

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile : étude qualitative menée auprès de 10 médecins généralistes exerçant en Picardie

François Ronco

▶ **To cite this version:**

François Ronco. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile : étude qualitative menée auprès de 10 médecins généralistes exerçant en Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01254282

HAL Id: dumas-01254282

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01254282

Submitted on 12 Jan 2016

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

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

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2015 **N° 2015 - 29**

LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE INFANTILE

Etude qualitative menée auprès de 10 médecins généralistes exerçant en Picardie

---

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 15 AVRIL 2015

PAR

François RONCO

Présidente du jury : Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

Juges : Monsieur le Professeur Jean-Pierre CANARELLI
Monsieur le Professeur Djamal-Dine DJEDDI
Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Aimeric LEFETZ

REMERCIEMENTS

A mon président de jury,

Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD
Professeur des Universités-Praticien hospitalier
(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)

Vous me faites l'honneur aujourd'hui de présider le jury de cette thèse,
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CANARELLI
Professeur des Universités-Praticien hospitalier

(Chirurgie infantile)

Président de la Commission Médicale d'Etablissement du CHU d'AMIENS

Président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

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

Monsieur le Professeur Djamal-Dine DJEDDI
Professeur des Universités-Praticien hospitalier
(Pédiatrie)

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

Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

(Exploration fonctionnelle du système nerveux)

Vous me faîtes l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury,
Soyez assuré, Madame, de ma profonde reconnaissance et de mon profond respect.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Aimeric LEFETZ
Médecin Généraliste

Merci pour ta disponibilité et tes conseils avisés.

Je te remercie pour m'avoir guidé tout au long de ce travail et avoir pris le temps de m'apprendre une méthodologie que je ne connaissais pas.

A Stéphanie, Maxime, Enzo, Nina,

La « petite » famille…

A mes parents,

Merci d'avoir compris le choix de cette reconversion pas forcément évidente à 30 ans et de savoir que je peux à chaque instant toujours compter autant sur vous…

A mon frère et ma sœur,

Si loin, si près…

A mes grands-parents,

J'aurais aimé que vous soyez là aujourd'hui…

Et bien sûr à tout le reste de la famille que je n'oublie pas…

A « Phillippe Dean », qui m'a ouvert la voie et sans qui je ne serais jamais arrivé là.

A Julien et Vincent pour leurs aides dans ce travail et les précieuses modifs !!!

A tout ceux et celles qui m'ont soutenu et encouragé afin de poursuivre cette aventure.

Aux équipes des services qui m'ont accueilli durant mes études.

A Françoise, pour sa gentillesse de m'avoir aidé dans ce travail.

A tous les médecins qui ont participé à mes entretiens, sans qui ce travail n'aurait jamais existé.

LISTE DES ABBREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

BMI: Body Mass Index

CH- CHU : Centre Hospitalier- Centre Hospitalo-Universitaire

CSP : Courbe Staturo-Pondérale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IOTF: International Obesity Task Force

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Programme National Nutrition Santé

RéPPOP : Réseau pour la Prévention et la Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

SFAED : Syndicat Français des Aliments de l'Enfance et de la Diététique

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES **13**

INTRODUCTION **16**

MATERIELS ET METHODES **19**

1. Population étudiée 19
2. Le guide d'entretien 19
3. Le déroulement des entretiens 20
4. Transcription des entretiens 21
5. Analyse des entretiens 21
6. Saturation des données 22

RESULTATS **23**

1 Présentation de l'échantillon 23

2 Déroulement des entretiens 24

3 Analyse des entretiens 24

3.1 Le rôle du Médecin Généraliste 24

3.1.1 Circonstances de découverte de l'obésité infantile 24

3.1.1.1 Approche de l'obésité non médicalisée 25

3.1.1.2 Approche de l'obésité médicalisée 26

3.1.2 Diagnostic de l'obésité infantile 26

3.1.2.1 Critères diagnostics objectifs 26

3.1.2.2 Diagnostic subjectif 27

3.1.2.3 Etiologies organiques à dépister 27

3.1.3 Abords personnels du Médecin Généraliste 28

3.1.4 Le suivi ambulatoire 29

3.1.4.1 Caractéristiques du suivi 29

3.1.4.2 Organisation des soins 30

3.1.4.2.1 Assurés seul par le Médecin Généraliste 30

3.1.4.2.2 Coordination des soins 31

3.1.4.2.3 La surveillance 32

3.2 Les niveaux de difficultés du Médecin Généraliste 32

3.2.1 Dans leur implication affective 32

3.2.2 Dans sa relation au patient et sa famille 33

3.2.2.1 Relation avec le patient 33
3.2.2.2 Relation avec la famille 34
3.2.3 Les limites de compétence du Médecin Généraliste 35
3.2.4 Dans l'utilisation d'outils d'aide à la pratique 36
3.2.5 Dans l'organisation de la prise en charge 37
3.2.5.1 Dans leur pratique quotidienne 37
3.2.5.2 Dans l'organisation des soins avec les diététiciens 38
3.3 Les propositions des Médecins Généralistes 38
3.3.1 Amélioration dans la coordination des soins 39
3.3.2 Développement des formations 39
3.3.3 Outils d'aide à la pratique 41
4 Schéma synoptique des résultats 43
DISCUSSION 44
1 INTERETS ET CRITIQUES DE LA METHODE QUALITATIVE 44
1.1 Forces de l'étude 44
1.2 Limites de l'étude 45
2 SYNTHESE DES RESULTATS ET COMMENTAIRES 46
2.1 Implication des Médecins Généralistes 46
2.2 Place du Médecin Généraliste 47
2.2.1 Dans la prévention 47
2.2.2 Dans le dépistage 49
2.2.3 Dans la prise en charge 50
2.2.4 Rôle du suivi du Médecin Généraliste 52
2.3 Coordination des soins en Picardie 52
2.4 Perspectives d'amélioration 54
2.4.1 Consultation de dépistage obligatoire 54
2.4.2 Aborder le sujet en amont 55
2.4.3 Fascicule 55
2.4.4 Campagne d'information 56
2.4.5 Améliorer la formation des Médecins 56
CONCLUSION 59

BIBLIOGRAPHIE **61**

ANNEXES **65**

1 ANNEXE 1 : Guide d'entretien 65

2 ANNEXE 2 : Proposition Maquette (recto-verso) 66

INTRODUCTION

CONTEXTE ET NAISSANCE DE LA THESE

L'obésité infantile est en constante augmentation dans le monde. Elle est considérée comme une maladie depuis 1990 et l'Organisation Mondiale de la Santé alerte régulièrement les pays sur la gravité de cette épidémie.

Selon un rapport de l'International Obésity Task Force (IOTF) en 2005 [1], un enfant sur 5 est en surpoids ou obèse en Europe. Les experts notent une accélération rapide de l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité: de 0,2% par an dans les années 1970, elle est passée aujourd'hui de 2% par an, soit 400 000 jeunes Européens en surpoids ou obèses en plus chaque année.

La France occupe une position intermédiaire dans la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant en Europe. Le niveau reste toutefois élevé.
En Effet, l'excès de poids chez l'enfant français concerne 12,1% des 3-17 ans dont 3,1% d'enfants obèses d'après le rapport de l'étude I.N.C.A.2 (2006-2007) [2] mais semble en recule en France depuis 2005 d'après la dernière enquête menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publiée en 2010 [3].

Il existe une grande disparité en fonction du niveau socio-économique ou de la zone géographique, les prévalences du surpoids et de l'obésité étant supérieures en France dans les populations défavorisées.

L'obésité est un déterminant important de la santé qui expose les personnes concernées à de nombreuses maladies cardio-vasculaires, métaboliques, articulaires, vésiculaires et cancéreuses, ainsi qu'à une augmentation de la mortalité. Des conséquences sociales ont

également en évidence avec l'observation des attitudes négatives et de la stigmatisation, voire de la discrimination dont sont victimes de nombreuses personnes obèses.

