



Année 2019/2020

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'Etat
par

Julia RIPAUD-CADIOU

Née le 9 septembre 1989 à La Roche sur Yon (85)

Exploration de la pratique des médecins généralistes en Indre-et-Loire concernant la prise en charge de l'obésité de l'enfant, depuis la mise en place de la cotation CSO.

Présentée et soutenue publiquement le 11 septembre 2020 devant un jury composé de :

Président du jury : Professeur Régis HANKARD, Pédiatrie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du jury :

Professeur Delphine MITANCHEZ, Pédiatrie, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Christophe HOURIOUX, Biologie cellulaire, Faculté de Médecine - Tours

Directeur de thèse: Docteur Claire LE LANN, Médecine Générale - Tours

Exploration de la pratique des médecins généralistes en Indre-et-Loire concernant la prise en charge de l'obésité de l'enfant depuis la mise en place de la cotation CSO.

Introduction : L'obésité de l'enfant et de l'adolescent relève d'une prise en charge complexe et d'un enjeu de santé publique, qui lui vaut depuis novembre 2017, une nouvelle cotation appelée « enfant suivi risque obésité » cotée CSO. Je me suis attachée à explorer la pratique des médecins généralistes en Indre-et-Loire, depuis la mise en place de cette cotation.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative avec une analyse de la théorisation ancrée, menée par entretiens individuels semi dirigés auprès de treize médecins généralistes en Indre-et-Loire.

Résultats : Parmi les médecins interrogés, une majorité connaît ou a entendu parler de la cotation CSO (77%). Seulement un médecin l'utilise régulièrement alors que la moitié reconnaît faire des consultations dont la majeure partie du temps est consacrée à l'obésité. La grande majorité suit les recommandations de bonnes pratiques émises par l'HAS (10 sur 13) concernant le dépistage, le diagnostic et l'initiation de l'éducation thérapeutique mais rapporte une difficulté lors du suivi des enfants, notamment pour la programmation d'une consultation dédiée à l'obésité. Ils masquent donc leur prise en charge spécifique à l'occasion d'une consultation classique. Aucun des médecins ne constate de modification de sa pratique en lien avec cette nouvelle cotation.

Discussion : Ces résultats sont en accord avec les données de la CPAM qui rapporte seulement 231 actes CSO dans le département sur une période de 9 mois en 2018. Le sentiment d'échec rapporté par la majorité des médecins, dans leur prise en charge de l'obésité de l'enfant, pourrait participer à l'illégitimité ressentie à coter la consultation à 46 euros. Un auto-contrôle du médecin au moment de coter pourrait l'amener à juger le résultat de sa prise en charge et renoncer à la cotation.

Mots clés : enfant suivi risque obésité, cotation CSO.

Study of General Practitioners (GP) practice in the department of Indre-et-Loire (France) about medical care dedicated to obesity since the creation of a special rating system for children obesity called “CSO”.

Introduction: Children and teenagers obesity require a special and complex medical care and has been recognised as a public health issue. In November 2017, a new rating system has been creating for GP consultation dedicated to children obesity, called “Child obesity risk follow-up” and referred as “CSO”. I focused on exploring GP’ practice in the department of Indre-et-Loire (France) since this rating was created.

Method: This is a qualitative study and follows the grounded theory method. It was led on thirteen GPs based in Indre-et-Loire with semi-structured, one-to-one interviews.

Results : Most of the GPs knew or had heard of the new rating CSO (77%). Only one doctor uses it regularly whereas half of the GPs acknowledge having consultations for which most of the time is dedicated to obesity. Thus, they hide the specific care for obesity under the rating of a basic consultation. No modification of the way of practicing has been noticed by any doctors since the creation of the new CSO code.

Analysis : Those results are in line with the CPAM data : only 231 CSO codes have been recorded in the department over a period of 9 months in 2018. Most of the doctors express a feeling of failure in the follow-up of children obesity. This feeling could partly explain the illegitimacy felt by the GPs to rate the consultation as CSO. A self-control on their work could lead the GPs to judge the results of the obesity follow-up and abandon the CSO code when rating the consultation.

Keywords : child obesity risk follow-up, special rating called « CSO »

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU
 – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L.
 CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN
 – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – N. HUTEN
 – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE –
 AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C.
 MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER –
 J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAÏSSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
POTIER Alain.....Médecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....Médecine interne
BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BINET Aurélien.....Chirurgie infantile
BRUNAUT Paul.....Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès.....Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie
DENIS Frédéric.....Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine.....Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GUILLEUX Valérie.....Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Faculté de Médecine – 10, boulevard Tonnellé – CS 73223 – 37032 TOURS Cedex 1 – Tél : 02.47.36.66.00 – www.med.univ-tours.fr

3

HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VIALLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludvine	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOU Samuel	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Régis HANKARD,

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury.

Soyez assuré de mon plus profond respect.

A Madame le Professeur Delphine MITANCHEZ,

Pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury.

Soyez assuré de ma plus profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Christophe HOURIOUX,

Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail.

Pour l'intérêt que vous avez porté à ma demande malgré nos différences de spécialités, je vous suis reconnaissante.

A Madame le Docteur Claire Le Lann,

Pour l'honneur que vous m'avez fait de diriger ma thèse.

Pour votre enthousiasme qui a renforcé ma motivation, votre expérience qui m'a rassurée, et votre présence malgré l'éloignement géographique.

Veuillez trouver ici le témoignage de mes sentiments les plus amicaux.

