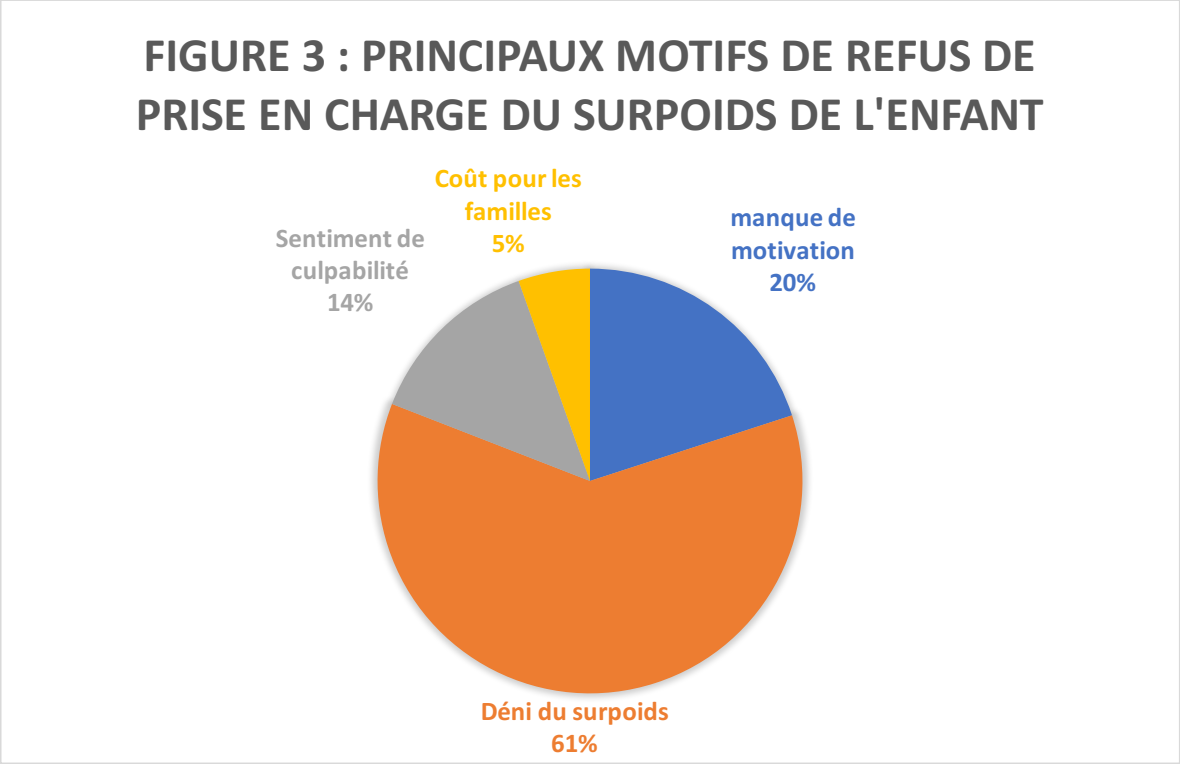
Concernant les familles, 45,3% des médecins estiment qu'elles abordent difficilement la question du surpoids de leur enfant en consultation. Le déni du surpoids est évoqué dans 46% des cas : « problème banalisé » ; « terrain familial d'obésité » ; « remise en cause des habitudes alimentaires ». Puis on retrouve le sentiment de culpabilité (« peur d'un défaut d'éducation » ; « peur d'être jugé sur l'hygiène de vie » ; « se sentent accusés »), ainsi que la mauvaise image de soi représentants respectivement 26% et 20% des réponses. (Figure 2)



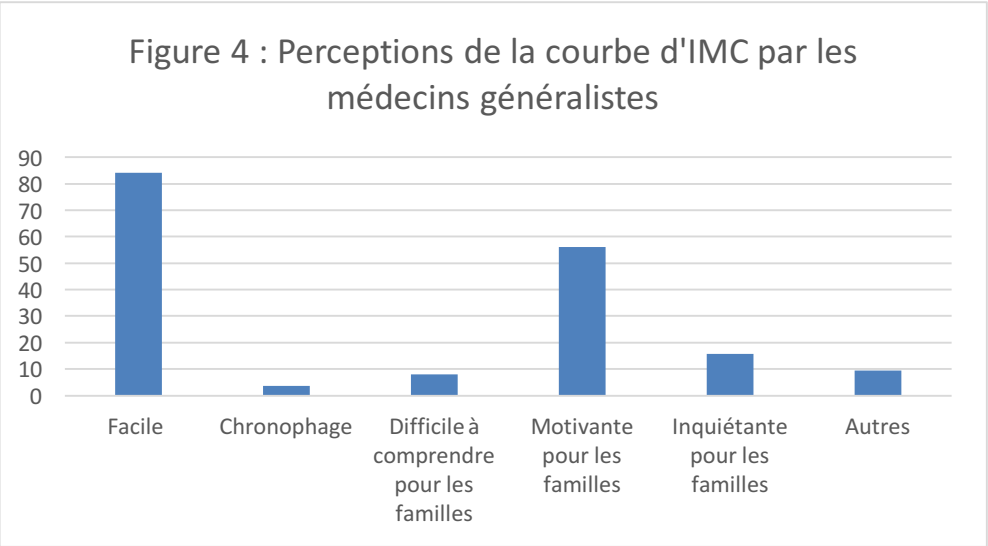
3. La première consultation de prise en charge du surpoids de l'enfant

Les médecins généralistes dédient une consultation spécifique pour la prise en charge du surpoids de l'enfant dans 52,5% des cas. Cette consultation semble longue pour 74,1% d'entre eux : sa durée moyenne est évaluée entre 20 (37,4%) à 30 (43,2%) minutes.

Lorsque le sujet du surpoids de l'enfant est abordé en consultation, 25,9% des médecins interrogés estiment que les familles sont opposantes à la prise en charge. Le principal motif de refus évoqué est le déni du surpoids (61%) : « difficulté de remise en question des habitudes alimentaires » ; « hérédité familiale mise en avant » ; « défaut de compréhension des risques » ; « minimisent le poids de leur enfant ». Les participants ont également noté le manque de motivation (« découragement » ; « manque d'envie et de ressources parentales » ; « se sentent dépassés » ; « pas le temps ») ainsi que le sentiment de culpabilité des parents, représentant respectivement 20% et 14% des réponses. (Figure 3)



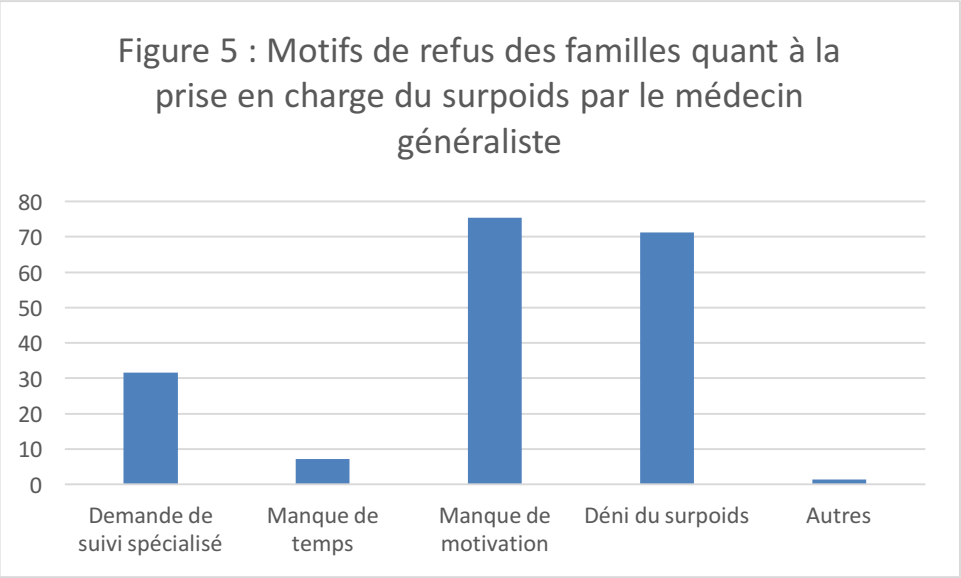
L'utilisation de la courbe d'IMC est ressentie comme facile à comprendre (84,2%) et motivante pour les familles (56,1%). (Figure 4) Cinq médecins ont apporté un commentaire sur l'importance de la notion d'impact visuel de la courbe dans la prise en charge diagnostique et le suivi. Soixante-huit pourcents des praticiens estiment ne pas avoir assez de supports pratiques afin d'expliquer la prise en charge du surpoids aux enfants ainsi qu'à leur famille.



4. Les enfants et leur famille face au surpoids

Avant la prise en charge médicale, les praticiens estiment que les enfants en surpoids et/ou obèses pratiquent rarement (66,9%) une activité physique régulière. Pour les familles concernées, la recherche d'activités physiques adaptées à l'obésité de grade 2 est rarement (69,1%) effectuée. Les principales raisons évoquées par les médecins généralistes sont le manque d'intérêt (59%) et le manque d'information (55,4%) sur le sujet. Le coût (37,4%) est également cité comme un frein à la recherche d'activités physiques adaptées.