Chez l'enfant, les conséquences d'un simple surpoids sont controversées ; toutefois les enfants obèses présentent une fréquence élevée d'anomalies infracliniques concernant les lipides et la pression artérielle. Les études épidémiologiques [4] s'accordent pour conclure que l'obésité dans l'enfance est associée à une augmentation du risque de mortalité prématurée à l'âge adulte, en raison notamment de l'accroissement de la mortalité d'origine cardiovasculaire, l'excès de mortalité étant estimé entre 50 % et 80 % selon les études. L'obésité sévère de l'enfant expose en outre à des complications précoces telles que des troubles orthopédiques, endocriniens et des diabètes de type 2 qui étaient jusqu'à présent limités aux adultes.

Pour enrayer cette épidémie, le gouvernement français a mis en place des programmes de lutte contre l'obésité qui ont vu le jour depuis déjà une décennie en France comme le Programme National Nutrition Santé (PNSS) [5]. Ces programmes sont relayés par des centres de santé [6]. Ce sont des structures publiques de proximité qui dispensent les soins de premiers recours et ont pour objectif des actions de prévention.

En Picardie, d'après l'enquête de la DREES de 2005-2006, publiée en 2010 [2], réalisée auprès d'enfants âgés de 5-6 ans, la prévalence de l'obésité infantile s'élèverait à 14,9%, soit 2,8% de plus que la moyenne nationale.

Dans le cadre de la mise en cohérence du PNNS avec la politique régionale de santé, la Direction Régionale des Affaires sanitaires et Sociales (DRASS) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) ont mis en place depuis 2003, un Comité Picardie Nutrition [7] dont un des principaux rôles est de renforcer le dépistage et les actions de prévention relatives à l'obésité infantile ainsi que les dispositifs de prise en charge de l'obésité de l'enfant en Picardie. Ce Comité a aussi comme objectif de renforcer le rôle des Pôles de Prévention dans la démarche éducative auprès d'enfants en surcharge pondérale et de leur famille. En Picardie, il existe 8 pôles de prévention et d'éducation du patient dont 6 sont spécifiquement adaptés à la prise en charge de l'obésité infantile. Ces structures sont rattachées aux Centres Hospitaliers (CH) et au Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Aisne : Laon, St Quentin, Soissons ; Oise : Beauvais, Compiègne, Creil –Senlis ; Somme : Abbeville, Amiens.

Ce comité souligne l'importance des médecins généralistes, véritable pierre angulaire de ce dispositif dans la prise en charge de l'obésité infantile.

ENJEUX DE LA THESE : OBJECTIFS PRIMAIRES ET SECONDAIRES

L'objectif principal de ce travail n'est pas d'évaluer les pratiques des médecins généralistes mais de comprendre l'approche de la prise en charge de l'obésité infantile par ces médecins généralistes en Picardie. Par le biais de ce travail, je vais ainsi identifier leur pratique, souligner leurs difficultés, identifier les collaborations avec les autres spécialistes et déterminer leur besoins afin d'essayer d'améliorer la prise en charge actuelle de ces patients.

MATERIELS ET METHODES

J'ai réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant en Picardie.

1. Population étudiée

La méthode de l'entretien part du principe que «*le tout social serait inclus en chaque individu* » [8].

Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Ainsi, une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires [9].

Le nombre de médecins interrogé n'a pas été déterminé par avance. En effet, les entretiens ont été arrêtés une fois que « *la saturation des données* » a été atteinte. Cette notion est obtenue lorsqu'aucune nouvelle information et aucun nouveau code n'apparaissent plus lors de l'analyse des données [10]. Ce niveau de saturation nous permet de présenter des résultats qui globalement reflètent le rôle du médecin traitant dans la prise en charge de l'obésité infantile en Picardie.

Tous les médecins interrogés ont été choisis au hasard dans les pages jaunes, en tenant compte de critères spécifiques pour tenter de varier les caractéristiques des médecins interviewés : genre, lieu d'exercice. Mon seul critère exclusif de choix était qu'ils devaient être médecins généralistes et avoir déjà suivi en consultation un enfant obèse.

J'ai pris contact par téléphone avec chacun des médecins.

2. Le guide d'entretien

Les entretiens semi-dirigés ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien préalablement établi. Le guide d'entretien n'est pas un questionnaire [11]. Il s'agit d'une liste de thèmes que le

chercheur souhaite voir aborder sans ordre prédéfini. Ce guide a été réalisé avec l'aide du Dr Aimeric LEFETZ, mon directeur de thèse.

Ce guide était évolutif. Au bout de quatre entretiens, le guide a été légèrement modifié pour permettre au mieux au médecin de s'exprimer sur le sujet.

Ce guide d'entretien était constitué de cinq questions ouvertes, complétées d'éventuelles relances si le médecin avait des difficultés à développer ses idées.

La première question abordait les moyens d'approche de l'obésité infantile de la part du médecin traitant, ainsi que la prise en charge initiale.

La seconde question s'intéressait à l'utilisation et les apports dans la pratique quotidienne de l'Indice de Masse Corporelle (IMC).

La troisième question recherchait les difficultés rencontrées du médecin traitant lors de la prise en charge de l'obésité infantile.

La quatrième question reposait sur l'organisation du suivi de la prise en charge de l'obésité infantile ainsi que les éventuelles articulations avec les spécialistes.

Enfin, la cinquième question renseignait sur la demande de formation éventuelle sur ce sujet et les outils pouvant être utiles au médecin traitant dans la pratique au quotidien.

L'intégralité du guide est retrouvée en Annexe 1.

3. Le déroulement des entretiens

Lors de la prise de contact téléphonique avec les différents médecins, je me suis présenté et leur ai demandé si je pouvais les rencontrer pour m'entretenir avec eux à propos de mon sujet de thèse.

Les entretiens se sont déroulés soit sur le lieu d'exercice du médecin pendant ou en dehors de son activité de consultation, soit par entretien téléphonique. Les rendez-vous ont tous été convenus par téléphone.

Après avoir obtenu le consentement éclairé du médecin généraliste [12], les entretiens étaient enregistrés par un dictaphone.

Le guide de l'entretien était ensuite suivi. Au cours de l'entretien, j'ai pris éventuellement quelques notes.

4. Transcription des entretiens

J'ai ensuite retranscris intégralement les entretiens à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word 2011®. Les éléments non verbaux ont également été retranscrits (silence, rires, soupir..) afin de compléter l'analyse.

5. Analyse des entretiens

Après leurs transcriptions, j'ai réalisé l'analyse de mes entretiens à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative RQDA®. Il apporte une aide technique à l'analyse, mais n'effectue aucune interprétation des données.

J'ai utilisé la méthode d'analyse par théorisation ancrée (Grounded Theory) [13] décrite par Glaser et Strauss. Cette approche repose sur une analyse stricte phrase par phrase des données. Elle est donc ancrée dans le texte et n'utilise pas de grilles d'analyse ni de thèmes prédéfinis par le chercheur. Au cours d'un processus permanent de comparaison, un ensemble de codes a émergé. Le codage des entretiens consiste à extraire des mots ou phrases et à synthétiser leur signification par un ou plusieurs mots qui deviennent alors un code [10]. Il s'agit d'un codage ouvert fractionnant le texte en une série de codes.

L'accumulation de ces codes a fait émerger des concepts plus généraux dans lesquels pouvaient être regroupés les codes ayant la même signification ou les mêmes implications. Au fur et à mesure de l'analyse des entretiens et de ce fait de l'apparition de nouveaux codes, un retour en arrière dans le texte déjà codé était effectué pour vérifier la présence ou non de ces nouveaux éléments [10]. La mise en relation des différents concepts entre eux et la mise en évidence de leurs interactions avec la question principale de l'étude [10] permettaient d'établir une théorie concernant les éléments intervenant dans le rôle du médecin traitant dans la prise en charge de l'obésité infantile en Picardie.

6. Saturation des données

Le nombre d'entretiens à réaliser n'a pas été déterminé à l'avance : l'analyse a été menée jusqu'à saturation des données.

La saturation des données a été obtenue lorsque deux entretiens successifs ne faisaient plus apparaître de nouvelles idées et donc qu'il ne ressortait pas de nouveaux codes dans l'analyse.