Au trio formé par le **Dr Dominique Père**, le **Dr Xavier Chauvet** et le **Dr Annie Recouvreur** à Romorantin, pour votre bienveillance, je vous remercie de m'avoir accompagné pendant 6 mois de mon internat, me permettant d'apprendre, tout en me sentant en sécurité.

Au **Dr Stéphane Gueraud**, pour les discussions de fin de journée, votre respect à mon égard, votre ouverture d'esprit et votre personne tout simplement.

Au **Dr Jacques De Rancourt**, pour le sentiment agréable d'appartenir à une famille, grâce à l'ambiance de la maison de santé, les délicieux déjeuners confectionnés par Lysel et votre paternalisme bienveillant.

A l'équipe de soins palliatifs de Chinon, **Isabelle, Catherine, Claire, Dr Agnès Hélie** et **Adeline** pour votre accompagnement dans ce stage bouleversant, passionnant et formateur.

A **mes parents**, pour les possibilités que vous m'avez offertes. Votre éducation, vos valeurs, l'ouverture au monde, qui font le médecin que je suis.

A mes sœurs, **Anne** et **Margaux**, parce que le temps a beau passé, et moi grandir, vous restez un ancrage qui m'est nécessaire.

A **Robin**, merci de partager avec moi cette vie.

Tables des matières

I-Introduction.....	p12
a) Obésité de l'enfant.....	p13
b) Recommandations de dépistage de l'obésité de l'enfant.....	p14
c) Outils disponibles pour les médecins généralistes d'Indre-et-Loire.....	p14
II- Matériel et méthode.....	p16
III- Résultats.....	p17
IV- Conclusion.....	p25
V- Bibliographie.....	p27
VI- Annexes.....	p28

Glossaire

HAS Haute Autorité de Santé
CSO consultation suivi obésité
IMC index masse corporel
OMS organisation mondiale de la santé
ARS agence régionale de la santé
CPAM Caisse primaire d'assurance maladie
REPSO Réseau de Prise en charge du Surpoids et de l'Obésité
ANSEA Association pour la promotion de la Nutrition et de la Santé de l'Enfant et de l'Adulte

I- Introduction

L'étude Esteban réalisée en 2015, par Santé Publique France, afin de surveiller les maladies chroniques et la nutrition, et mise en perspective avec l'étude ENNS (Etude Nationale Nutrition Santé) réalisée 10 ans auparavant, montre une stabilité de la prévalence du surpoids, chez les enfants de 6 à 17 ans.

En 2015, elle était de 17%, dont 4% d'obésité. Mais l'objectif de réduction de cette prévalence, fixé par le Haut Conseil de Santé Publique, dans le cadre du Programme National Nutrition Santé 3, n'a pas été atteint.

Le plan obésité mis en place en 2010, pour une durée de 3 ans, définit le médecin traitant comme le premier recours au suivi de l'obésité et à son dépistage, notamment chez les enfants. La feuille de route « prise en charge de l'obésité 2019-2022 » présentée par la ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzin, suit cette lignée (1).

Lors de ma formation d'internat, notamment pendant mes stages en ambulatoire chez le médecin généraliste, j'ai constaté une hiérarchisation des consultations, en lien avec le temps passé auprès du patient.

Plus la consultation est complexe, plus le temps passé nécessaire est long. Et celle au cours de laquelle on repère un poids anormal chez l'enfant, et où l'on doit aborder le sujet, alors qu'il n'était pas le motif de consultation, va certainement être longue.

Depuis le 1^{er} novembre 2017, à la suite de négociations avec les syndicats de médecins, sont applicables les nouvelles cotations de la convention médicale de 2016. Celle-ci dit placer « au cœur de ses priorités la reconnaissance de la charge de travail accrue des médecins et l'accès aux soins des assurés ».

Elle introduit une valorisation des consultations, selon la complexité de prise en charge ou l'enjeu de santé publique, que représentent certaines pathologies (2).

Ainsi, l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, se voit dédié une cotation appelée CSO, pour consultation « enfant suivi à risque d'obésité ». Elle permet la prise en charge d'un enfant entre 3 et 12 ans, en risque avéré d'obésité, et peut-être cotée jusqu'à 2 fois par an, d'une valeur de 46 euros, prise en charge à 70% par la CPAM.

Cette nouvelle cotation me semble être l'occasion de prendre ce temps, reconnu et valorisé financièrement, pour la prise en charge de l'obésité de l'enfant.

Je me suis attachée à explorer la pratique des médecins généralistes en Indre-et-Loire, concernant la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, depuis la mise en place de la cotation CSO.

I- a) Obésité de l'enfant

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle, qui représente un risque pour la santé.

L'indice de masse corporelle (IMC), est un moyen simple de mesurer l'obésité dans la population : il correspond au poids de la personne (en kilogrammes) divisé par le carré de sa taille (en mètres).

Une personne ayant un IMC de 30 ou plus est généralement considérée comme obèse.

Une personne dont l'IMC est égal ou supérieur à 25 est considérée comme étant en surpoids.

Chez l'enfant, les valeurs de référence de l'IMC varient en fonction de l'âge. Ainsi, il n'est pas possible de se reporter, comme chez l'adulte, à une valeur de référence unique de l'IMC.

Des courbes de référence représentant, pour chaque sexe, les valeurs d'IMC en fonction de l'âge permettent de suivre l'évolution de la corpulence au cours de la croissance.

La courbe de corpulence est plus sensible que la courbe de poids pour dépister un changement de couloir et dépister précocement une évolution anormale de celle-ci.

Cette courbe prend en compte simultanément le poids, la taille et l'âge de l'enfant.