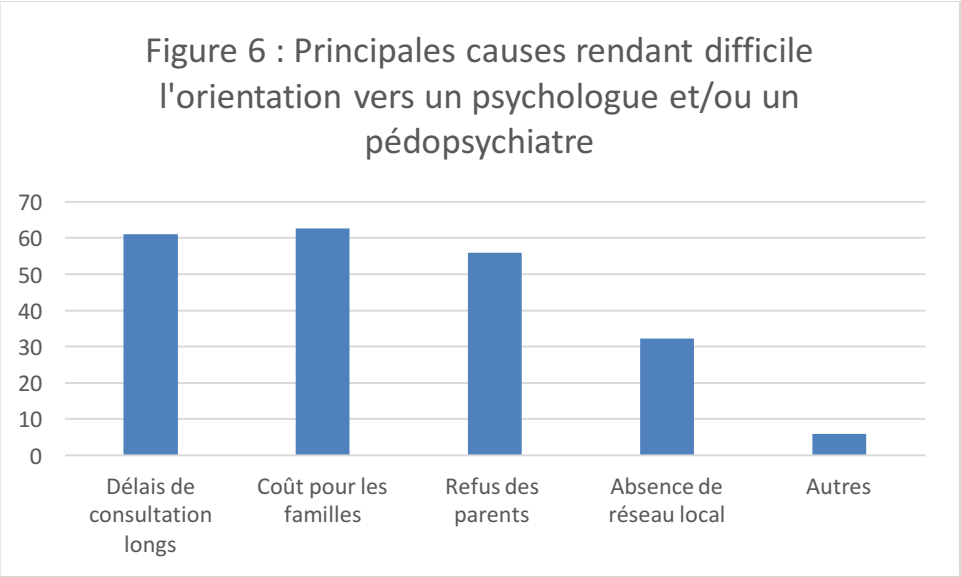
Les enfants et leurs familles acceptent souvent à 71,9% que le suivi du surpoids de l'enfant soit effectué par le médecin généraliste (aucun participant n'a répondu « jamais » à cette question). Les 2 principaux motifs de refus de suivi sont le manque de motivation (75,5%) et le déni du surpoids (71,2%). Lorsqu'un changement des habitudes alimentaires est proposé par le praticien, 72,7% des parents se sentent concernés par cette prise en charge (Figure 5). Cinquante-deux pourcents des médecins interrogés estiment que les familles sont rarement demandeuses d'examens complémentaires.



5. Le suivi des enfants en surpoids

Soixante-trois pourcents des médecins généralistes interrogés estiment que l'assiduité des parents aux consultations de suivi est insuffisante.

Le ressenti psychologique du surpoids chez les enfants semble difficile à évaluer (72,7%) et il apparaît sous-estimé par les parents (67,6%). Les médecins généralistes rencontrent des difficultés à orienter les enfants vers un psychologue ou un pédopsychiatre (83,5%). Les principales raisons avancées par les participants sont le coût pour les familles (62,7%), les délais de consultations longs (61%) et le refus des familles (55,9%). (Figure 6)



Un médecin généraliste sur 4 (24,5%) ne propose pas de consultation avec un(e) nutritionniste ou un(e) diététicien(ne). La première raison exprimée par les médecins est celle du coût pour les familles (74,1%). Les conseils nutritionnels donnés en consultation apparaissent suffisants pour 29,5% d'entre eux. Enfin, le refus des familles est clairement exprimé pour 27,3% des participants. (Figure 7)

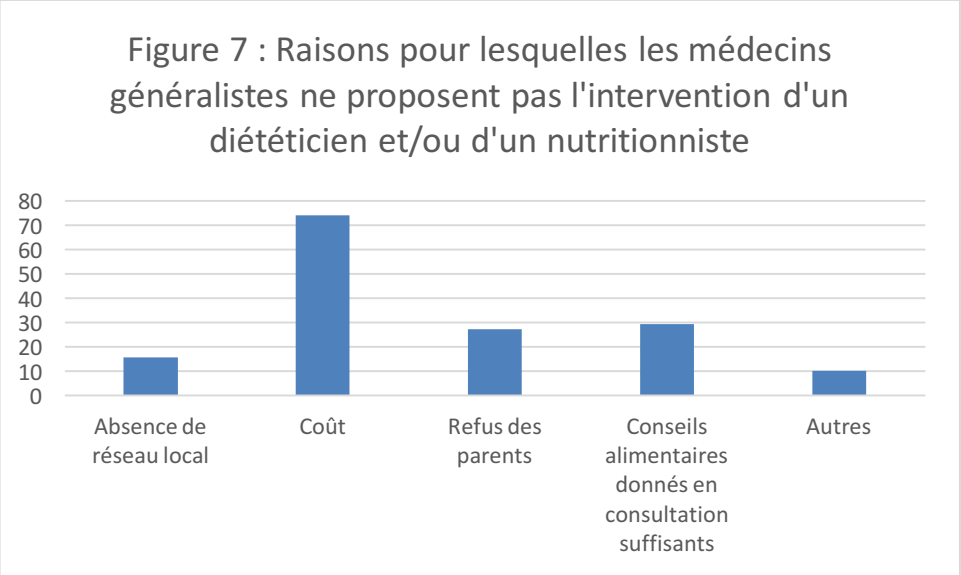


Figure 7 : Raisons pour lesquelles les médecins généralistes ne proposent pas l'intervention d'un diététicien et/ou d'un nutritionniste
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Absence de réseau local
Coût
Refus des parents
Conseils alimentaires donnés en consultation suffisants
Autres

IV. DISCUSSION

1 L'influence du cadre familial

Le surpoids de l'enfant apparaît rarement comme le motif de consultation principal en médecine générale et ce sont donc les médecins qui abordent le sujet dans la majorité des cas. Un des médecins généralistes interrogés signale que « les parents font rarement la démarche de ne venir que pour ce motif ». L'investissement parental dans la prise en charge et le suivi du surpoids de l'enfant est une condition nécessaire à la mise en place d'une stratégie thérapeutique efficace.

1. Les représentations parentales du surpoids

Dans notre étude, de nombreux médecins soulignent des défauts de perception parentale face au surpoids de leur enfant : « défaut de compréhension des risques », « minimisent le surpoids de leur enfant » ou encore « hérédité familiale mise en avant ». Ce problème de santé publique ne semble pas être une priorité pour la majorité des familles. Les difficultés de perception parentale du surpoids de l'enfant ont déjà fait l'objet de nombreuses études. Pour exemple, l'article de Remmers et al publié en 2014 a démontré qu'en moyenne 44% des parents hollandais avaient une mauvaise perception du statut pondéral de leur enfant [14]. Cette proportion variait selon le poids de l'enfant et concernait 50,6% des parents d'enfant en surpoids. Ce résultat est concordant avec l'étude de Lundahl dans laquelle en moyenne 50% des parents sous-estimaient le poids de leur enfant en surpoids ou obèse [15]. Il est essentiel de repérer les différentes représentations parentales du poids et ainsi faciliter leur adhésion à la proposition de soin. La prise de conscience de la réalité du surpoids de leur enfant semble donc être la première étape dans la prise en charge du surpoids de l'enfant.

Cette prise en charge du surpoids apparaît d'autant plus difficile lorsque les autres membres de la famille sont également en surpoids. Le surpoids parental, qu'il soit maternel ou paternel, est un

facteur de risque connu de surpoids pour les enfants. Les filles présentant un surpoids ont, pour 16 % d'entre elles, un père obèse contre 3 % chez celles ne présentent pas de surpoids. L'association de 2 parents en surpoids renforce ce risque [4, 16].

La prise en charge du surpoids doit mobiliser toute la famille et pas uniquement l'enfant. Or, il apparaît dans notre étude que l'assiduité des parents aux consultations de suivi reste insuffisante. Ce phénomène ne se restreint pas qu'aux consultations de médecine libérale puisqu'il concerne également les structures hospitalières. Pour exemple, le réseau My POP (My Parcours Obésité Pédiatrique) au CHU d'Angers doit aussi faire face à un manque d'assiduité. En 2016, sur les 74 familles ayant participé à ce programme, 22 ont arrêté le suivi prématurément et ce, malgré le fait que les parents aient signé une charte d'engagement au début de la prise en charge. Améliorer la motivation des parents et favoriser leur participation à la proposition de soins doit donc être une priorité.

Les notions de « fatalité » et « d'hérédité » ont été mises en avant dans les commentaires de nombreux médecins. La prédisposition génétique des patients obèses est un des axes de recherche pour lutter contre l'augmentation de la prévalence de l'obésité de l'enfant. On sait désormais qu'il existe des mutations génétiques notamment concernant les gênes des récepteurs 3 et 4 de la Mélanocortine (MC3R et MC4R). Le gêne MC4R, de transmission autosomique dominant, a été identifié comme responsable de 2 à 3 % des obésité infantiles [17]. Néanmoins, l'expression clinique reste variable chez les porteurs de ce gêne, suggérant une participation environnementale ainsi que l'intervention d'autres facteurs génétiques.

2. La souffrance familiale

La prise en charge efficace du surpoids passe inévitablement par la prise en compte des souffrances psychologiques de l'enfant et de ses parents. Il est indispensable de dépister ces souffrances et également de comprendre le mode de fonctionnement familial.

La majorité des médecins interrogés ont rencontré des difficultés à évaluer le ressenti psychologique de l'enfant. Pourtant cette souffrance psychologique est fréquemment associée au

Rapport-Gratuit.com

surpoids de l'enfant. Dans notre étude, la « mauvaise image de soi » et le « regard des autres » étaient considérés comme les principales causes de refus d'aborder le sujet en consultation. En 2012, une étude menée par Autume et al s'est intéressée aux conduites alimentaires et symptômes émotionnels de 63 enfants obèses. Il en ressort que près de la moitié des enfants obèses présentaient une anxiété significative et près d'un tiers des symptômes dépressifs [18]. De plus, ces enfants en surpoids sont fréquemment victimes de moqueries, notamment à l'école, ce qui favorise leur sentiment de honte vis à vis des autres. Les conséquences psychologiques qui en découlent sont dans la majorité des cas sous-estimées par les parents. Il semble nécessaire de favoriser la collaboration entre les médecins généralistes, les médecins scolaires et les équipes éducatives afin de détecter le plus précocement possible les souffrances de l'enfant.