RESULTATS

1 Présentation de l'échantillon

Profil des médecins interviewés :

Médecins	Sexe	Age	Département	Mode d'exercice	Secteur
A	F	30	02	Groupe	Rural
B	M	59	60	Groupe	Urbain
C	M	60	60	Groupe	Rural
D	M	59	80	Seul	Urbain
E	M	54	60	Groupe	Rural
F	F	42	80	Seul	Urbain
G	F	34	60	Groupe	Urbain
H	M	41	80	Seul	Urbain
I	F	42	02	Seul	Rural
J	M	61	60	Groupe	Rural

Ce travail s'appuie sur les entretiens de 10 médecins généralistes exerçant en Picardie. Les médecins étaient 6 hommes et 4 femmes. Ils exerçaient tous en libéral, soit seul, soit en association, dans un cabinet de groupe avec d'autres médecins généralistes en milieu urbain et rural. La moyenne d'âge estimée des médecins interrogés arrondie à la décimale supérieure, était de 49 ans. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins annonce un âge moyen des médecins en activité de 51 ans [14].

2 Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été menés soit aux cabinets des médecins généralistes pendant ou en dehors de leurs consultations, soit par entretien téléphonique. Les entretiens étaient enregistrés par un dictaphone. Les entretiens ont duré de 15 à 30 minutes. La retranscription des entretiens figure sur le Verbatim CD.

3 Analyse des entretiens

Trois grandes parties se sont dégagées à la suite de la retranscription des entretiens. Les thèmes traités dans chacune de ces parties ont permis d'apporter des réponses aux questions posées sur le rôle du médecin généraliste, ses niveaux de difficultés et ses propositions dans la prise en charge de l'obésité infantile.

3.1 Le rôle du Médecin Généraliste

3.1.1 Circonstances de découverte de l'obésité infantile

Pour la plupart des médecins généralistes interrogés, l'obésité infantile se découvrait lors de :

- Consultations pathologiques :

Médecin 2 : « *c'est-à-dire que ça peut être à l'occasion d'une consultation, par exemple d'angine ou de rhinopharyngite, de chose comme cela ou alors à l'occasion d'un vaccin, par exemple.* »

Médecin 9 : *« Tout çà, on peut constater une prise de poids, des variations sur les mensurations ou des consultations passagères occasionnelles pour des problèmes de virose ou autres.* »

- Consultations à la demande des parents :

Médecin 5 : *« et il y a aussi souvent des parents qui l'aborde arrivé à un moment.. »*

- Consultations de suivi pédiatrique :

Médecin 7 : *« Souvent, comme on suit l'enfant quand même de façon régulière, je le pèse, je le mesure dès que je commence à voir qu'il y a un petit souci, on commence déjà à en discuter. »*

3.1.1.1 Approche de l'obésité non médicalisée

Les médecins généralistes interrogés adoptaient respectivement différentes méthodes d'approches pouvant être :

- De manière directe :

Médecin 5 : *« Mais souvent je l'aborde franchement. »*

- De manière précautionneuse :

Médecin 3 : *« sans insister outre mesure. »*

Médecin 6 : *« je vais aborder le sujet en disant qu'il y a une surcharge, j'ai rarement utilisé le terme obésité.»*

Médecin 10 : *« Si j'ai l'impression qu'un enfant est un peu enveloppé alors c'est des mots qu'on utilise : Dis-donc tu es un peu enveloppé, tes potes ne se moquent pas de toi ? »*

- De manière adaptée :

Médecin 5 : *« Cà dépend des familles. »*

- Non spécifiques :

Médecin 2 : *« Comme tous les problèmes, je pense qu'il n'y a pas de recette stéréotypée. »*

Médecin 4 : *« Je n'ai pas de méthodes spécifiques pour aborder ce sujet, mais il n'y a pas à mon avis de manières codifiées, tout dépend du motif de consultation. »*

- Sur le thème de la plaisanterie :

Médecin 2 : *« A la limite, moi j'aime bien faire ça un petit peu sur le mode de la plaisanterie, essayer de voir avec le petit en lui disant : T'as bon appétit ! »*

Médecin 10 : *« En essayant de prendre peut-être à la rigolade sur un mode léger pour essayer de ne pas victimiser, traumatiser quelqu'un qui sait peut-être déjà lui-même qu'il est*

trop gros, ne pas en rajouter : Et ben dis-donc t'as encore forci ou quelque chose comme çà.. »

3.1.1.2 Approche de l'obésité médicalisée

L'approche pouvait se faire aussi d'un point de vue médical selon certains médecins.

Médecin 3 : *« Assez souvent après la mesure de la taille et du poids et la détermination de l'IMC.»*

Médecin 5 : *« En faisant des courbes de poids et d'IMC. »*

3.1.2 Diagnostic de l'obésité infantile

3.1.2.1 Critères diagnostics objectifs

La plupart des médecins interrogés utilisaient des éléments cliniques comme l'IMC et la Courbe Staturo-Pondérale (CSP) pour définir le diagnostic de l'obésité infantile.

L'IMC étant pour la plupart des médecins généralistes un outil de confirmation, il était utilisé après la première impression visuelle du médecin.

L'IMC permettait ainsi de visualiser si l'enfant était en surpoids ou entrait dans une certaine catégorie d'obésité.

Médecin 1 : *« C'est surtout pour moi, pour savoir si il est dans la catégorie des enfants aux poids normal ou hors poids normal, en surpoids ou en obésité. »*

Médecin 2 : *« Il faut avoir l'occasion d'un épisode infectieux chez un enfant pour lequel on a l'impression qu'il y a un excès pondéral faire une mesure, une taille et un poids et puis calculer son IMC. »*

Médecin 9 : *« Je pense que dès que l'on met en évidence un surpoids dès la 1ère consultation, on peut calculer l'IMC et voir le degré de surpoids du patient. »*

3.1.2.2 Diagnostic subjectif

Certains médecins par contre n'utilisaient que leurs impressions visuelles pour établir un diagnostic d'obésité.

Médecin 5 : *« On voit s'ils sont gros ou s'ils ne sont pas gros, franchement !! »*

Médecin 6 : *« Et puis visuellement aussi si je vois qu'il y a quelque chose d'inhabituel ou hors norme on va dire visuellement. »*

Médecin10 : *« C'est-à-dire que la personne me parait ou ne me parait pas être en surpoids ou obèse, j'ai l'impression que l'empirisme vaut l'IMC. »*

3.1.2.3 Etiologies organiques à dépister

Les étiologies organiques, même si elles n'étaient pas évoquées de façons systématiques, étaient pour la plupart des médecins interrogés à rechercher.

Médecin 3 : « *et si çà persiste, à ce moment-là je ferais faire quelques bilans particuliers ».*

Médecin 6 : *« en ayant fait en plus au préalable à mon avis un bilan endocrinien ne serait-ce que ça parce que dès fois, quand même ne serait-ce que d'aller faire une TSH chez un jeune, c'est un minimum avant de l'envoyer chez un diététicien parce qu'on peut toujours essayer de faire perdre du poids mais bon s'il y a une TSH qui n'est pas bonne et puis un problème de thyroïde ça ne va pas le faire ! »*

Médecin 7 : *« En général, on essaye de revoir aussi dans la famille si dés fois il y a des maladies chroniques tout cela, donc on essaye de voir en général quand on a un gros problème de poids qui se met en route. »*

Médecin 8 : *« Après, si il y a des souffrances particulières notamment au niveau limite du squelette, d'immobilisation éventuellement ».*

Médecin 9 : *« voir aussi s'il n'y a pas un problème de poids dans la fratrie et chez les parents pour voir si ce n'est pas un problème familial. Dans le bilan de l'obésité, il faut rechercher d'autres pathologies. »*

Médecin10 : *« ou peut-être même un problème génétique. »*

3.1.3 Abords personnels du Médecin Généraliste

Les perceptions des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité infantile ont révélés au cours des entretiens plusieurs facettes :

- Un Rôle d'Enquêteur :

Médecin 3 : *« Je m'enquiers un peu de son alimentation, de son activité physique. L'idéal c'est d'essayer de comprendre un peu comment fonctionne cette cellule familiale autour de l'alimentation essentiellement ou même en terme d'activités physiques. »*

Médecin 6: « *Et puis souvent j'ai la question qui tue c'est : est-ce qu'il fait du sport ? »*

- Un Rôle de Conseiller familial et d'Educateur:

Médecin 6 : *« Souvent je leur conseille de prévoir une activité physique régulière mensuelle, hebdomadaire et au mieux bihebdomadaires, et je vais leur donner des conseils alimentaires ».*

Médecin 7: *"Moi je donne plutôt des conseils diététiques, enfin hygiéno-diététiques, je leur demande de faire du sport, des choses comme ça, soit en club, d'essayer de faire du vélo en famille les week-ends".*

Médecin 8 : *« Je perçois mon rôle comme celui d'un conseiller, d'un éducateur des règles diététiques, je me limite à cela. »*

Médecin 9 : « Voir les problèmes au niveau de l'alimentation, également proposer s'il n'y en a pas ou pas assez une activité physique adaptée. »

- Un Rôle de Sensibilisation :

La réitération des conseils à la fois sur le plan diététique et sur l'activité physique, permettait pour la plupart des médecins interrogés d'améliorer la prise en charge.