Ce sont elles qui sont utilisées en médecine générale, afin de suivre l'évolution de la croissance des enfants. Il existe des références françaises (en centile) et internationales

(International Obesity TaskForce = IOTF) pour établir les seuils de surpoids/obésité, et qui sont toutes les deux présentes dans les courbes proposées par le PNNS de 2010. (Annexe 1)

Ainsi le surpoids (dont obésité) est défini par un IMC supérieur ou égal au 97^{ième} percentile selon les références françaises, ou supérieur ou égal au seuil IOTF 25 pour le surpoids et IOTF30 pour l'obésité selon les références internationales.

b) Recommandation de dépistage de l'obésité de l'enfant

Les recommandations de bonnes pratiques actuelles de l'HAS indiquent la surveillance des courbes de corpulence au moins 2 à 3 fois par an, pour tous les enfants de plus de 2 ans et les adolescents.

Les signes d'alerte à rechercher sont :

- le rebond d'adiposité précoce, qui correspond à la ré-ascension de l'IMC avant l'âge 6 ans, qui est un outil simple et prédictif d'une obésité ultérieure.

L'âge du rebond d'adiposité étant corrélé à l'adiposité à l'âge adulte : plus il est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé (3).

- le changement rapide de couloir vers le haut.

- l'ascension continue de la courbe depuis la naissance.

Si l'enfant présente un surpoids, il est recommandé de mesurer la répartition de la masse grasse en faisant le rapport tour de taille/tour de hanche, si celui-ci est supérieur à 0,5 cela signifie un excès de graisse abdominale, donc un risque cardio vasculaire et métabolique accrus.

Le dépistage précoce de l'obésité chez l'enfant est important puisqu'il a été montré une corrélation entre obésité de l'enfant et risque d'obésité à l'âge adulte (4).

Les interventions précoces sont d'autant plus intéressantes, qu'il existe une plasticité métabolique et comportementale dans les premières années de vie (5), et que la majeure partie des enfants obèses ne le resteront pas.(6)

c) Outils disponibles pour les médecins généralistes d'Indre-et-Loire.

Des outils diagnostic et d'aide à la prise en charge sont proposés par l'HAS, le site obéclic, celui de l'assurance maladie (Ameli) ainsi que d'autres supports.

En effet, l'HAS en 2011, a actualisé les recommandations de bonnes pratiques de la prise en charge de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent, consultables sur internet (7).

Le site obéclic, créé par des professionnels, pour les médecins, est une aide au dépistage et au suivi de l'obésité de l'enfant, grâce à des fiches conseils et onglets sur les étapes de la prise en charge (8).

Le site de l'assurance maladie Ameli a également mis à jour en novembre 2019 une page dédiée au surpoids et à l'obésité infantile, avec logigramme de prise en charge (9).

De plus, un réseau de prise en charge du surpoids et de l'obésité (REPSO), créé en 2008 en Indre-et-Loire et financé par l'ARS Centre-Val de Loire, regroupe des professionnels médicaux et paramédicaux qui offrent un parcours de soins intégré et personnalisé de 2 ans. Il devient récemment le réseau ANSEA (10). On retrouve une carte interactive des professionnels adhérents sur le site Obécentre.

Ainsi, les médecins généralistes qui l'intègrent, peuvent proposer à leurs patients, une prise en charge de leur obésité, sans avance de frais de leur part.

II- Matériel et méthode

Une étude qualitative, avec une analyse inspirée de la théorisation ancrée a été menée, à partir d'entretiens individuels semi dirigés de médecins généralistes d'Indre-et-loire. Le choix de cette méthode, repose sur la recherche d'une conceptualisation du vécu des médecins généralistes, vis-à-vis de leur prise en charge de l'obésité, chez l'enfant, depuis la mise en place de la cotation CSO.

Cette théorisation est nécessaire, pour élaborer un modèle explicatif de leur rapport entre cotation et pratique médicale.

Les médecins généralistes qui ont participé, ont été contactés par téléphone via leur secrétariat téléphonique, pour solliciter un entretien individuel à leur cabinet, parfois un mail complémentaire pour relancer la demande a été nécessaire.

L'échantillon était raisonné, selon les critères de variation définis à priori : le sexe, l'âge, le lieu d'exercice (rural/semi rural/urbain), la durée d'exercice, l'adhésion au réseau obésité régional (REPSO devenu ANSEA).

La trame d'entretien initiale a été réalisée avec la directrice de thèse, elle a été modifiée après le 3 ième entretien pour approfondir l'exploration des pratiques des médecins interrogés. Elle comprenait une question initiale explorant la connaissance et l'utilisation de la cotation CSO, puis une question ouverte sur leur dernière prise en charge d'un enfant en risque avéré ou en situation d'obésité. Si nécessaire, des relances exploraient la fréquence des rendez vous, l'utilisation d'outil à visée diagnostique, la collaboration avec diététicienne, psychologue, la connaissance du réseau obésité régional, pour ensuite interroger sur une modification de la pratique depuis l'instauration de la cotation CSO.

Les entretiens ont été entièrement enregistrés avec un dictaphone Olympus Digital voice recorder VN 240, retranscrits et anonymisés.

Le logiciel SONAL crée par Alex ALBER, universitaire de Tours, a été utilisé pour le codage des verbatims.