La prise en compte de la souffrance parentale fait également partie intégrante de la prise en charge du surpoids de l'enfant. De nombreux médecins évoquent le sentiment de « culpabilité des parents » comme frein à la prise en charge du surpoids de l'enfant. Il existe différentes approches psychothérapeutiques pour soutenir l'enfant et ses parents, condition nécessaire à l'introduction de changements de comportement dans la durée [19]. La souffrance psychologique apparaît complexe et sous-estimée par les familles mais également par les professionnels de santé. Sa prise en charge nécessite un dépistage précoce ainsi qu'une compréhension de l'environnement social et familial de l'enfant.

3. Le mode de vie

Dans notre étude, près d'un tiers des médecins interrogés (30,2%) estiment que les enfants en surpoids et/ou obèses pratiquent une activité physique régulière. Ce pourcentage est bien inférieur à celui de la population générale. En effet, les résultats de l'enquête de l'ENNS réalisée en 2007 ont montré que 67% des enfants de 3 à 10 ans (60% pour les adolescents de 11 à 14 ans) pratiquaient une activité physique en dehors de l'école [4]. L'absence de pratique d'activité physique peut contribuer

au surpoids mais aussi être secondaire à l'image de soi très négative des enfants en surpoids, ce qui rend difficile le regard des autres notamment au cours d'activités physiques. Néanmoins, il apparaît que le manque d'intérêt parental pour la pratique d'une activité physique influence grandement celui des enfants, notamment en dehors de l'école. Une étude réalisée en 2006 en Alsace a démontré que la probabilité qu'un adolescent pratique une activité physique en dehors de l'école était multipliée par 1,97 chez les garçon et 1,56 chez les filles dont les parents sont sportifs en comparaison avec les familles dont aucun parent ne l'est [20, 21]. La promotion de l'activité physique de l'enfant passe également par celle des parents.

Notre étude a montré que la recherche d'activité physique adaptée est rarement effectuée par les parents. Le manque d'information des parents apparaît comme un des principaux freins à la recherche d'une activité physique, notamment dans les cas d'obésité sévère. Le coût lié à l'activité joue également un rôle important dans la décision parentale. D'autres études rejoignent ces résultats puisque les barrières les plus fréquemment retrouvées étaient le manque d'information sur les activités physiques, le manque de temps notamment concernant le transport et le coût [22]. Les inégalités socio-économiques constituent un frein majeur dans l'accès à l'activité physique. Peu d'aides sont disponibles pour les foyers les moins aisés et les informations à ce sujet sont difficiles à trouver. A Angers, il existe pour les familles en difficultés, la possibilité de bénéficier de « Tickets sport » en faisant une demande à la mairie. Ces « tickets sport » sont attribués en fonction du revenu des parents. Pour tous les adolescents de 15 à 19 ans scolarisés ou non, il existe également le « PASS Culture Sport » à Angers, qui offre une faible réduction (16 euros) sur une cotisation sportive annuelle.

La prévention de l'obésité de l'enfant suppose également une modification durable du modèle alimentaire familial et notamment parental afin d'assurer une prise en charge efficace. Dans notre étude, la majorité des parents se sentent concernés par le changement des habitudes alimentaires proposé en consultation. Paradoxalement, les médecins interrogés expriment clairement la « difficulté des parents à remettre en cause » leur mode de vie et plus particulièrement leur modèle alimentaire. Les difficultés à étendre les recommandations alimentaires à toute la famille (et notamment quand le surpoids concerne plusieurs membres de la famille), le manque de motivation et le manque de

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

connaissance sur le sujet sont les principaux obstacles évoqués dans les commentaires de notre étude. Ces résultats sont concordants avec ceux d'autres études réalisées sur ce sujet. L'étude de Rodriguez-Ventura et Al, publiée en 2014 dans le Journal Of Obesity, a voulu mettre en évidence différents obstacles à la perte de poids du point de vue des parents et des enfants. Il en ressort que les principales barrières détectées étaient le manque de perception d'être en surpoids, le manque d'information sur le surpoids et ses conséquences, le manque de temps pour superviser un mode de vie sain, et une grande influence sociale pour une mauvaise alimentation [23]. Le modèle alimentaire familial doit être remis en cause afin que les changements alimentaires proposés soient appliqués de manière durable. En complément du rôle éducatif du médecin généraliste face au surpoids de l'enfant, la diffusion de l'information à l'échelle nationale doit être plus fréquente, lisible et accessible à tous.

L'école doit également assumer un rôle éducatif et préventif concernant le surpoids de l'enfant. Des efforts ont déjà été réalisés puisque les distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants sont interdits dans les établissements scolaires depuis 2005. Le programme national de l'alimentation, mis en place par le Ministère de l'Education Nationale, a pour but d'améliorer les conditions de restauration dans les établissements scolaires. Mais comme le souligne un des participants de notre étude, il n'existe pas de réel « contrôle sur l'alimentation en milieu scolaire (cantine, self) ». Dans de nombreux établissements, les enfants peuvent se resservir facilement et avoir des apports en féculents très conséquents. Il leur est souvent demandé de manger rapidement. Le rôle éducatif de l'école doit inclure l'amélioration de son modèle alimentaire.

2. Le médecin généraliste au centre de la prise en charge

Le médecin généraliste est, dans la majorité des cas, le professionnel de santé de référence pour les familles d'enfant en surpoids. Ce dernier va organiser la prise en charge et le suivi de l'enfant et de sa famille et coordonner l'intervention des différents acteurs de santé.

1. Valoriser la place du médecin généraliste

Plus de la moitié des médecins (52,5%) dédient une consultation spécifique à la prise en charge du surpoids de l'enfant. Cette consultation leur apparaît plus longue qu'une consultation habituelle : la majorité des médecins estime qu'elle dure 20 à 30 minutes. Une étude nationale de la DREES, réalisée en mars 2012, a évalué la durée moyenne de la consultation des médecins généraliste en France à 18 minutes [24]. Ces données confortent l'idée que la consultation de prise en charge du surpoids de l'enfant est une consultation chronophage en médecine générale. D'autant que cette prise en charge s'inclue le plus souvent dans une consultation dont le motif n'est pas le surpoids de l'enfant, ce qui rallonge significativement la durée de la consultation. Valoriser la prise en charge du surpoids de l'enfant est une des mesures incluses dans la dernière convention nationale entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. A partir de mai 2017, la consultation de médecine générale sera majorée à 46€, maximum deux fois par an, pour le suivi et la coordination des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité [25].

Néanmoins, valoriser l'acte de prévention en médecine générale ne peut pas se réduire à une incitation financière. Plusieurs médecins interrogés parlent du sentiment de solitude dans la prise en charge du surpoids de l'enfant : « peu d'aide pour nous soutenir sur Angers », « délai très long pour les prises en charge spécialisées ». Un participant souligne également à ce sujet qu'il n'est « jamais tenu au courant par les pédopsychiatres qui suivent sa patientèle ». Il faut donc favoriser la cohésion interprofessionnelle et notamment le lien ville-hôpital et généraliste-spécialiste afin de soutenir les médecins généralistes. C'est dans ce but que les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOP) ont été mis en place à partir de 2003 dans le cadre du PNNS 1, avec de bons résultats [26]. Ils proposent un parcours de soins coordonnés pour l'enfant et sa famille permettant un suivi régulier et une participation active du médecin généraliste ainsi que des différents acteurs de santé médicaux et paramédicaux.

Il n'existe pas de RéPPOP en Maine et Loire mais le service de pédiatrie du CHU d'Angers propose le parcours My POP. C'est un parcours de prise en charge de l'obésité à destination des enfants âgés

de 7 à 16 ans, en situation d'obésité de grade 2 ou plus, incluant la participation familiale à des ateliers collectifs. Il existe aussi la possibilité, pour les adolescents de 11 à 18 ans en situation d'obésité, d'intégrer un programme d'hospitalisation de semaines au sein du département de Soins de Suite et Réadaptation spécialisés pédiatriques des Capucins. Ces différents programmes ont été cités à plusieurs reprises par les médecins généralistes interrogés et semblent donc connus dans le département. Cependant, ils ne s'adressent qu'aux enfants en situation d'obésité de grade 2 ou plus.

Il n'existe donc pas, dans tous les départements, de programme clairement établi de type RéPPOP pour soutenir la prise en charge et le suivi de l'enfant en surpoids non obèse. Le médecin généraliste doit alors rechercher l'appui des différents acteurs de santé en dehors de ces programmes de soins coordonnés. Dans notre étude, les médecins expriment des difficultés à orienter les patients notamment vers les psychologues/pédopsychiatres ou vers diététiciens/nutritionnistes. La principale raison avancée est le coût pour les familles. En effet, une consultation chez le psychologue ou le diététicien n'est pas remboursée par l'assurance maladie et coûte minimum 40 euros. L'état actuel des remboursements par les mutuelles reste très faible puisque cela représente dans le meilleur des cas (contrats les plus onéreux) 200 euros par an, soit 4 à 5 consultations par an. Pour mettre en place une politique de prévention nationale du surpoids de l'enfant et lutter contre ces inégalités d'accès aux soins, le ministère de l'éducation nationale propose, à travers la loi santé 2016, la mise en place d'un dispositif de prévention de l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans. Ce dispositif permettra au médecin généraliste de prescrire un bilan psychologique et diététique ainsi que les consultations de suivi au sein de maisons de santé ou de centres de santé pluridisciplinaires. Le financement des consultations et bilans s'effectuera par un forfait annuel par enfant versé par la CPAM au titre de ses actions de prévention. Ce dispositif est actuellement à l'essai dans 3 régions en France (Seine Saint-Denis, Nord Pas-de-Calais, La Réunion) [27].