Médecin 3 : *« Parce que je pense que c'est important d'insister et de revenir sur un certain nombre de conseils qui ont pu être donnés. »*

Médecin 2 : « Donc on essaye de sensibiliser à une activité physique, à une activité sportive également. »

Médecin 4 : *« Pour qu'on puisse inciter à chaque fois, pour rabâcher les choses, c'est la même chose chez les enfants mais accompagnés de leurs parents. »*

-Un Rôle de Régulateur :

Médecin 6 : *« Je leur dit éventuellement comment rectifier le tir. »*

Médecin 7 : *« Mon rôle est avant tout d'essayer de corriger les choses. »*

- Un Rôle d'Aiguillage :

La plupart des médecins interrogés avaient le sentiment que leur rôle était, dans le début de leur prise en charge, d'orienter les patients vers les spécialistes.

Médecin 7 : *« On m'a toujours dit qu'il valait mieux l'adresser vers des spécialistes. »*

Médecin 10 : *« Eventuellement si j'ai l'impression qu'il y a une demande, que c'est un souci, je peux effectivement demander l'avis d'un collègue spécialisé, tel est mon principal rôle je pense. Je crois donc j'aurais tendance à orienter plutôt qu'à prendre en charge. »*

3.1.4 Le suivi ambulatoire

3.1.4.1 Caractéristiques du suivi

La plupart des médecins interrogés estimaient que le suivi de la prise en charge de l'obésité infantile s'effectuait dans le temps, cependant le suivi n'était pas forcément programmé.

Médecin 3 : *« Je propose à l'occasion d'une autre consultation, dans quelques mois, de remesurer, repeser et voir si les mesures simples ont permis une amélioration. »*

Médecin 5 : *« C'est des enfants souvent que l'on voit quand même régulièrement, donc on les pèse quand ils reviennent. »*

Médecin 6 : *« Dans un 1er temps, je ne prévois pas effectivement un suivi mais je leur dis, on essaye de se revoir. »*

Médecin 7 : *« Souvent, comme on suit l'enfant quand même de façon régulière. »*

La fréquence des consultations programmées était très variable selon les médecins.

Médecin 3 : *« Je vais dire, je vais les voir tous les trimestres environ pour refaire le point un peu avec eux. »*

Médecin 5 : *« Le rythme 1 fois par mois c'est largement suffisant ! »*

Médecin 7 : *« et je les repese à 6 mois avec un nouveau poids-taille. »*

Médecin 8 : *« Au niveau du rythme, je pense qu'il faut suivre tous les mois pour voir un peu l'évolution du moins au départ. »*

Médecin 9 : *« Je pense qu'au début, il faut revoir l'enfant avec des consultations assez rapprochées. On voit que si il y a une amélioration sur l'alimentation, si il y a une activité physique d'entrepris, à ce moment-là, on peut espacer les consultations et revoir l'enfant tous les 3, 4 mois. »*

Les objectifs concernant la prise en charge de l'obésité infantile de la part des médecins généralistes n'étaient pas forcément clairement définis.

Médecin 10 : *« Dans la mesure où je ne prends pas véritablement en charge, je n'organise pas, je n'ai pas le souvenir d'avoir dit à un enfant : Tiens on se reverra dans 1 mois, donc je ne tiens pas forcément d'objectifs. »*

3.1.4.2 Organisation des soins

3.1.4.2.1 Assurés seul par le Médecin Généraliste

La moitié des médecins interrogés préféraient suivre les patients seuls en organisant ou non un suivi.

Médecin 3 : *« Je propose à l'occasion d'une autre consultation, dans quelques mois, de remesurer, repeser et voir si les mesures simples ont permis une amélioration. »*

Médecin 4 : *« Je n'ai jamais eu besoin, de ma génération peut-être que maintenant les jeunes, je ne sais pas…Mais moi, de ma génération, on s'occupait de tout avec les gamins quand il le fallait, on a fait des tas de choses ! »*

Médecin 8 : *« donc, du coup, moi je suis éventuellement des recommandations et accompagne. »*

Le suivi pouvait être organisé et adapté à la demande du patient.

Médecin 6 : *« Si par contre, ils reviennent pour ce sujet là et que ça les intéressent ou vraiment ils accrochent et comment peut-on faire etc.… Oui, on peut dans ces cas là re-prévoir des consultations. »*

3.1.4.2.2 Coordination des soins

La moitié des médecins interrogés s'accordaient à orienter en premier lieu les patients vers des médecins spécialistes ou des diététiciens.

Médecin 2 : *« Je préfère envoyer sur des consultations encore une fois de gens spécialisés, diététiciens ou autres. »*

Médecin 7 : *« On m'a toujours dit qu'il valait mieux l'adresser vers des spécialistes. »*

L'autre moitié des médecins interrogés orientaient vers les spécialistes lorsque la prise en charge initiale ne s'était pas avérée satisfaisante.

Médecin 2 : *« Dans certains cas, on emploie quand même une aide avec un pédiatre ou une diététicienne ou des gens qui déjà connaissent un peu mieux le sujet. »*

Médecin10 : *« Je peux effectivement demander l'avis d'un collègue spécialisé. »*

En fonction du lieu d'exercice, les médecins généralistes interrogés orientaient vers différents types de spécialistes : pédiatres, endocrinologues, ou plutôt vers les diététiciens, nutritionnistes, psychothérapeutes ou d'autres structures : pôles de prévention, Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Les médecins exerçant en milieu urbain avaient tendance à orienter en premier lieu dans des structures hospitalières, différemment des médecins exerçant en milieu rural qui orientaient plutôt vers les pédiatres et les diététiciens exerçant en activité libérale.

Médecin 2 : *« Dans certains cas, on emploie quand même une aide avec un pédiatre ou une diététicienne. »*

Médecin10 : *« Il y avait une dame à Creil qui faisait de la diabétologie puis qui maintenant s'est plutôt orientée vers la prise en charge des obésités de l'enfant. »*

Le suivi pouvait être organisé aussi bien par téléphone que par courrier.

Médecin 2 : *« Si c'est un pédiatre qui après qui suit l'enfant, je fais un courrier ou enfin on se téléphone. »*

3.1.4.2.3 La surveillance

Les médecins généralistes dans leur pratique utilisaient majoritairement la CSP et l'IMC comme outil de suivi.

Médecin 3 : *« Mais disons que les enfants bénéficient de 3, 4 mesures dans l'année selon la fréquence à laquelle ils viennent, de leur taille et de leur poids donc de la détermination de leur IMC. »*

Médecin 7 : *« et puis après, moi, j'aime bien avoir une courbe de croissance dans mon carnet de santé. »*

Médecin 8 : *« D'emblée il faut le calculer comme référence ou poursuivre l'évolution. »*

3.2 Les niveaux de difficultés du Médecin Généraliste

3.2.1 Dans leur implication affective

La moitié des médecins interrogés mettaient en avant un sentiment d'impuissance et de résignation lors du diagnostic de l'obésité et aussi dès l'initiation de leur prise en charge.