III- Résultats

Treize médecins généralistes d'Indre-et-loire ont été individuellement interrogés, sept femmes et six hommes. L'âge des médecins se répartissait de 30 à 63 ans, avec une moyenne de 42,5 ans. Un tiers exerçait en milieu urbain, un tiers en semi rural, et un tiers en milieu rural. La durée d'installation allait de 1 ans à 30 ans avec une moyenne de 15,8 ans, un seul médecin était syndiqué et une majorité (8 médecins sur 13) installée en maison de santé, les autres étant en cabinet groupé. Seulement 3 médecins adhéraient au réseau d'obésité régional, appelé désormais ANSEA (Tableau 1) .

Connaître la CSO mais ne pas l'utiliser :

Une grande majorité des médecins (11 sur 13 soit 85%) interrogée, a entendu parler de la cotation CSO, alors que seulement une seule l'utilise régulièrement :
« j'la cote, c'est tout » M13

Certains évoquent l'oubli (2 médecins) pour justifier l'absence d'utilisation :
« Non, parce que, j crois qu j'ai entendu ce truc là, et puis j l'ai mis dans un coin de tête, et puis j'ai zappé, donc j pense que ça m'est jamais arrivé de l'coter » M1
« oui, oui, on m'en a déjà parlé, mais bon, j'y pense pas » M2

De ceux qui disent ne l'avoir jamais codé (5 médecins) :
« alors non il n'y avait pas de cotation particulière, même si elle existe maintenant (...) je l'utilise jamais » M3
« je l'ai pas utilisé » M5
« oui je la connais (...) donc j'la cote pas » M7

A ceux, qui s'y sont risqués ! (3 médecins) :
« voilà, je l'utilise pas assez, ça j le sais ! » M4
« j'ai du l'utiliser une fois, voilà, ce n'est pas parce que j'en suis qu'un seul » M6
« oui, je l'utilise de temps en temps, pas fréquemment » M12

Certains expliquent le désintérêt qu'ils ont pour les cotations (3 médecins):
« Oula, alors moi les cotations, j'ai un peu de mal (...) rho j'sais plus trop tout ça, et puis je suis pas très à cheval sur les consultations/cotations » M5
« voilà, les cotations y en a des brouettées, donc je retiens G, je retiens MGE ou MEG » M8
« CSO, heu non, pour moi, ça évoque plus, concours hippique... !(...) alors est-ce que dans mes grilles que je lis de temps en temps (livret MG France)» M10

D'autres subissent les contraintes en lien avec elle (4 médecins):
« La déclaration enfant du médecin traitant (...) donc déjà ça on y pense pas encore » M1
« ça c'est pas non plus forcément simple de déclarer le médecin traitant, attendez » M2
« j crois qu'il fallait être le médecin traitant du, de l'enfant pour, et donc, parce que j'ai un certain nombre de patients obèses, enfants obèses, que je suis, mais dans le cadre du réseau, il y a des patients qui m'ont été adressés par Clocheville » M5

Et pourtant, malgré l'absence d'utilisation de cette cotation, 5 médecins évoquent le besoin de reconnaissance de ce travail :

« une reconnaissance du travail qu'on fait (en réponse à qu'est-ce que signifie la CSO pour vous ?) » M4

-> soit en parlant de l'injustice de faire le travail sans bénéficier de la reconnaissance financière:

« oui, oui clairement, c'est vrai que je leur dis de revenir pour ça (en parlant de la consultation dédiée) (...) oui mais t'as vu ici comment on fonctionne, on est très souvent à voir les enfants du cabinet, donc s'ils sont suivis par quelqu'un d'autre (...) tu vois, j'me dis que j'vais leur dire de revenir me voir moi (...) ouai, on se revoit ensemble, mais du coup... » M1

-> soit en décrivant l'engagement en terme de temps qu'impose cette prise en charge :

« on passe beaucoup de temps les premières consultations à voir, enfin, les motivations, trouver des motivations pour l'enfant (...) c'est une consultation plus longue, qui nécessite une formation aussi peut-être, un investissement » M5

-> soit en exprimant être digne de cette cotation (3 médecins) :

« mais j'pourrais, oui, j'pourrais la coter, maintenant vous dites que ça existe, j'vais le faire ! » M10

« j'la cote, c'est tout (en parlant de la CSO) (...) j'la cote voilà, parce qu'elle est disponible (...) quand c'est abordé oui, alors quand c'est abordé oui, quand j'les intègre dans le réseau ANSEA ou des choses comme ça » M13

On a donc une majorité des médecins qui connaît la cotation CSO, mais ne l'utilise pas volontairement, alors que quasiment la moitié d'entre eux, revendique une reconnaissance de leur travail.

Renoncer à la CSO par manque de légitimité:

11 médecins sur les 13 interrogés, semblent avoir renoncé à utiliser la CSO, connaissant la nouvelle cotation, mais se refusant de l'utiliser par manque de légitimité.

« oui oui, on m'en a déjà parlé (...) là j'penserai peut-être à le prescrire (en parlant de la cotation CSO), et encore quand même pas, j'y penserai pas, » M2

Soit parce qu'ils n'arrivent pas à réaliser de consultation dédiée officielle, c'est-à-dire un rendez vous programmé, dont le sujet officiel sera l'obésité de l'enfant (8 médecins) :

« je l'utilise jamais (...) comme on fait pas de consultation dédiée » M3

« j'ai du l'utiliser une seule fois (...) souvent ce n'est pas une consultation dédiée et ça se greffe en plus » M6

« j'prévois pas une consultation exprès (...) c'est jamais une consultation dédiée » M9

« moi j'ai jamais, enfin j pense pas avoir fait de consultation dédiée à cela plus de 3-4 fois » M10

Soit un sentiment d'échec de leur prise en charge les rend illégitimes à coter la CSO, comme si découlait de cette consultation une obligation de résultats et pas seulement de moyens (10 médecins):