Concernant les psychologues et pédopsychiatres qui exercent dans des structures permettant une prise en charge non payante (Centre Médicaux Psychologiques et structures hospitalières), la longueur des délais de consultation apparaît comme un frein à l'orientation des patients. L'aspect psychologique est une composante importante dans la prise en charge du surpoids notamment dans la

motivation des familles et leur adhésion au projet de soin. Le nouveau projet de loi de financement de la sécurité sociale propose, à travers le « PASS SANTE JEUNE », un accès facilité aux consultations de psychologue pour les enfants et jeunes adultes (de 6 à 21 ans). Cette mesure permet l'accès gratuit aux consultations de psychologues libéraux disposants d'un numéro ADELI, dans la limite de 10 séances par an. Cette prise en charge sera effective à partir du printemps 2017 et sera testée dans 3 régions française : l'Ile de France, le Grand Est et les Pays de la Loire [28].

2. Les supports pratiques d'aide à la prise en charge

La courbe d'IMC apparaît comme un facteur facilitateur dans notre étude puisque la majorité des médecins participants estiment qu'elle est facile à comprendre (84,2%) et motivante pour les familles (56,1%). Elle peut agir comme un « déclencheur » pour prendre conscience du surpoids. Paradoxalement, son utilisation reste limitée dans les différentes études réalisées en Maine et Loire. En 2012, Caillez et al avaient mis en évidence que moins d'un quart des médecins connaissaient la signification du rebond d'adiposité précoce [13]. Dans le travail de thèse de O.Goujeon en 2016, il était retrouvé que 55% des médecins interrogés connaissaient le seuil correct en dessous duquel le rebond d'adiposité était considéré comme précoce. L'IMC était mesuré systématiquement en consultation par les médecins généralistes dans 74% des cas.

La perception des médecins généralistes face au surpoids de l'enfant a pu influencer la réalisation de la courbe d'IMC. Le motif de consultation, la durée de consultation et la connaissance ou non de la famille sont des facteurs importants à prendre en compte. Certains médecins estimaient également qu'il était délicat d'aborder le sujet et que cela pouvait constituer un risque de perte de patientèle [29]. La courbe d'IMC apparaît néanmoins comme un outil intéressant pour objectiver l'évolution du surpoids de l'enfant au cours de la prise en charge.

Sur le plan national, plusieurs supports sont à la disposition des médecins. En 2011, la Haute Autorité de santé (HAS) et L'Institut National de Prévention et d'Education de la Santé (INPES) ont élaboré des recommandations de bonnes pratiques concernant le surpoids et l'obésité de l'enfant.

Cependant, ces mesures semblent insuffisantes puisque la majorité des médecins généralistes interrogés dans notre étude (68%) estiment qu'ils manquent de supports pratiques pour la prise en charge et le suivi du surpoids de l'enfant. C'est donc devant ce constat que nous avons élaboré la première version d'un livret pratique d'aide pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant. Le but de ce livret était de regrouper à l'intention des médecins généralistes qui le souhaitaient, certains outils utilisés dans le service d'endocrino-pédiatrie du CHU d'Angers. Il contenait également de nombreux liens locaux (adresses, numéros de téléphone, site internet) visant à faciliter l'orientation des enfants et de leur famille. Ce livret constitue une première ébauche dans la perspective de réaliser, lors de travaux ultérieurs, une trousse à outils informatique diffusable à l'ensemble des médecins généralistes de Maine et Loire.

3. Limites de l'étude

La population de notre étude est comparable en certains points à la population médicale française. D'après les données du Ministère de la santé, la population de médecins généralistes français est actuellement composée à 55% d'hommes, contre 52,5% dans notre étude. La répartition entre médecins exerçants en milieu rural (23%), semi-rural (41%) et urbain (34%) apparaît équilibrée. L'appartenance au groupe semi-rural relève d'une évaluation subjective de chaque participant. Il n'a pas été retrouvé de répartition nationale en fonction de ce type de critère [30].

L'utilisation d'un questionnaire en ligne, pour des raisons pratiques, comportait certaines limites. Notre taux de réponse était de 23,4%. D'après une étude de 2004 sur l'efficacité des sondages par Internet, le taux de retour moyen était de 9,8% [31]. La société française de médecine générale (SFMG) obtenait en 2006 un taux de réponse de 21% pour une étude réalisée en ligne à propos de la nutrition en médecine générale [32].

V. CONCLUSION

Le rôle de la famille est primordial dans la prise en charge du surpoids de l'enfant. Il faut donc s'assurer de la bonne compréhension et de l'adhésion de l'enfant et de sa famille à la proposition de soins. La prise en charge pluridisciplinaire est une condition nécessaire au soutien des médecins généralistes qui font face au surpoids de l'enfant. Actuellement, plusieurs programmes de prise en charge, proposés dans la loi santé 2016, sont à l'essai dans plusieurs régions. Ces programmes permettent l'intervention remboursée de certains professionnels de santé (psychologue, diététicien(ne)), sous la coordination du médecin traitant. La création de dispositifs de prévention type RéPPOP pourraient être un soutien supplémentaire pour le médecin généraliste et favoriser le lien ville-hôpital.

La majorité des médecins généralistes estiment manquer de supports pratiques pour la prise en charge du surpoids de l'enfant. Le livret élaboré dans notre étude n'est qu'un support d'aide provisoire. A terme, le développement et l'élaboration d'outils pratiques d'aide à la prise en charge et au suivi des enfants en surpoids pourrait favoriser l'harmonisation des pratiques médicales tout en consolidant le lien avec les professionnels de santé du département. La création d'une trousse à outil informatique diffusable à l'ensemble des médecins généralistes de Maine et Loire pourrait être un projet intéressant et faire l'objet d'une étude ultérieure.

BIBLIOGRAPHIE

1. Castetbon K. L'évolution récente des prévalences de surpoids et d'obésité chez l'enfant et l'adolescent en France et au niveau international. Archives de Pédiatrie. 2015 Jan ; vol 22(1) : pages 111–115.

2. Haute autorité de santé (HAS). Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Actualisation des recommandations de 2003. HAS. 2011 Sept.

3. Salanave B, Péneau S, Rolland-Cachera MF, Hercberg S, Castetbon K. 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. 34 p.

4. Etude nationale nutrition santé ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Colloque du PNNS, Décembre 2007

5. Programme National Nutrition Santé - PNNS 2001 – 2005. Ministère de la santé. 2001.

6. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSES). Février 2016.

7. Institut National de Prévention et d'Education de la Santé (INPES). Surpoids de l'enfant : le dépister et en parler précocement - Repères pour votre pratique. Août 2011.

8. Tounian P. Conséquences à l'âge adulte de l'obésité de l'enfant. Archives de Pédiatrie, Volume 14, Chapitre 6. Juin 2007 ; Pages 718-720.

9. Bjørge T, Engeland A, Tverdal A, Smith G. D. Body Mass Index in Adolescence in Relation to Cause-specific Mortality : A Follow-up of 230,000 Norwegian Adolescents. American Journal of Epidemiology, vol 168 (1) : pages 30-37. 2008 May.

10. Guignon N, Collet M, Gonzalez L et al. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Etudes et résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), n° 737. Septembre 2010.

11. Observatoire régional de la santé des pays de la Loire. Surpoids et Obésité : La santé observée dans les Pays de la Loire de 2000 à 2009. Février 2012.

12. Larsen LM, Ledderer L, Jarbøl DE. Management of Overweight during Childhood: A Focus Group Study on Health Professionals' Experiences in General Practice. International Journal of Family Medicine. Vol 2015 : page 1-6.

13. Cailliez E, Fanello S., Gérard S., Pietri M. Obésité infantile et médecine générale. Soins Pédiatrie Puériculture. 2012 Jul ; 33(267) : 41-5.

14. Remmers et al. Correlates of Parental Misperception of Their Child's Weight Status: The 'Be Active, Eat Right' Study. 2014

15. Lundahl et al. Parental Underestimates of Child Weight: A Meta-analysis. Pediatrics. 2014

16. Salanave B, Péneau S, Rolland-Cachera MF, Hercberg S, Castetbon K. 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. 34 p.

17. Tounian P. Programming towards Childhood Obesity. Ann Nutr Metab 2011 ; 58 (suppl 2) : 30–41

18. D'Autume et al. Conduites alimentaires et symptômes émotionnels dans l'obésité infantile : étude exploratoire transversale à partir d'autoquestionnaires chez 63 enfants et adolescents. Archives de pédiatrie. Volume 19, Issue 8, Août 2012, Pages 803–810

19. Isnard-Mugnier et al. Obésité de l'enfant L'accompagnement psychologique. La revue du Praticien, Tome 19, n° 714-715. Décembre 2005.

20. Frelut M-L, Peres G. Activité physique et obésité de l'enfant : de sa responsabilité à son intérêt thérapeutique. Médecine thérapeutique / Pédiatrie, novembre 2011.