Médecin 1 : *« Moi j'ai envie de les aider mais après... »*

Médecin 2 : *« Si on arrive sur un gamin qui a un IMC déjà de 30 ou plus, on sait que c'est quasiment cuit quoi, que de toute façon le gamin, il aura des problèmes de poids à peu près toute sa vie ! La notion de bien manger, la notion de bien bouger, c'est souvent très difficile, c'est souvent très difficile… (Soupir) »*

Médecin 10 : *« J'ai tendance à baisser les bras d'emblée, le problème quand tu vois rentrer trois gros qu'est-ce que tu veux faire ? Le père, la mère et le gosse sont gros, ça t'échappe complètement… (Soupir). »*

De nombreux médecins interrogés soulignaient *des difficultés de communication avec les patients :*

Médecin 6 : *« Mais souvent le problème, je trouve, c'est qu'on va aborder nous gentiment, discrètement, en essayant de ne pas être désagréable le sujet. »*

Médecin10 : *« c'est que l'enfant peut très bien se bloquer donc c'est plutôt comment abordez-la chose ? »*

Par ailleurs certains médecins interrogés ressentaient une *perception négative du suivi :*

Médecin 2 : *« Après je ne vois pas ce que ça apporte beaucoup… »*

Enfin, la moitié des médecins interrogés ne pensaient pas avoir de demande de formation dans ce domaine :

Médecin 2 : *« Je ne pense pas que c'est actuellement le domaine dans lequel je me sens le plus en demande de formation. »*

Médecin 4 : *« Pour ma part, je m'en préoccupe peu donc je ne ressens pas de besoins particuliers dans ce domaine là.. »*

Médecin 5 : *« mais pas sur ce sujet, non. »*

3.2.2 Dans sa relation au patient et sa famille

3.2.2.1 Relation avec le patient

Certains médecins interrogés mettaient en avant certaines réticences de la part des enfants lors de l'initiation de la prise en charge avec en particulier la difficulté des changements des règles hygiéno-diététiques.

Médecin 1 *: « Parce que les enfants ont beaucoup de mal à manger des fruits ou légumes ! »*

Médecin 2 : *« La notion de bien manger, la notion de bien bouger, c'est souvent très difficile, c'est souvent très difficile… (Soupir) »*

Médecin 4 : « *Il ne veut pas de légumes, il n'aime pas ça ! »*

Médecin 5 *: « les légumes c'est plus dur ! »*

Par ailleurs, certains médecins estimaient que la prise en charge semblait plus difficile pour les enfants en bas âge.

Médecin 7 : *« Mais ça, c'est pour les enfants plus petits, plus grands c'est plus facile en fait quand ils se sentent un peu plus responsables de ce qu'ils font. »*

Enfin, certains médecins constataient que les difficultés de prise en charge pouvaient être liés à un déni de la part des jeunes patients.

Médecin 6 : *« L'enfant ou l'adolescent lui-même en a peut-être plus ou moins conscience alors entre le conscient et l'inconscient, je ne sais pas mais ils ne vont pas forcément avoir mis les moyens sur çà, vouloir voulu vraiment s'en rendre compte, réagir par rapport à çà et souvent il y a un déni un petit peu quelque part de la problématique. »*

3.2.2.2 Relation avec la famille

Tous les médecins interrogés se sont accordés à dire que les principales difficultés concernant l'obésité infantile étaient dues avant tout à la famille et leur environnement.

Médecin 6 : *« Les difficultés, je pense que la première, c'est souvent la famille, la mère, le père. »*

Médecin 10 : *« Après la solution, moi je crois qu'il n'y a pas vraiment de très bonnes solutions sauf alors à sortir l'enfant de son environnement habituel familial. »*

Pour eux, le plus difficile était de sensibiliser la famille à ce problème de santé publique :

Médecin 8 : *« Déjà quand il y a des parents forts c'est difficile de sensibiliser la famille au problème parce qu'à la limite on va dire à un parent si vous ne voulez pas que leur enfant deviennent comme eux, comment faudrait-il qu'on le prenne en charge et ça peut-être insupportable à entendre pour des parents ».*

Médecin 9 : *« La plupart du temps, la difficulté la plus importante, c'est l'acceptation par les parents du problème de cette obésité et la volonté de faire quelque chose, s'il n'y a pas de volonté de la part des parents et aussi de la part de l'enfant, il ne peut pas y avoir de prise en charge. »*

Les médecins interrogés percevaient souvent un sentiment de déni de la part de la famille :

Médecin 6 : « Et puis les parents, ils ne sont quand même pas aveugles ! Du moins jusqu'à preuve du contraire sauf si eux-mêmes en général sont obèses et du coup il y a un vrai déni. »

Médecin 7 : *« Les difficultés, c'est souvent les parents qui me disent dans la famille on est tous comme ça ! »*

Ces difficultés se basaient avant tout sur des critères :

- sociologiques :

Médecin 8 *: « Les difficultés, c'est lié pour moi au niveau social des patients qui ont des problèmes d'obésité. »*

Médecin 10 *: « parce que j'ai l'impression que c'est un problème socioculturel et très complexe. »*

- culturels :

Médecin 3 *: « on est confronté à des habitudes familiales, culturelles, etc.. et c'est compliqué. »*

Médecin 4 : *« Pour l'enfant, la difficulté selon moi, c'est avant tout de m'occuper des parents ! Les enfants mangent ce qu'on leur donne mais ça c'est un problème d'éducation en général ! »*

Médecin 5 : « *Là c'est des fois plus dur à faire admettre et surtout à faire appliquer parce qu'il faut changer souvent l'alimentation de toute la famille ! »*

- économiques :

En particulier chez les familles vivant dans des milieux défavorisées.

Médecin 2 : *« L'environnement familial, c'est là où au niveau culturel, au niveau social, au niveau socio-économique des gens , il est déterminant ! Déjà, parce que de toute façon, une majorité des obésités se rencontrent dans les milieux défavorisés par exemple. Alors la prise en charge, elle dépend de toute façon un peu aussi de la bonne volonté et de la compliance de la famille qui n'est pas toujours facile à obtenir sur ce genre de thème. »*

3.2.3 Les limites de compétence du Médecin Généraliste

Un médecin interrogé mettait en avant un manque de connaissance.

Médecin 1 : *« Moi, je pense que qu'il me manque quand même pour bien les prendre en charge, des notions de diététiques un peu plus poussé, parce que j'ai des vagues notions, des idées générales. »*

Ce médecin estimait qu'il y avait un manque au niveau de la formation à la fois:

- dans le domaine de la diététique :

Médecin 1 : *« pour établir un programme diététique des choses comme çà il me manque des choses.. »*

- dans la prise en charge globale :

Médecin 1 : *« Je ne suis pas sûre qu'à l'université nous sommes capables d'avoir une formation globale comme çà… »*

Certains médecins estimaient que le fait d'aborder le sujet, seul en consultation, constituait un obstacle à la prise en charge :

Médecin 6 : *« Mais de toute façon appréhender le thème de l'obésité seul et sur une seule consultation c'est tout sauf évident ! »*

3.2.4 Dans l'utilisation d'outils d'aide à la pratique

Certains médecins interrogés étaient très sceptiques quant à l'utilisation en pratique de l'IMC et ne s'en servait pas lors de leur pratique estimant qu'il leur était inutile.

Médecin 4 : *« Je pense que l'IMC ne dit pas grand-chose au patient, l'IMC c'est un curseur, et puis en fait je trouve que ça n'appréhende pas la morphologie de la personne ! »*

Médecin 5 : *« L'indice de masse corporelle ? Pas grand chose, on voit s'ils sont gros ou s'ils ne sont pas gros ! »*

Médecin10 : *« La bonne question serait qu'en faites-vous ? Alors rien, j'en fais rien du tout, je dois dire que je me fis à mon impression. »*

3.2.5 Dans l'organisation de la prise en charge

3.2.5.1 Dans leur pratique quotidienne

La plupart des médecins interrogés mettaient en avant la complexité de ce problème de santé publique.

Médecin 2 *« c'est souvent très difficile, c'est souvent très difficile…(Soupir) »*

Médecin 6: *« mais d'un point de vue individuel, ce n'est pas forcément un problème pour eux donc on ne peut pas leur imposer non plus, c'est ce qui rend si complexe ce genre de consultations… »*

Médecin10: *« c'est un problème socioculturel et très complexe. »*

Certains médecins interrogés s'accordaient à dire que la prise en charge était d'autant plus difficile du fait de la perte de vue des patients.