« oui, non, de toute façon, je ne l'ai jamais appliqué (en parlant de la CSO) (...) j'essaie de lui faire comprendre le problème, ce qui en général ne marche pas, parce que quand on a 12 ans, on ne comprend pas le problème (...) c'est pas gagné ! » M8

« ben souvent le débat est clos pour certains, dire que non ben il est pas question d'envisager quoi que ce soit (...) parce que si c'est pour embrayer sur des stratégies qui marchent pas » M10

« c'est un truc, honnêtement, enfin, on est un peu démuni (...) les familles qui ont des problèmes d'équilibre alimentaire pour les parents et pour les enfants, c'est compliqué » M11

Certains semblent culpabiliser ou évoquent une forme d'intégrité vis-à-vis de la profession :

« ça fait partie des consultations comme les autres, une pathologie comme les autres, et voilà (...) j'ai pas pris dans mes habitudes d'appliquer des...pour des consultations qui me semblent identiques aux autres, en fait» M2

« pour moi ça rentre dans les consultations de suivi autre (...), enfin ça rentre dans une consultation d'enfant suivi habituel, donc voilà » M11

« enfin je vois pas l'intérêt entre le, heu, on fait de la prévention qu'on soit payé pour ou...c'est notre métier, qu'on soit payé 25 ou ...j'sais plus combien » M12

« j'ai du mal à faire payer plus...alors que c'est pas... » M6

Le doute ou le découragement qui découlent du sentiment d'échec est présent chez 8 des médecins :

« mais tu rames, tu rames, et en faite, ils ne reviennent pas (...) mais en pratique on y arrive pas (...) parce qu'on arrive pas à les motiver » M3

« faut essayer de le faire comprendre aux parents, ce qui en général est compliqué aussi (...) mais chez l'enfant c'est peut-être pas évident. Ils comprennent pas, ils voient pas, déjà des adultes qui ont 30-40 ans, ils comprennent pas alors, donc c'est pas gagné (...) ah ben, pfff oui, enfin (en parlant de l'utilisation des courbes de corpulence) »M8

« j crois que c'est 46 euros, j crois (...) j'en sais pas plus (...) j'dis « il faudra » et puis voilà, les gens ils reviennent pas forcément pour ça (...) j leur ai dis que j voulais, enfin qu'on referait un point, mais je sais même plus ce que je leur ai dit exactement, après si les parents ne reprennent pas rendez vous, ben y a pas de suivi quoi » M9

« un schéma général ? (en parlant de sa prise en charge) Est-ce qu'il y a un schéma général ? (...) j'ai peut-être pas l'art et la manière de faire, mais en fait, je vois que les résistances sont toujours à peu près aux mêmes endroits (...) si on a mis quelque chose en place, et qu'est-ce qu'on mettrait en place ? (...) enfin pour moi, c'est une espèce de toxicomanie qui dit pas son nom quoi » M10

« on a beau dire que il faudrait qu'on repèse au bout de 6 mois d'effort, des choses comme ça, ils reviendront jamais pour ça (...) c'est un truc, honnêtement, enfin, on est un peu démuni » M11

Malgré tout, la réussite dans la prise en charge est rapidement évoquée par 5 médecins :

« y a eu plein de fois, moi, où ils sont revenus dans les courbes, tu vois » M1

« il existe aussi des familles où, qui écoutent bien les conseils (...) c'est largement suffisant d'en reparler à une autre occasion de consultation pour des raisons X ou Y » M11

« j'ai refait son certificat de sport la semaine dernière et j'suis très content parce qu'elle est revenue à un IMC normal » M12

L'obésité de l'enfant est un sujet qui amène du doute chez les médecins interrogés, sur leur prise en charge, les difficultés rencontrées, ce qui majore le sentiment d'illégitimité et les fait renoncer à utiliser la cotation CSO.

Maintenir le statu quo...

A l'unanimité, on constate une constance dans la pratique clinique des médecins interrogés, lors de la prise en charge d'un enfant obèse, depuis l'instauration de la CSO, qu'ils aient déjà utilisé la cotation ou non.

« Moi, ça m'a pas fait du tout changer ma façon de faire » M3

« Pour moi en pratique ça change pas grand chose, c'est qu'une question de cotation » M10

« mais après dans la prise en charge non, j'ai pas modifié les choses » M13

En revanche deux d'entre eux, revendiquent la découverte du réseau régional obésité comme facteur d'amélioration de leur prise en charge:

« alors pas trop sur la CSO, sur ma découverte des REPSO, oui clairement (...) ça m'a conforté dans l'idée qu'il fallait justement solliciter les psychologues et diet, et que ça pouvait être pris en charge beaucoup plus facilement » M12

« non, j'trouve que ce qui nous aide le plus c'est les réseaux annexes » M13

L'obésité, un sujet tabou ?