21. Platat et al. Diet and physical activity profiles in French preadolescents. British Journal of Nutrition (2006), 96, 501–507

22. Sonneville et al. Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. BMC Pediatrics, décembre 2009, Volume 9

23. Rodriguez-Ventura et al. Barriers to Lose Weight from the Perspective of Children with Overweight/Obesity and Their Parents: A Sociocultural Approach. Journal of Obesity, 2014, Pages 1-7.

24. Jakoubovitch et al. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale : les emplois du temps des médecins généralistes. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Mars 2012, n° 797.

25. L'assurance maladie. La convention nationale 2016-2021 entre les médecins libéraux et l'assurance maladie : Synthèse. http://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/11/Assurance-Maladie_Synthese_Convention_2016.pdf

26. Carriere C, Cabaussel C, Bader C, Barberger-Gateau P, Barat P, Thibault H. Multidisciplinary care management has a positive effect on paediatric obesity and social and individual factors are associated with better outcomes. Acta Paediatr. 2016 Sep.

27. Ministère des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 10 février 2017 fixant le cahier des charges relatif aux expérimentations prévues par l'article 68 de la loi de financement de la

Rapport-Gratuit.com

sécurité sociale pour 2016 destinées à prévenir l'obésité chez l'enfant de trois à huit ans. Journal officiel de la république française. Février 2017.

28. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Plan d'action en faveur du bien- être et de la santé des jeunes, article 68 du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Novembre 2016

29. King et al. Australian GPs' perceptions about child and adolescent overweight and obesity: The Weight of Opinion study. British Journal of General Practice. 2007 Feb ; 57 (535) : 124-9.

30. Ministère de la Santé. Effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge.

31. Ganassali S, Moscarola J. Protocoles d'enquête et efficacité des sondages par Internet. Décisions Mark. 2004 ; (33) : 63–75.

32. Département Observatoire de Médecine Générale. Nutrition en médecine générale : Quelles réalités ? 2006

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Principales causes de refus des enfants de parler du surpoids en consultation 8

Figure 2 : Principales causes de refus des familles de parler du surpoids en consultation 9

Figure 3 : Principaux motifs de refus de prise en charge du surpoids de l'enfant 10

Figure 4 : Perceptions de la courbe d'IMC par les médecins généralistes 10

Figure 5 : Motifs de refus des familles quant à la prise en charge du surpoids par le médecin généraliste 11

Figure 6 : Principales causes rendant difficile l'orientation vers un psychologue et/ou un pédopsychiatre 12

Figure 7 : Raisons pour lesquelles les médecins généralistes ne proposent pas l'intervention d'un diététicien et/ou d'un nutritionniste 13

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS

I. INTRODUCTION 1

II. MATERIEL ET MÉTHODES 4

II. 1. Déroulement de l'enquête 4
II. 2. Sélection des participants 4
II. 3. Le questionnaire 5
II. 4. Le livret ..... **Erreur ! Le signet n'est pas défini.**
II. 5. Analyse des données 6

III. RÉSULTATS 7

III. 1. Le profil des médecins 7
III. 2. Le surpoids de l'enfant comme motif de consultation 7
III. 3. La première consultation de prise en charge du surpoids de l'enfant 9
III. 4. Les enfants et leur famille face au surpoids 11
III. 5. Le suivi des enfants en surpoids 12

IV. DISCUSSION 14

IV. 1. L'influence du cadre familial 14
IV. 1. 1. Les représentations parentales du surpoids 14
IV. 1. 2. La souffrance familiale 15
IV. 1. 3. Le mode de vie 16

IV. 2. Le médecin généraliste au centre de la prise en charge 18
IV. 2. 1. Valoriser la place du médecin généraliste 19
IV. 2. 2. Les supports pratiques d'aide à la prise en charge 21

IV. 3. Les limites de l'étude 22

V. CONCLUSION 23

BIBLIOGRAPHIE 24

LISTE DES FIGURES 27

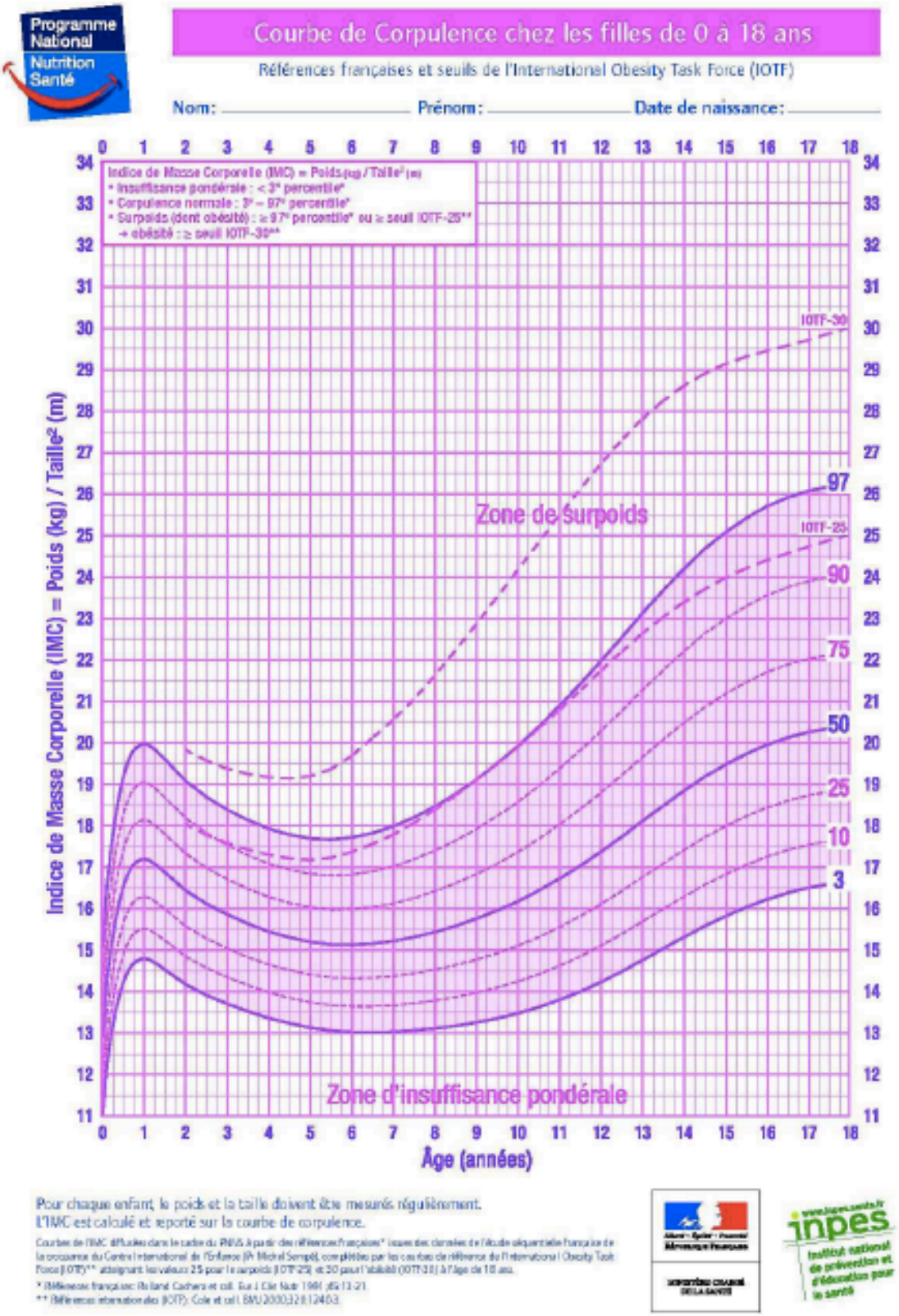
TABLE DES MATIERES 28

ANNEXES I

Courbes de corpulence du PNNS adaptées à la pratique clinique I
Questionnaire adressé aux médecins généralistes de Maine et Loire III
Livret pratique destiné aux médecins généralistes de Maine et Loire X