Médecin 2: *« mais en gros jusqu'à l'âge de 5 ou 6 ans après les enfants en général là ils nous échappent plus ou moins parce qu'on les voit beaucoup moins, les visites systématiques les parents ne nous les amènent plus, on les voit de moins en moins. »*

Médecin 4: *« il y a des enfants que je ne soigne plus qui étaient vraiment un petit peu en surpoids mais je ne les aient pas vus pendant 5 ou 6 ans. »*

Presque tous les médecins interrogés rencontrant des difficultés dans la prise en charge de l'obésité infantile pensaient que les consultations de médecine générale étaient à la fois:

- chronophages :

Médecin 1 : *« C'est difficile parce que pour les enfants, les adultes, quand il faut rentrer dans les règles hygiéno-diététiques, çà prend beaucoup de temps... ça prend beaucoup de temps pour les expliquer… »*

Médecin 2 : *« et puis surtout qui ont le temps ! Car si on veut rentrer un petit peu dans la causalité, dans le détail des choses, ce sont des consultations qui sont extrêmement chronophages, hors malheureusement…(Soupir) »*

Médecin 5 : *« on ne va pas les voir toutes les 5 minutes et on n'a pas le temps ! »*

Médecin 7 : *« quand on n'a pas forcément le temps en ¼ d'heure… »*

Médecin 9 : *« De manière générale et je pense rejoindre mes confrères sur ce point de vue je dirais : le temps !! Il est impossible en une consultation de 15-20 minutes de pouvoir approfondir sur ce sujet ! »*

Médecin10 : *« Le problème pour moi, je dirais que c'est un problème de temps. »*

- non adaptées pour une bonne prise en charge:

Médecin 6 : *« mais de toute façon appréhender le thème de l'obésité seul et sur une seule consultation c'est tout sauf évident ! »*

Médecin 8 : *« Les consultations de médecine générale sont très délicates et pas forcément appropriées pour appréhender ces problèmes sociologiques. »*

Médecin10 : *« Comment trouvez le temps de dédier une consultation à l'obésité d'un enfant ? »*

3.2.5.2 Dans l'organisation des soins avec les diététiciens

Les principales difficultés rencontrées pour les médecins interrogés dans l'organisation des soins avec les diététiciens étaient :

- le coût des consultations non remboursés :

Médecin 4 : *« mais les diététiciens non, parce que après il faut rentrer dans un système. D'abord si c'était en public, ça coûterait extrêmement cher puisque les consultations ne sont pas remboursées. »*

- leurs difficultés d'accès notamment en milieu rural :

Médecin 3 : *« le problème est l'accès aux diététiciennes, parce que ce n'est pas remboursé. »*

3.3 Les propositions des Médecins Généralistes

Devant les difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'obésité infantile, certains médecins interrogés ont émis des suggestions afin de pouvoir améliorer leur pratique.

3.3.1 Amélioration dans la coordination des soins

Certains médecins interrogés mettaient en avant le rôle primordial des pôles de prévention et des PMI pour le dépistage et le suivi de l'obésité infantile.

Médecin 4 : *« Les enfants maintenant sont beaucoup suivis par les PMI alors est-ce que ce n'est pas là où le dépistage devrait se faire ? »*

Médecin 8 : *« ça peut-être aussi éventuellement le pôle de prévention, je ne sais pas si finalement ils reçoivent les enfants jusqu'à quel âge mais ça dépend de l'âge de l'enfant. »*

Les propositions de consultations obligatoires en PMI ont aussi été évoquées :

Médecin 4 : *« Ce serait certainement peut-être de meilleures relations entre la PMI et les médecins, s'il y a des problèmes de surpoids chez un enfant, c'est qu'il y ait une incitation à aller voir son médecin généraliste en inter-consultation demandée et les consultations obligatoires PMI. »*

3.3.2 Développement des formations

La plupart des médecins interrogés étaient demandeurs d'une Formation Médicale Continue (FMC) dans ce domaine.

Médecin 2 : *« Avoir une formation là-dessus, ce serait effectivement évidemment intéressant de toute façon. »*

Médecin 3 : *« çà bouge tout le temps donc le besoin de formation s'il y en avait une elle serait bien venue. »*

Médecin 6 : *« Je pense que sur tous les sujets de façon on a toujours des problèmes de besoin de formation.»*

Médecin 7 : *« Oui, ne serait-ce qu'une journée pour peut-être reprendre le thème de la nutrition. »*

Certains médecins interrogés regrettaient de ne pas avoir été mieux formés au cours de leurs études sur la prise en charge thérapeutique de l'obésité infantile.

Un médecin interrogé évoquait dans ses besoins une formation postuniversitaire.

Médecin 1 : *« Je pense que j'aurais besoin d'une formation postuniversitaire, comme c'est un problème un petit peu général, global de l'enfant, de la famille. »*

D'autres évoquaient le besoin de formation mais ne pouvaient pas forcément les faire en raison d'un manque de temps :

Médecin 7 : *« Toujours pareil la formation c'est génial, il faudrait avoir le temps de pouvoir tout caser entre deux ! »*

D'autres toutefois émettaient des interrogations sur la formation continue et son apport escompté dans la pratique :

Médecin 2 : « *Avoir une formation là-dessus, ce serait effectivement évidemment intéressant de toute façon, maintenant il faut savoir sur quoi cela peut déboucher. »*

Médecin 8 : *« les FMC c'est très bien mais faut voir comment c'est proposé et présenté ! »*

Parallèlement, certains d'entre eux ne se sentaient que peu concernés dans ce domaine et donc ne ressentaient pas de besoin de formation.

Médecin 4 : *« Pour ma part, je m'en préoccupe peu donc je ne ressens pas de besoins particuliers dans ce domaine là.. »*

Médecin10 : *« Pas réellement de formation.»*

Un médecin interrogé ne semblait pas concerné par la formation en général et estimait qu'il pouvait faire face tout seul à ce problème.

Médecin 5 : *« Il va falloir que j'en fasse parce ça va être obligatoire ! J'estime que je peux me débrouiller tout seul. »*

D'autres considéraient toutefois que ce n'était pas le domaine dans lequel ils ressentaient le plus de besoin de formation.

Médecin 2 : *« Je ne pense pas que c'est actuellement le domaine dans lequel je me sens le plus en demande de formation. »*

Médecin 6 : *« Je n'ai jamais eu l'occasion d'en faire une sur l'obésité ni de l'adulte, ni de l'adolescent, ni de l'enfant parce que j'ai choisi d'autres sujets.* **»**

Les connaissances théoriques et les mises à jour de la prise en charge de l'obésité infantile provenaient essentiellement des informations dans des *revues médicales ou des sites médicaux sur internet*.

Médecin 2 : *« On est quand même plus sur des sites médicaux.»*

Médecin 5 : *« et puis si on a besoin de quelque chose, on peut toujours trouver sur Internet…»*

Médecin 6 : *« Je ne sais pas, moi personnellement je lis un petit peu. »*

Un médecin interrogé a évoqué les recommandations provenant de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Médecin 9 : *« « Il y a toujours Internet où on peut trouver énormément de renseignements, d'articles qui peuvent être utile pour cette prise en charge comme également le site de l'HAS où l'on peut retrouver les dernières recommandations sur la prise en charge de l'obésité infantile. »*

Pour approfondir leurs connaissances dans ce domaine, les médecins étaient demandeurs de FMC au cours de laquelle différents spécialistes seraient intervenus.

Médecin 9 : *« Il faudrait au cours de formation médicale continue, avoir des conseils de la part d'endocrinologues nutritionnistes spécialisés en pédiatrie et aussi savoir, au niveau de la prise en charge psychologique et d'aides psychologiques, ce qui peut être possible chez les enfants. »*

Médecin 6 : *« ce qui me parait moi d'un point de vu le plus pratique c'est les séminaires et les soirées de formation.»*

3.3.3 Outils d'aide à la pratique

Certains médecins interrogés souhaitaient avoir un outil utilisable dans leur pratique quotidienne pour les aider dans leur prise en charge.

Cet outil pouvant, selon un médecin interrogé, être présenté comme un organigramme de façon à simplifier leur conduite à tenir.