Les médecins interrogés semblent essayer un désintérêt, voir même une négligence de la part de la famille, quand il s'agit de ce sujet. Cette dernière est prête à se déplacer au cabinet pour un motif bien moins important, mais semble fermer les yeux quand il s'agit de l'obésité de leur enfant, 8 médecins l'évoquent :

« c'est rare qu'il viennent te voir en disant: "mon fils est obèse, il faut faire quelque chose (...) donc voilà, c'est ça, avant qu'ils viennent te voir en disant «ben ouai, il est gros » (...) parce que ouai y a ce côté stigmatisant, et que revenir pour la consultation obésité, ça fait pas rêver» M3

« effectivement, quand la famille est elle même obèse, heu, ce discours est souvent rapidement terminé» M7

« les gens, ils reviennent pas forcément pour ça, ils reviennent parce qu'ils sont malades et puis... »M9

« très souvent ils viennent pour autre chose (...) c'est qu'ils viennent jamais nous voir pour ça (...) c'est qu'on les voit jamais pour à ça, jamais pour un problème de poids » M13

Les médecins font donc leur prise en charge spécifique de façon masquée, au cours d'une consultation pour un autre motif (10 médecins) :

« ça vient se coller à la consultation pour un motif ordinaire » M10

« c'est des sujets qu'on aborde lors des autres consultations, notamment les consultations de certificat de sport ou vaccination ou choses comme ça » M11

« on va les voir pour une pathologie aigue (...) ou pour un certificat de sport, et c'est là qu'on va parler du problème de l'obésité » M13

Pourtant une prise en charge spécifique est réalisée par ces médecins:

Malgré la très faible utilisation de la cotation, les médecins interrogés semblent suivre les recommandations de pratique émises par l'HAS, en terme de dépistage et de prise en charge de l'obésité chez l'enfant. Douze d'entre eux évoquent les courbes de corpulence, la priorisation du sujet au cours de la consultation, l'accompagnement dans le temps, la personnalisation de la prise en charge, et l'inclusion des parents :

« j'essaie de les voir à peu près une fois, 15 jours (...), puis après suivant comment ça évolue, on va dire tous les 2 mois (...) je pointe un petit peu le problème quand il est présent, après j'entends un peu leurs réponses et puis leurs attentes par rapport à cela (...) ce sera ciblé sur l'alimentation, sur l'activité et sur la nécessité ou pas d'un bilan biologique associé » M2

« au moment de faire les courbes, je vois que soit il y a un rebond précoce (...) j’lui montre les courbes, son poids, sa taille, j’lui explique à quoi correspond l’IMC (...) et puis j’lui demande ce qu’elle en pense (...) on essaie de fixer un objectif (...) et puis on se revoit » M4

« je passe beaucoup de temps avec les patients, pour arriver à ce qu’ils soient motivés (...) pour l’enfant et sa famille (...) une fois par mois en se donnant à chaque fois des petits objectifs (...) l’état des lieux (...) sur ce qu’ils mangent (...) et puis ce qu’ils peuvent faire » M5

« je suis taille, poids, enfin les courbes de poids, l’IMC (...) on en discutait régulièrement avec la famille (...) faire du sport, rediscuter de l’alimentation » M7

La notion de collaboration est présente chez 8 médecins, comme soulagement de la charge de travail, et renforcement de l’adhésion:

« c’est bien de pouvoir prendre en charge ces patients là, avoir une prise en charge pluridisciplinaire, parce que c’est pas facile » M5

« je l’oriente souvent vers la diététicienne, qui a des techniques un peu plus appropriées » M8

« j’en ai quelques uns qui ont terminé le suivi à Clocheville (...) après j’travaille pas mal avec la...du coup sur Artannes en fait y a une psychologue et une diététicienne » M12

Discussion

La prise en charge de l'obésité de l'enfant, est vécue par la majorité des médecins interrogés, comme une épreuve complexe faite d'échec, de doute et parfois de découragement. Ces derniers intègrent la consultation spécifique au cours d'une consultation classique, afin de masquer un sujet souvent tabou pour les familles.

Un sentiment d'illégitimité à coter une consultation plus chère, non officiellement déclarée auprès du patient, apparaît. Il existe un auto contrôle de la part du médecin, en effet, celui-ci doit décider de modifier sa cotation habituelle pour la CSO, si cela lui semble opportun, ce à quoi il semble souvent renoncer.

La majorité des médecins décrit pourtant une priorisation du sujet. Ils initient le dialogue sur le risque d'obésité ou une prise de poids trop importante, et guident les familles vers une prise en charge, qui peut être pluridisciplinaire, ce qui semble être un facteur de soulagement et de renforcement de l'adhésion. Cependant la barrière financière, en lien avec le non remboursement des consultations diététiques ou psychologiques, est évoquée par 4 médecins.

Ils dépistent l'obésité en suivant les courbes de croissance, comme recommandé par l'HAS, évoquent l'activité physique, l'équilibre alimentaire, en passant par l'exploration du monde personnel du patient afin de fixer des objectifs personnalisés, tout en collaborant avec d'autres professionnels afin d'optimiser les chances de réussite et de faciliter leur prise en charge.

Paradoxalement, face à la faible utilisation de cette cotation, la moitié des médecins interrogés est favorable à une reconnaissance de leur travail, et évoque leur réussite dans le domaine.

A l'unanimité, l'apparition de la cotation CSO n'a pas modifiée l'investissement des médecins interrogés concernant leur prise en charge de l'obésité chez l'enfant. Ils n'y passent pas plus de temps qu'auparavant, et n'ont pas modifié leur schéma de prise en charge, qu'ils appartiennent au réseau régional d'obésité ou non.

L'idée d'une cotation incitative, afin de renforcer la prise en charge d'une pathologie à fort enjeu de santé publique, si tel était l'objectif, ne semble pas influencer les médecins interrogés.

IV- Conclusion

Les résultats trouvés avec les médecins interrogés au cours de ce travail, sont cohérents avec les chiffres communiqués par le CPAM 37, puisque seulement 189 actes CSO ont été codés entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2019 par 60 médecins sur les 450 généralistes du département d'Indre-et-Loire. Ce chiffre était légèrement plus élevé en 2018 avec 231 actes codés sur une période de 9 mois et par 80 médecins sur le même département. On observe une faible adhésion à cette cotation, et qui régresse entre les 2 années observées.