ANNEXES

Courbes de corpulence du PNNS adaptées à la pratique clinique

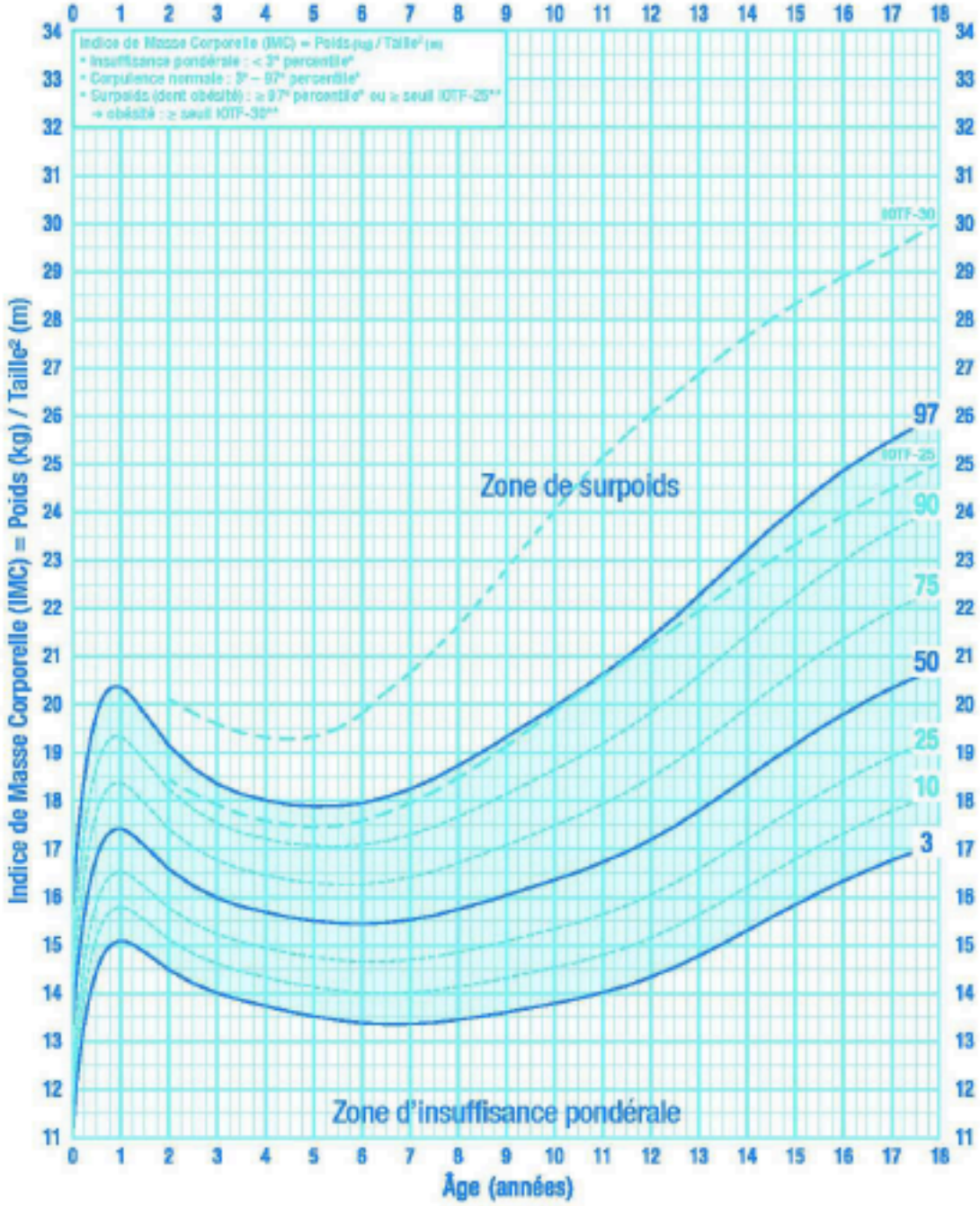


Programme National Nutrition Santé

Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.
L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC difficiles dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (IA Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991 ;45:13-21.

** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1240-3.

Alliance - Égalité - Fraternité
République Française

Ministère chargé de la Santé

www.inpes.santé.fr
inpes
institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Questionnaire adressé aux médecins généralistes de Maine et Loire

Le surpoids de l'enfant

*Obligatoire

Votre Profil

1. **Sexe** *
   Une seule réponse possible.
   - masculin
   - féminin

2. **Nombre d'années d'installation** *

3. **Vous exercez en milieu** *
   Une seule réponse possible.
   - rural
   - semi-rural
   - urbain

4. **Pourcentage d'enfant (moins de 16 ans) dans votre patientèle** *

Passez à la question 5.

Le surpoids comme motif de Consultation

5. **Lorsque vous abordez le sujet du surpoids avec le patient, est-ce le motif principal de la consultation?** *
   Une seule réponse possible.
   - Toujours
   - Souvent
   - Rarement
   - Jamais

6. **Qui aborde le plus souvent le sujet du surpoids lors de la consultation?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Vous
- ◯ L"enfant
- ◯ Les parents
- ◯ Autre : _____

7. **Les enfants acceptent-ils facilement d'aborder la question du surpoids?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

8. **Si non, quelles en sont les principales raisons?**

_____
_____
_____
_____
_____

9. **Et leur famille aborde-t-elle facilement la question du surpoids?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

10. **Si non, quelles en sont les principales raisons?**

_____
_____
_____
_____
_____

Prise en charge du surpoids : la Première consultation

11. **Dédiez-vous une consultation spécifique pour la prise en charge du surpoids de l'enfant?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Toujours
- ◯ Souvent
- ◯ Rarement
- ◯ Jamais

12. **La durée de la consultation au cours de laquelle vous abordez pour la première fois le surpoids vous semble-t-elle longue?** *
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

13. **Quelle en est la durée en moyenne?** *
Une seule réponse possible.

- 15 minutes
- 20 minutes
- 30 minutes
- 45 minutes

14. **Trouvez vous que les familles soient opposantes lorsque vous abordez le sujet du surpoids?** *
Une seule réponse possible.

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

15. **Quand c'est le cas, quels sont les motifs de refus de prise en charge les plus fréquents?**

16. **Pensez vous avoir assez de supports pratiques pour expliquer la prise en charge du surpoids aux familles et à l'enfant?** *
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

17. **L'utilisation de la courbe d'IMC vous parait-elle? (plusieurs réponses possibles)** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Facile
- [ ] Chronophage
- [ ] Difficile à comprendre pour les familles
- [ ] Motivante pour les familles
- [ ] Inquiétante pour les familles
- [ ] Autre : _____

Les enfants et leur famille face au surpoids

18. **Les enfants en surpoids que vous voyez pratiquent-ils une activité physique régulière? (avant de débuter la prise en charge)** *
Une seule réponse possible.

- ( ) Toujours
- ( ) Souvent
- ( ) Rarement
- ( ) Jamais

19. **Pour les enfants en obésité de grade 2 et plus, les familles ont elles déjà fait des recherches d'activités physiques adaptées?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) Toujours
- ( ) Souvent
- ( ) Rarement
- ( ) Jamais

20. **Et quand elles ne l'ont pas fait, quelles en sont les principales raisons? (plusieurs réponses possibles)** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Manque de temps
- [ ] Coût
- [ ] Manque d'information sur le sujet
- [ ] Manque d'intérêt pour le sujet
- [ ] Peur du regard des autres
- [ ] Autre : _____

21. **Les familles sont-elles demandeuses d'examens complémentaires devant un surpoids ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Toujours
- ◯ Souvent
- ◯ Rarement
- ◯ Jamais

22. **Les familles acceptent elles facilement que vous preniez en charge le suivi régulier de l'enfant en surpoids?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Toujours
- ◯ Souvent
- ◯ Rarement
- ◯ Jamais

23. **Dans les cas ou elles n'acceptent pas, quelles sont les 2 motifs de refus les plus fréquents?** *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Demande de suivi spécialisé
- ☐ manque de temps
- ☐ manque de motivation
- ☐ déni du surpoids
- ☐ Autre : _____

24. **Leurs parents s'impliquent-ils dans le changement des habitudes alimentaires que vous proposez?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Toujours
- ◯ Souvent
- ◯ Rarement
- ◯ Jamais

Le suivi des enfants en surpoids

25. **Globalement, l'assiduité des parents aux consultation de suivi du surpoids vous semble-t-elle?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Excellente
- ◯ Bonne
- ◯ Insuffisante
- ◯ Inexistante

Rapport-Gratuit.com

26. **Le retentissement psychologique du surpoids chez les enfants vous semble-t-il? (plusieurs réponses possibles)** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Facile à aborder
- [ ] Difficile à évaluer
- [ ] Sous estimé par les parents
- [ ] Autre : _____

27. **Rencontrez vous des difficultés à orienter les enfants en surpoids vers un pédopsychiatre ou un psychologue lorsque cela vous semble nécessaire?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) Oui
- ( ) Non

28. **Si oui, quelles en sont les principales raisons ? (plusieurs réponses possibles)**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] délai de consultation long
- [ ] coût pour les familles
- [ ] refus des parents
- [ ] absence de réseau local
- [ ] Autre : _____

29. **Au cours du suivi, proposez vous l'intervention d'un(e) nutritionniste/diététicien(ne)?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) Toujours
- ( ) Souvent
- ( ) Rarement
- ( ) Jamais

30. **Si vous ne le proposez pas, quelles en sont les principales raisons? (plusieurs réponses possibles)** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Absence de réseau local
- [ ] Coût
- [ ] Refus des parents
- [ ] Conseils alimentaires donnés en consultation suffisants
- [ ] Autre : _____

Fin du questionnaire, merci beaucoup de votre participation !

31. **Si vous souhaitez exprimer d'autres difficultés rencontrées dans votre pratique ou si vous avec des remarques à faire sur la prise en charge et le suivi des enfants en surpoids, n'hésitez pas!!**

32. **Enfin, si vous souhaitez recevoir le livret d'aide pratique pour la prise en charge et le suivi des enfants en surpoids, merci de m'indiquer votre adresse mail**

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Livret pratique destiné aux médecins généralistes de Maine et Loire

Livret pratique : quelques conseils pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant

Thèse de médecine générale
Mathieu Roche
Année 2016

TABLES DES MATIERES

1. Conseils à destination des enfants et leur famille

2. Les examens complémentaires

3. Chirurgie bariatrique en pédiatrie

4. Site internet « Moi et mon surpoids »

5. Quelques messages « chocs »

6. Activités sportives adaptées proposées sur Angers

7. Estimation des quantités : l'image de la main

8. Séjour de prise en charge de l'obésité aux Capucins

9. Parcours My Pop (My Parcours Obésité Pédiatrique)

1. Idées de conseils à proposer à l'enfant et sa famille

POUR FAIRE ATTENTION A TON POIDS, PENSE A

1. Prendre **4 repas par jour**, avec un **petit déjeuner consistant** : l'organisme a besoin de 4 repas par jour
2. Prendre le temps de **manger dans le calme**, la **télé éteinte** : les repas du midi et du soir durent au moins 30 minutes
3. Manger le contenu de ton assiette, **pas plus**, même s'il s'agit de ton plat favori. Si tu trouves cela difficile, n'hésites pas à manger dans une assiette à dessert.
4. Manger **seulement aux repas**
5. Boire **un verre de jus de fruit par jour (équivalent de 5 morceaux de sucre)**, et de **l'eau à volonté**.
6. Regarder la télé, l'ordinateur, et jouer à la console jusqu'à **2 heures par jour au maximum**
7. **Bouger** le mercredi et le week-end : promenades à pied, vélo, piscine, jeu en plein air
8. **Te déplacer à pied (ou à vélo)**, et le moins souvent possible en voiture ou en bus (ou descendre du bus avant l'arrivée pour marcher)
9. Faire **un peu d'activité chaque jour**, 7 jours sur 7, et 365 jours/an
10. Faire du sport en club si cela est possible.