Médecin 8 : *« Peut-être un petit organigramme avec une conduite à tenir en fonction des âges et des objectifs à atteindre, les FMC c'est très bien mais faut voir comment c'est proposé et*

présenté. Bien sûr que ça peut être intéressant mais c'est pareil, c'est bien qu'il en ressorte un outil ! »

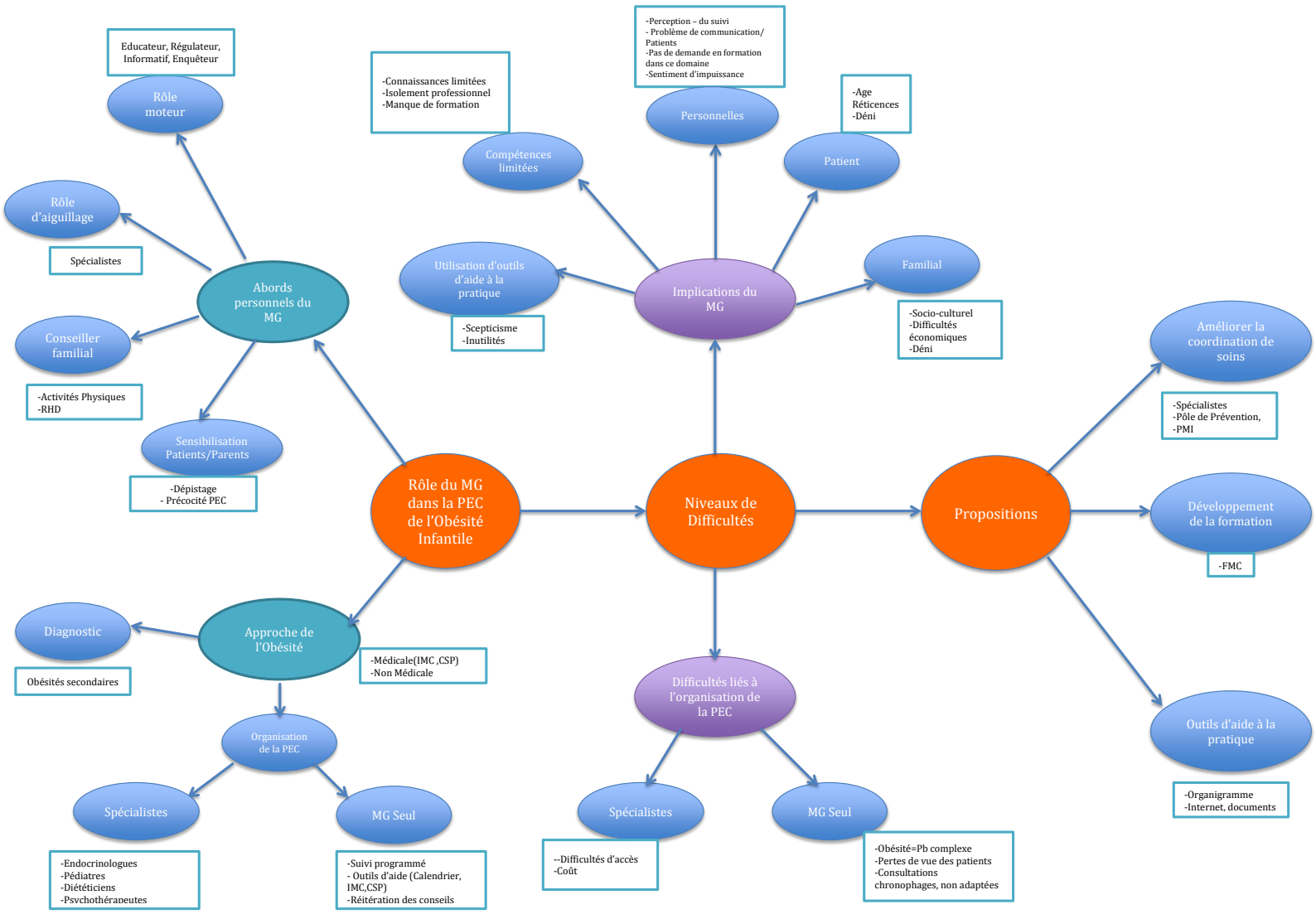
Médecin 2 : *« Les outils, c'est ce qu'on peut avoir sur les listes de formation Internet ou des choses comme ça tout simplement. »*

Par ailleurs, d'autres médecins interrogés mettaient en avant un outil d'aide diététique pour les aider dans leur pratique :

Médecin 1 : *« des fiches sur l'alimentation de l'enfant, une bonne conception de l'aliment quand il faut les mélanger les féculents avec les légumes. »*

Médecin 7 : *« Les règles alimentaires parce que mine de rien tout ce qu'ils mangent les petits actuellement…(Soupir) »*

4 Schéma synoptique des résultats



DISCUSSION

1 INTERETS ET CRITIQUES DE LA METHODE QUALITATIVE

1.1 Forces de l'étude

Cette étude traite de l'obésité infantile qui est un problème majeur de santé publique en raison de son retentissement potentiel sur la santé et de sa fréquence croissante au sein de la population actuelle.

Les études épidémiologiques s'accordent pour conclure que l'obésité dans l'enfance est associée à une augmentation du risque de mortalité prématurée à l'âge adulte. Pour l'HAS, la reconnaissance de l'obésité en tant que problème de santé et sa prise en charge restent insuffisantes chez l'enfant, comme en témoigne son absence parmi les principales maladies déclarées et les principaux motifs de recours aux soins [15]. L'HAS a donc établi des recommandations de bonnes pratiques afin de repérer l'obésité tôt, tant en raison de ses conséquences sur la qualité de vie de l'enfant, qu'en tant que facteur de risque ultérieur.

Ainsi, devant l'impact sur la santé publique à long terme, il m'a paru intéressant de réaliser cette étude du point de vue des médecins généralistes en Picardie, dans la mesure où chaque médecin doit être sensibilisé afin d'améliorer la prévention, la prise en charge et le suivi.

Cette étude tente donc d'identifier les pratiques des médecins généralistes, de souligner leurs difficultés, d'identifier les collaborations avec les autres spécialistes et de déterminer leur besoins, afin d'améliorer la prise en charge actuelle de ces patients.

Son objectif est de comprendre l'approche de la prise en charge de l'obésité infantile par ces médecins généralistes en Picardie.

Ainsi, l'ensemble de ce travail propose une réflexion visant à sensibiliser les médecins généralistes dans la prévention, à élaborer une prise en charge adaptée et à améliorer les réseaux et les prises en charges multidisciplinaires de l'obésité infantile en Picardie.

Ce sujet a été traité à l'aide d'une méthodologie me semblant adaptée aux objectifs de l'étude.

J'ai souhaité recueillir les différentes approches, visions, interprétations et ressentis des médecins généralistes à propos de ce véritable problème de santé publique.

En effet, la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer mais consiste davantage à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou du son) permettant une démarche interprétative. Par son approche compréhensive, cette méthode permet d'explorer le lien entre « la vraie vie » du clinicien et la « science dure », mais également d'explorer les émotions, sentiments, comportements et expériences personnelles des sujets interrogés. Dans un modèle classique d'enquête, une hypothèse est avancée puis est testée par un protocole. En revanche dans le modèle qualitatif, les hypothèses sont issues de l'observation des résultats. L'approche qualitative recherche une hypothèse ou aboutit à une classification qui pourra ensuite être explorée par l'approche quantitative (constructivisme) [12]. La démarche est donc inductive, interprétative, allant de l'observation à l'hypothèse. L'ordre des procédures est inversé, ce qui permet de débuter le travail en restant le plus ouvert possible par rapport aux résultats auxquels on pourrait aboutir. Ainsi, contrairement à une étude quantitative, la formulation de l'hypothèse de travail ne se précise qu'au fur et à mesure de la prise de données [16].

Par ailleurs, j'ai recherché à dialoguer avec les médecins afin d'avoir « *une écoute [...] attentive de la personne qui parle* » [17]. Je voulais éviter les entretiens où le médecin doit répondre à des questions fermées, trop précises, dans lesquelles il ne peut pas développer sa réponse. La méthode qualitative par entretiens semi-dirigés m'a paru la plus adaptée à cette recherche en profondeur car elle permet de poser des questions ouvertes, dans un ordre qui s'adapte à la conversation. Cette technique permet de diriger l'entretien pour ne pas qu'il s'épuise, mais sans l'emmurer ou le restreindre [17].

Le but du travail ici n'est pas de chiffrer des connaissances ou des sentiments avec des statistiques, mais plutôt de faire émerger des hypothèses et des théories permettant d'expliquer un phénomène ou un comportement [11].

1.2 Limites de l'étude

Mon étude comporte des biais liés au panel de médecins interrogés et à la méthodologie qualitative, dus aux conditions de réalisation des entretiens, à l'enquêteur, ainsi qu'à l'analyse de ces entretiens.