Une étude quantitative, sur les freins à l'application de la revalorisation des actes en médecine générale, dans le Limousin en 2019, montre des résultats concordants, avec sur les 110 médecins interrogés, une utilisation de la cotation CSO épisodique, à hauteur de 1,8%. En comparaison, celle pour la contraception, nommée CCP pour « adolescence contraception prévention », et apparue en même temps, l'est à hauteur de 4,5%. (11)

On se demande alors, si le mode de rémunération par cotation, est adapté, par rapport à la demande de reconnaissance de leur travail des médecins. Et si les négociations de ces cotations, faites avec la CPAM correspondent à leurs attentes.

Un médecin l'évoque dans notre étude, en parlant de la représentativité des syndicats qui négocient avec la CPAM ces cotations : *« Mais est-ce que ce sont les même médecins (...) voilà, parce qu'entre ceux qui, les syndiqués qui vont aux réunions de syndicat tous les quatre matins et... »* M8

Dans cette étude, les freins à la cotation rapportés, comportaient des similitudes avec ceux évoqués dans notre étude, notamment ceux liés à l'informatique (1 médecin dans notre étude), ceux liés aux nomenclatures avec un trop grand nombre de codes (3 médecins), et une gêne vis-à-vis du règlement (1 médecin).

Ce travail aborde le tabou de l'argent, et « le rapport « ambigu » du médecin « tiraillé » entre compensation pécuniaire d'un travail toujours plus pénible et la volonté de faire bien », qu'on pourrait relier au paradoxal sentiment d'illégitimité à coter, exprimé par certains médecins dans notre étude, alors même qu'ils expriment un besoin de reconnaissance de leur travail.

Une autre étude, cette fois, sur les freins au dépistage et à l'initiation d'une prise en charge de l'obésité infantile, réalisée en Maine et Loire en 2016, va dans le même sens que notre étude. Le principal élément d'influence évoqué par les médecins interrogés étant la famille ou l'environnement de l'enfant (12). Ce que nos médecins identifient aussi comme élément limitant la consultation dédiée, puisqu'aucun rendez vous spécifique n'est repris par la famille à la suite du diagnostic d'obésité de leur enfant.

Ce travail évoque les réseaux d'obésité, avec notamment une étude réalisée en Aquitaine en 2016 auprès d'enfants suivis pour une obésité, et dans laquelle la prise en charge par un réseau d'obésité était significativement associée à de meilleurs résultats. (13)

En effet, ces réseaux semblent fondamentaux dans le soulagement de la charge de travail, la multiplicité des intervenants et le renforcement de l'adhésion auprès des patients. On pense notamment à la prise en charge à 100%, permettant de s'affranchir de la barrière financière, souvent évoquée par les médecins qui orientent vers diététicienne ou psychologue.

Dans notre étude, 5 médecins connaissaient ANSEA, parmi lesquels, 1 ne connaissait que le nom, 4 l'évoquaient comme facteur potentiellement positif de leur prise en charge, et seulement 3 y adhéraient.

Une meilleure visibilité et connaissance par les médecins généralistes du réseau d'obésité de la région Centre, permettraient à ces derniers d'y adhérer, et à leurs patients d'en bénéficier. Il serait intéressant de voir comment le réseau communique et se rend visible auprès des médecins généralistes du département.

Cette cotation, peu utilisée par les médecins généralistes en Indre-et-Loire, est également ouverte aux pédiatres, en l'absence de déclaration de médecin traitant pour l'enfant en question. En effet, la CSO peut être utilisée par n'importe quel médecin généraliste ou pédiatre, si l'enfant n'a pas de médecin traitant déclaré auprès de la CPAM.

Il serait intéressant de voir comment les pédiatres, de leur côté, s'approprient et utilisent cette nouvelle cotation.

V- Bibliographie

1. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/4pages-dp-obesite-08-10-2019-vf.pdf> [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/4pages-dp-obesite-08-10-2019-vf.pdf>
2. Convention médicale 2016 | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/textes-referance/convention-medecale-2016>
3. ROLLAND-CACHERAM.F., DEHEEGER M., BELLISLE F., SEMPE M., GUILLOUD-BATAILLE M., PATOIS E. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity, the American Journal of Clinical Nutrition 39, January 1984, 129-135.
4. SUCHINDRANC, NORHT KE, POPKINBM, GORDON-LARSONP: Association of adolescent obesity with risk of severe obesity in adulthood, Jama 2010,304: 2042-47.
5. Campbell MK. Biological, environmental, and social influences on childhood obesity. *Pediatr Res.* janv 2016;79(1-2):205-11.
6. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2016;17(2):95-107.
7. [recommandation_obesite_enfant_et_adolescent.pdf](#) [Internet]. [cité 9 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_enfant_et_adolescent.pdf
8. Mentions légales | Obéclic [Internet]. [cité 28 juill 2020]. Disponible sur: <http://obeclic.fr/mentions-legales.html>
9. <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/surpoids-et-obesite-infantile/un-enjeu-de-sante-publique> [Internet]. [cité 9 déc 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/indre-et-loire/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/surpoids-et-obesite-infantile/un-enjeu-de-sante-publique#text_39931
10. CSO Tours | Les centres spécialisés obésité de la région Centre-Val de Loire [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.obecentre.fr/les-cso-region-centre-val-de-loire/cso-tours/>
11. Iemmolo, Inès. Etude sur les freins à l'application de la revalorisation des actes en médecine générale en Limousin en 2019 [Internet]. Disponible sur: <file:///Users/juliaripaud/Downloads/M20193192-5.pdf>
12. Goujeon, Oriane. Les freins au dépistage et à l'initiation de la prise en charge de l'obésité infantile. Enquête auprès des médecins généralistes de Maine et Loire [Internet]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20061993/2016MCEM6775/fichier/6775F.pdf>
13. C. Carriere, C. Cabaussel, C. Bader, P. Barberger-Gateau, P. Barat, H. Thibault. Multidisciplinary care management has a positive effect on paediatric obesity and social and individual factors are associated with better outcomes.