« Explications » de ces 10 conseils :

Cette fiche de conseils peut être lue avec l'enfant et l'accompagnant et il est intéressant de leur proposer de choisir **2 objectifs** dans cette liste, objectifs qu'ils ont envie d'appliquer au domicile. Il est préférable de n'en choisir que 2 ou 3 plutôt que 8, mais d'essayer de s'y tenir +++

Ne pas hésiter à bien valoriser ce qui est déjà mis en place au domicile et les bonnes habitudes de la famille.

Il est important d'insister sur le fait que ces conseils, selon le mode de vie de la famille, **ne peuvent pas toujours être mis en pratique**. Il faut choisir ceux qui sont compatibles avec le rythme de vie de la famille.

Afin que ces conseils soient appliqués, il faut laisser l'enfant et ses parents choisir, ne pas leur imposer de suivre certains conseils.

2. Les Examens complémentaires

Il n'y a pas d'indication à réaliser d'examens complémentaires à la recherche de complications en cas de surpoids ou obésité d'allure commune (= pas de signe clinique évocateur d'une comorbidité ou d'une étiologie organique de l'obésité ET pas d'antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie).

Selon les recommandations HAS 2011 :

AE	Il est recommandé de rechercher une cause endocrinienne, tumorale ou non, ou syndromique à l'obésité dans les cas suivants : - ralentissement de la vitesse de croissance staturale alors que se constitue une obésité franche ; - présence de signes dysmorphiques ou malformatifs ; - changement rapide de couloir de la courbe de corpulence. En cas de maladie rare associée à l'obésité, il est recommandé que le médecin s'adresse au centre de compétence maladie rare correspondant.

► **Examens complémentaires**

AE	Il n'y a pas lieu de réaliser des examens complémentaires à la recherche de complications chez un enfant présentant un **surpoids sans obésité** - sans signe clinique évocateur d'une comorbidité ou d'une étiologie et - sans antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie
	Il est recommandé de réaliser systématiquement un bilan chez un enfant en **surpoids avec antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie** OU **chez un enfant présentant une obésité** (IMC ≥ seuil IOTF-30) : - exploration des anomalies lipidiques (EAL) : cholestérol total, HDL-C et triglycérides plasmatiques, permettant le calcul du LDL-C ; - glycémie à jeun ; - transaminases (ASAT, ALAT).
	Il est recommandé de prendre un **avis spécialisé** dans les cas suivants : - obésité de cause endocrinienne suspectée (ralentissement de la vitesse de croissance) ; - obésité syndromique suspectée (ralentissement de la vitesse de croissance, retard psychomoteur, retard mental, signes dysmorphiques, malformations, etc.) ; - obésité compliquée suspectée (cf. tableau complications annexe 4) ; - obésité d'évolution très rapide, pour rechercher une cause organique (tumeur cérébrale, maladie génétique, etc.) ou un facteur de stress (maltraitance, etc.).

Quelques remarques :

Remarque 1 : toujours garder en tête qu'un enfant qui prend du poids de façon plus rapide que la moyenne ne doit en aucun cas **ralentir sa courbe de croissance staturale** en regard. Si c'est le cas, il faut suspecter une cause **endocrinienne** à l'obésité (hypothyroïdie, Cushing, Déficit en hormone de croissance) et réaliser en première intention les dosages de TSH, T4, et cortisol libre urinaire des 24 heures.

Remarque 2 : attention à la pratique du bilan thyroïdien en situation d'obésité. La TSH est **très souvent un peu au-dessus des normes**, mais sans qu'il s'agisse d'une hypothyroïdie réelle. On ne retient le diagnostic d'hypothyroïdie périphérique avec nécessité de traitement en pédiatrie que si la TSH **dépasse 8 à 10 mUI/L.** Une TSH entre 4 et 8 avec une T4 normale n'est en aucun cas la cause de l'obésité.

Remarque 3 : une obésité d'évolution très rapide doit conduire à un avis spécialisé dans un bref délai afin de rechercher une étiologie (tumeur cérébrale, Cushing, maltraitance…).

3. Chirurgie bariatrique en pédiatrie

Au CHU d'Angers, la Chirurgie bariatrique par anneau gastrique peut être proposée aux adolescents dans les indications suivantes :

- **Age : fille > 12 ans et garçon > 13 ans**
- **IMC > 40 kg/m², ou IMC > 35 kg/m² avec comorbidités associées (hypertension artérielle, apnée du sommeil, diabète de type 2, dysménorrhée)**

Nécessité d'un parcours de suivi au sein du réseau du CHU d'Angers d'au moins un an, avec évaluation pluridisciplinaire (pédiatre, chirurgien, pédopsychiatre, diététicienne…), avant de retenir l'indication d'une éventuelle intervention chirurgicale.

Le suivi d'un an permet à l'adolescent de rencontrer les différents professionnels de santé, et que ceux-ci le connaissent, afin de discuter ensuite lors d'une réunion pluridisciplinaire de l'indication d'une chirurgie bariatrique.

Si l'un de vos patients souhaite avoir des renseignements sur cette prise en charge, il peut prendre RDV au 02 41 35 56 55, en précisant bien sa demande.

4. Site internet

Le site internet « **Moi et mon surpoids** » élaboré par l'équipe de pédiatrie du CHU d'Angers est un site d'aide aux enfants et adolescents en surpoids. Il apporte des éléments de réponse aux principales interrogations des enfants et de leur famille. Il est accessible à tous. Il sera remis à jour courant 2017.

Rapport-Gratuit.com

5. Quelques équivalents nutritionnels à avoir en tête et « messages chocs » à diffuser aux familles :

- La consommation quotidienne de 2 yaourts natures en plus des apports recommandés entraine la **prise de 8kg en plus sur 1 an**. Il ne s'agit donc pas toujours de gros écarts nutritionnels (chips, soda, chocolats…) qui entrainent une prise de poids excessive.

- Combien de morceaux de sucre apporte un verre de jus d'orange ? **5 morceaux de sucre**. On essaie donc de limiter au maximum l'apport de boissons sucrées. **Un verre de jus de fruits par jour** est suffisant. D'autant que le gout sucré favorise la consommation de d'autres produits sucrés.

- Au bout de combien de temps minimum survient la sensation de satiété après le début d'un repas ? : **30 minutes**. C'est pour cela qu'il est important de manger lentement.

- Le but ce n'est pas de perdre du poids pour un enfant en cours de croissance **mais de le stabiliser**. La croissance staturale se poursuivant, l'IMC s'abaissera.

- C'est à l'enfant et ses parents de choisir les objectifs, en fonction de leur rythme de vie familial

- Pour un poids équivalent : un croissant ou des céréales (type Müesli) contiennent presque **2 fois plus de calories et 10 fois plus de lipides** qu'une baguette de pain.

6. Activités sportives adaptées sur Angers

Le saviez-vous ? Sur Angers sont proposées à des **tarifs attractifs** des activités sportives adaptées pour les personnes en surpoids ou obésité : **les ateliers passerelles multisports aux Capucins** et **multisports aquatiques à Aquavita**.

CSO ANGERS CENTRE SPÉCIALISÉ DE L'OBÉSITÉ — CHU ANGERS CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Activités Sportives Adaptées

Ateliers « passerelle» Multisports à la salle de sport du centre « Les Capucins »
28, rue des Capucins, Angers, arrêt tramway « capucins »

Créneaux : pour les 9 - 13 ans : le mercredi après-midi de 16h45 à 18h15
pour les 14 -18 ans : le mercredi après-midi de 18h30 à 20h

Inscriptions : Contactez Anthony Chauviré au 02 41 79 49 85, ou mail: cdepmm49@sportspourtous.org

Modalités: Certificat d'aptitude au sport demandé

Tarif : 30€ l'année

Multisports Aquatique à la piscine « Aquavita »
1 Place AquaVita, les Hauts de Saint-Aubin, Angers, arrêt tramway « Verneau »

Créneau : le vendredi de 18h30 à 19h15

Inscriptions : à l'accueil de la piscine

Tarifs: 39,30€ par trimestre (env. 10 séances), soit moins de 4€ la séance et 104€ pour l'année pour les angevins, 53.80€ le trimestre et 149.50€ l'année en tarif normal.

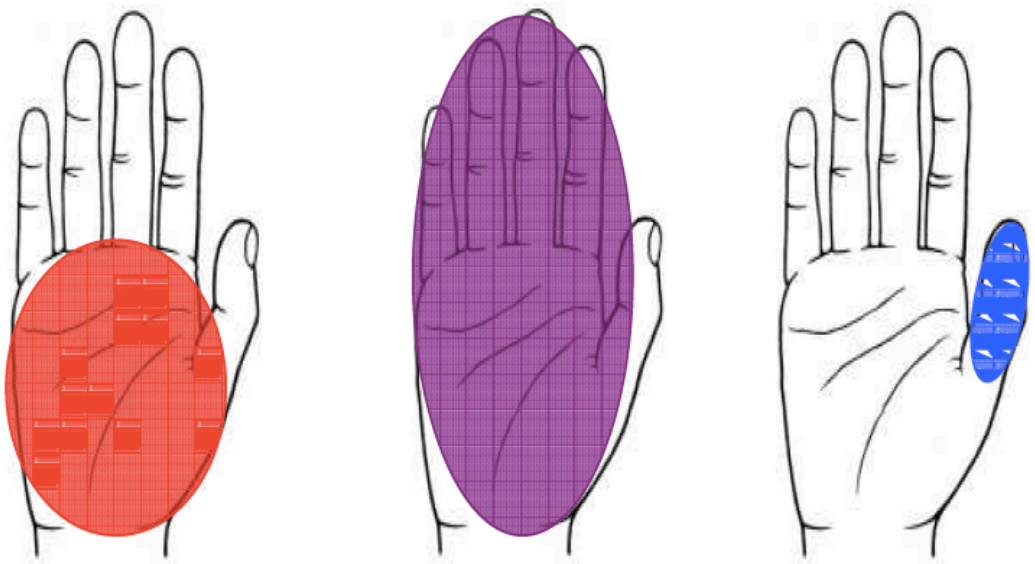
Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

7. Estimation des quantités : image de la main

La méthode de la main

Pour adapter les quantités, la méthode de la main est très simple à retenir !

La paume de la main | **La taille de la main** | **La pouce de la main**



VIANDE, POISSONS

ACCOMPAGNEMENT
LEGUMES ET/OU FECULENTS

FROMAGE

Explication de cette méthode

Cette méthode de la main permet d'aborder la question des **quantités**. Très souvent, ce n'est pas tant la composition des repas qui est source de prise de poids, mais les quantités d'aliments, bien souvent inadaptées à l'âge de l'enfant.

Les familles ne vont bien entendu pas peser les aliments à chaque repas, la méthode visuelle de la main permet une **estimation rapide** à chaque repas.

La **paume** de la main correspond à la quantité de **protéines** que peut manger l'enfant **une fois par jour** (jusqu'à l'adolescence les enfants n'ont pas besoin d'apports en protéines le soir, une fois par jour est suffisant). La **taille de la main** correspond à l'apport en **accompagnement**, et enfin la **taille du pouce** correspond au morceau de **fromage** qui peut être consommé **une fois/jour**.

Pour les enfants ayant l'habitude de manger de grandes quantités, l'utilisation d'une **assiette à dessert** peut être utile. Il est très désagréable d'avoir une grande assiette très peu remplie lorsque l'on a très faim. De visualiser une assiette pleine, même si l'assiette est plus petite, aidera à ressentir la sensation de satiété, tout en limitant les quantités.

8. Séjours de prise en charge aux Capucins

Le département de Soins de Suite et Réadaptation spécialisés pédiatriques propose un **programme de prise en charge de l'obésité de l'adolescent** (programme "Equilibre") dans le cadre d'une autorisation d'activité en SSR spécialisés et d'un programme d'éducation thérapeutique autorisé par l'ARS.

Ce programme concerne les adolescents en situation d'obésité âgés de **11 à 18 ans** et leurs familles.

Programme trimestriel :

- **1 trimestre scolaire** durant l'année
- En internat de semaine (week-ends au domicile)
- Avec une semaine de vacances scolaires

Programme d'été :

- Pendant **4 semaines**
- En internat de semaine (week-ends au domicile)

En pratique : Téléphonez au **secrétariat du Dr Beaumesnil** au Centre des Capucins (**02.41.35.18.04** ou **02.41.35.18.03**).

Un rendez-vous en **hospitalisation de jour** sera programmé, afin de rencontrer les différents professionnels du programme "Equilibre".

Si l'accueil du jeune est programmé aux Capucins, une hospitalisation de jour sera prévue avant le séjour, pour la réalisation d'un bilan sanguin, au CHU d'Angers (service Anjou, 3ème étage du service de Pédiatrie).

9. Parcours My Pop (My Parcours Obésité Pédiatrique)

Le service de pédiatrie du CHU d'Angers ainsi que le centre des Capucins proposent un **parcours** de prise en charge de l'obésité à destination des enfants âgés de 7 à 16 ans, **en situation d'obésité de grade 2 ou plus.**

Ce parcours se déroule sur **2 ans**, avec des **ateliers collectifs** se déroulant les mardi et mercredi après-midi (7 ateliers), abordant les questions d'équilibre alimentaire, l'image et l'estime de soi, atelier cuisine, atelier activité physique…), ainsi que des consultations individuelles diététiques et médicales.

Au cours de la première consultation, il est remis une **charte d'engagement** aux familles qui souhaitent participer.

En effet, pour avoir une dynamique de groupe, il est important que les familles **viennent à chaque atelier**. Les absences répétées sont délétères pour l'enfant lui-même bien sûr, mais aussi pour le groupe. Il est donc précisé en début de parcours qu'en cas de **2 absences**, le **parcours** est **arrêté**.

Les dates d'atelier sont données très à l'avance pour permettre aux parents de s'organiser. Il est indispensable qu'un parent accompagne l'enfant à chaque fois, une partie de l'atelier étant conçue **à destination des parents**.

ROCHE Mathieu

Évaluation de la prise en charge et du suivi des enfants en surpoids ou en situation d'obésité : enquête descriptive auprès des médecins généralistes de Maine et Loire.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION: Réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant apparaît comme un objectif prioritaire de santé publique. Malgré les recommandations élaborées depuis le début des années 2000 en France, les médecins généralistes semblent rencontrer de nombreuses difficultés pratiques. L'objectif de cette étude était d'évaluer les principaux facteurs freinateurs et facilitateurs rencontrés dans la prise en charge et le suivi des enfants en surpoids.

SUJETS ET METHODES: Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive, évaluant les pratiques des médecins généralistes de Maine et Loire sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité des enfants. Un questionnaire en ligne a été adressé à 594 praticiens installés en cabinet. Il était proposé aux participants de recevoir un livret d'aide à la prise en charge du surpoids de l'enfant.

RESULTATS: Cent trente-neuf participants ont répondu à ce questionnaire. Pour 87,5% des médecins interrogés, le surpoids était rarement le motif principal de consultation. Les principales raisons exprimées étaient la mauvaise image de soi, le déni du surpoids, le sentiment de culpabilité et le manque de motivation. La courbe d'IMC était ressentie comme facile à comprendre et motivante pour les familles mais 68% des médecins généralistes estimaient ne pas avoir assez de supports pratiques en consultation. L'assiduité des parents en consultation de suivi était insuffisante (63%). Les principaux freins à l'orientation vers un psychologue et/ou un diététicien étaient le coût pour les familles, l'absence de réseau local et les délais de consultations longs.

DISCUSSION: Assurer l'adhésion à la prise en charge et à un suivi régulier passe par la modification des perceptions parentales du surpoids et la déculpabilisation des familles. Il faut également repenser le modèle alimentaire familial et faciliter l'accès aux activités physiques notamment extra-scolaire. La place du médecin généraliste doit être valorisée tout comme la création de réseaux de soins. La courbe d'IMC apparaît comme un outil nécessaire mais insuffisant pour assurer une prise en charge efficace du surpoids de l'enfant.

CONCLUSION: La prise en charge pluridisciplinaire coordonnée par le médecin généraliste et l'amélioration des outils pratiques à sa disposition favoriseront l'implication des familles dans la lutte contre le surpoids de l'enfant.

Mots-clés: Surpoids, Enfant, Médecin généraliste, Prise en charge, Difficultés pratiques

université angers | UFR SANTÉ

ROCHE Mathieu

Evaluation of the Management and follow up of overweight and obese children: a descriptive survey of general practitioners in Maine et Loire

ABSTRACT

INTRODUCTION: Reducing the prevalence of child overweight and obesity appears to be a priority public health objective. Despite the recommendations made since the early 2000s in France, general practitioners (GP) seem to encounter many practical difficulties. The objective of this study was to evaluate the main factors that inhibit and facilitate the management and follow-up of overweight children.

SUBJECTS AND METHODS: This was a descriptive quantitative study that evaluated the medical practices of GPs in Maine et Loire concerning the management of the overweight of the child and obesity problems. An online questionnaire was sent to 594 GPs. A booklet designed to help them deal with the child's overweight was proposed the GPs.

RESULTS: One hundred and thirty-nine participants responded to the questionnaire. For 87.5% of physicians surveyed, overweight is rarely the main reason for consultation. The main reasons were poor self-image (and what other people may think), denial of overweight, feeling guilty and lack of motivation. The BMI curve was felt to be easy to understand and motivating for families, but 68% of GPs felt they did not have enough practical counseling materials. Attendance by parents in follow-up counseling was insufficient (63%). The main obstacles to referral for a consultation with a psychologist and / or dietician were the cost, the lack of local network, and the long deadlines for consultation.

DISCUSSION: Ensuring adherence to care and regular follow-up involves modifications of the parental perceptions of overweight and the families feeling less guilty. It is also necessary to rethink the family food model and to facilitate access to physical activities, especially those outside of school. The GP's place must be valued as well as the creation of care networks. The BMI curve appears as a necessary but insufficient tool to ensure effective management of the overweight of the child.

CONCLUSION: Multidisciplinary care coordinated by the GP and improvement of the practical tools at his disposal will encourage the involvement of families in the fight against the overweight of the child.

Keywords: Overweight, Children, General practitioner, Management, Practical difficulties

université angers | UFR SANTÉ