Tableau 1

	âge	sexe	type cabinet	durée d'installation	adhésion réseau obésité	syndicat	lieu d'exercice
M1	36	F	groupé	7	non	non	urbain
M2	52	M	MSP	20	non	non	urbain
M3	36	F	MSP	7	non	non	urbain
M4	37	F	groupé	9	oui	oui	urbain
M5	60	M	MSP	30	oui	non	urbain
M6	30	M	groupé	1	non	non	semi-rural
M7	38	F	MSP	5	non	non	rural
M8	54	M	MSP	20	non	non	semi-rural
M9	44	F	groupé	10	non	non	semi-rural
M10	63	M	MSP	30	non	non	rural
M11	35	F	MSP	3	non	non	rural
M12	31	M	groupé	3	non	non	semi-rural
M13	36	F	MSP	7	oui	non	rural
moyenne	42,5	6H/7F					

Exploration de la pratique des médecins généralistes en Indre-et-Loire concernant la prise en charge de l'obésité depuis la mise en place de la consultation CSO.

Introduction : L'obésité de l'enfant et de l'adolescent relève d'une prise en charge complexe et d'un enjeu de santé publique qui lui vaut depuis novembre 2017 une nouvelle cotation appelée « enfant suivi risque obésité » cotée CSO. Je me suis attachée à explorer la pratique des médecins généralistes en Indre-et-Loire depuis la mise en place de cette cotation.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative avec une analyse de la théorisation ancrée, menée par entretiens individuels semi dirigés auprès de treize médecins généralistes en Indre-et-Loire.

Résultats : Parmi les médecins interrogés, une majorité connaît ou a entendu parler de la cotation CSO (77%). Seulement un médecin l'utilise régulièrement alors que la moitié reconnaît faire des consultations dont la majeure partie du temps est consacrée à l'obésité. La grande majorité suit les recommandations de bonnes pratiques émises par l'HAS (10 sur 13) concernant le dépistage, le diagnostic et l'initiation de l'éducation thérapeutique mais rapporte une difficulté lors du suivi des enfants, notamment pour la programmation d'une consultation dédiée à l'obésité. Ils masquent donc leur prise en charge spécifique à l'occasion d'une consultation classique. Aucun des médecins ne constate de modification de sa pratique en lien avec cette nouvelle cotation.

Discussion : Ces résultats sont en accords avec les données de la CPAM qui rapporte seulement 231 actes CSO dans le département sur une période de 9 mois en 2018. Le sentiment d'échec rapporté par la majorité des médecins, dans leur prise en charge de l'obésité de l'enfant, pourrait participer à l'illégitimité ressentie à coter la CSO. Un auto contrôle du médecin au moment de coter pourrait l'amener à juger le résultat de sa prise en charge et renoncer à la cotation.

Vu, le Directeur de Thèse



Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le



RIPAUD-CADIOU Julia

33 pages – 1 tableau – 1 illustration

Résumé :

Introduction : L'obésité de l'enfant et de l'adolescent relève d'une prise en charge complexe et d'un enjeu de santé publique qui lui vaut depuis novembre 2017 une nouvelle cotation appelée « enfant suivi risque obésité » cotée CSO. Je me suis attachée à explorer la pratique des médecins généralistes en Indre-et-Loire depuis la mise en place de cette cotation.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative avec une analyse de la théorisation ancrée, menée par entretiens individuels semi dirigés auprès de treize médecins généralistes en Indre-et-Loire.

Résultats : Parmi les médecins interrogés, une majorité connaît ou a entendu parler de la cotation CSO (77%). Seulement un médecin l'utilise régulièrement alors que la moitié reconnaît faire des consultations dont la majeure partie du temps est consacrée à l'obésité. La grande majorité suit les recommandations de bonnes pratiques émises par l'HAS (10 sur 13) concernant le dépistage, le diagnostic et l'initiation de l'éducation thérapeutique mais rapporte une difficulté lors du suivi des enfants, notamment pour la programmation d'une consultation dédiée à l'obésité. Ils masquent donc leur prise en charge spécifique à l'occasion d'une consultation classique. Aucun des médecins ne constate de modification de sa pratique en lien avec cette nouvelle cotation.

Discussion : Ces résultats sont en accords avec les données de la CPAM qui rapporte seulement 231 actes CSO dans le département sur une période de 9 mois en 2018. Le sentiment d'échec rapporté par la majorité des médecins, dans leur prise en charge de l'obésité de l'enfant, pourrait participer à l'illégitimité ressentie à coter la CSO. Un auto contrôle du médecin au moment de coter pourrait l'amener à juger le résultat de sa prise en charge et renoncer à la cotation.

Mots clés : enfant suivi risque obésité, cotation CSO.

Jury :

Président du Jury : Professeur Régis HANKARD

Directeur de thèse : Docteur Claire LE LANN

Membres du Jury : Professeur Delphine MITANCHEZ
Professeur Christophe HOURIOUX

Date de soutenance : 11 septembre 2020