Dans la méthode qualitative, des biais peuvent également venir de l'enquêté, puisque la qualité de l'information dépend de [12] :

- la capacité de réflexion de la personne interrogée (associations d'idées, capacité de penser, etc.),
- l'esprit de synthèse de l'enquêté,
- la participation psychologique des propos,
- des mécanismes de défense que l'interrogé déploie (fuite, rationalisation, projection, introjection, identification, refoulement, renversement, oubli, etc.).

J'ai réalisé 10 entretiens. Ce chiffre peut paraître faible, mais c'est un chiffre suffisant pour cette analyse qualitative car la saturation des données a été obtenue. Les résultats obtenus n'ont pas pour but de représenter l'ensemble des pratiques des médecins généralistes, mais plutôt de faire émerger des idées, des hypothèses.

Par ailleurs, un des principaux facteurs limitant de la méthode qualitative est l'habileté de l'enquêteur à mener les entretiens. Le style de conduite, le mode d'entretien, les mécanismes de défense comme les propres opinions du chercheur peuvent influencer énormément la recherche [12]. C'est un exercice complexe demandant certaines aptitudes dans la façon de mener l'entretien qu'il est difficile d'acquérir lorsque l'on ne l'exerce pas régulièrement. De fait, lors de la retranscription des entretiens, j'ai constaté que certains commentaires auraient mérité d'être approfondis.

Enfin, certains entretiens n'ont pu être réalisés que par téléphone, ce qui restreint forcément l'analyse visuelle, et donc d'éventuelles observations que j'aurais pu retranscrire dans les codages.

2 SYNTHESE DES RESULTATS ET COMMENTAIRES

2.1 Implication des Médecins Généralistes

Cette étude a montré que, face au problème de santé publique de l'obésité infantile, l'implication affective pouvait être très différente selon les médecins généralistes. Certains médecins se sentaient en effet plus concernés. Ils élaboraient eux-mêmes la prise en charge et organisaient le suivi qui pouvait être en collaboration avec les spécialistes si besoin.

Par contre, d'autres médecins manifestaient un manque d'implication et de motivation évidents. Leurs difficultés rencontrées étaient toutefois liées en partie à leurs conditions

d'exercice (consultations chronophages non adaptées) ainsi qu'à leur faible intérêt pour cette pathologie.

Mon étude corrobore une précédente étude qualitative sur l'Obésité infantile en 2009 dans les Pays de Loire, menée par le Dr Benoteau et le Dr Le Vaillant[18], qui soulignait que les problèmes de manque de temps et de valorisation de ce type d'activités de promotion de la santé étaient des paramètres, qui une fois améliorés, seraient un début de solution dans l'initiation d'une meilleure prise en charge.

Par ailleurs, mon étude rejoint une enquête de Réseau pour la Prévention et la Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP) Aquitaine réalisée en 2006 [19], qui montrait que certains médecins, doutant de l'impact d'une prise en charge, manifestaient un véritable rejet du problème. Cette étude soulignait également que certains médecins mettaient en avant le manque de temps ou de compétence devant un problème de société qui les dépassait.

2.2 Place du Médecin Généraliste

2.2.1 Dans la prévention

L'obésité infantile est à ce jour un problème majeur de santé publique. Les médecins généralistes ont un rôle majeur dans la prévention, le dépistage et la prise en charge. En effet, ceux-ci sont amenés à voir une grande partie de la population chaque année, ce qui leur confère une place de choix dans la prise en charge globale de l'obésité infantile [20].

Le médecin généraliste, de par sa position de médecin de famille, est à même de savoir si l'enfant a des antécédents familiaux de surpoids, de diabète ou d'autre maladie. Il connait la famille de l'enfant, son mode de vie, les conditions socio-économiques et culturels dans lesquels il est élevé, les évènements psychoaffectifs. Ces facteurs sont essentiels pour un meilleur dépistage et, à posteriori, une meilleure prise en charge des patients.

La prévention doit être la plus précoce possible. En effet, les médecins généralistes sont présents à chaque étape de la vie de leur patient : avant la conception, pendant la grossesse et après l'accouchement. Il est important de conseiller les patientes sur leur alimentation avant et pendant la grossesse, en expliquant les risques d'une trop grande prise de poids. Le médecin généraliste conseille aussi la mère sur l'allaitement, ou l'alimentation au biberon, ainsi que sur la diversification et l'alimentation de l'enfant**.** Durant la suite de la croissance, il est

important de questionner les parents sur leur alimentation et leurs activités physiques, pour pouvoir réorienter ou corriger d'éventuelles erreurs dans l'intérêt général d'une bonne hygiène de vie [21].

Le médecin généraliste est un maillon indispensable pour sensibiliser les populations dans la prévention de l'obésité infantile.

Selon une étude menée par A. Gautier en 2003, les médecins généralistes, dans une large majorité, déclarent se sentir efficaces pour changer les comportements de leurs patients en prévention primaire [18] mais se sentent manifestement plus à l'aise dans les activités « techniques » (vaccination, frottis...) que dans celles présentant une forte dimension éducative (alimentation, activité physique, addictions...) qui sont les plus difficiles à mettre en œuvre, et impliquant des changements comportementaux du patient.

Dans mon étude, les médecins généralistes interrogés estiment que les principales difficultés rencontrées sont liées à l'environnement familial.

En effet, ces résultats rejoignent d'autres études menées en 2007 par Dr Desbrest sur les points de vue, pratiques, et attentes des médecins généralistes concernant l'obésité chez l'enfant en Gironde [22] ; et par Laurens Elodie qui a mené une étude sur l'obésité infantile: Pratiques et attentes des médecins généralistes du Pays Basque [23]. Ces études soulignaient que les difficultés principales, mises en avant par les médecins, étaient en premier lieu liées au contexte familial difficile.

La résistance des « patients » et plus particulièrement dans l'obésité infantile, **des parents**, est une situation complexe à gérer pour le médecin généraliste. Il est nécessaire de développer les compétences personnelles, en envisageant les modifications à apporter sous un angle positif (encouragement, renforcement des « bonnes » habitudes existantes...), accompagnées par les mesures sociétales indispensables [20]. Cette démarche de promotion de la santé n'est pas encore réellement entrée dans les mœurs médicales françaises, d'autant qu'elle a pour résultat, par définition, l'absence de maladie, donc un non-événement : exercice difficile, contraignant, souvent peu valorisant pour le médecin et son consultant [21].

2.2.2 Dans le dépistage

Le dépistage de l'obésité infantile par le médecin généraliste est indispensable pour essayer d'arrêter la progression de l'épidémie de l'obésité.

Selon la thèse de Florence Lambou sur la prise en charge et le dépistage de l'obésité infantile : Pratiques et attentes des médecins généralistes des Landes en 2013 [24], si l'obésité dépistée n'est pas prise à temps par des mesures simples, elle deviendra ensuite beaucoup plus difficile à corriger.

Mon étude montre que certains médecins généralistes étaient très sceptiques par rapport à l'utilisation de l'IMC dans leur pratique quotidienne.

Par ailleurs, selon diverses études [19, 21, 25, 26], l'obésité infantile est tout au plus diagnostiquée, rarement dépistée. Dans une enquête de 2006 auprès de 198 médecins généralistes girondins, 17 % seulement calculaient l'IMC des enfants lors des consultations de surveillance et 13 % à chaque consultation, 48 % d'entre eux reportant l'IMC sur la courbe de corpulence, 22 % ne traçant jamais la courbe [19].

L'actualisation des recommandations de bonne pratique de l'HAS a repris les points essentiels du dépistage :

- Chez tous les enfants ou adolescents, il est recommandé de surveiller systématiquement l'IMC quel que soit leur âge, leur corpulence apparente ou le motif de la consultation ; tout en étant attentif aux enfants avec des facteurs de risque précoces de surpoids et d'obésité ou en situation de vulnérabilité. La fréquence recommandée est de minimum 3 fois par an pour les nourrissons, et 2 fois par an minimum à partir de 2 ans.

- Il est conseillé de réaliser le suivi de la corpulence à l'aide des courbes de référence présentes dans le carnet de santé de l'enfant. Il est nécessaire de tracer les 3 courbes : courbe de poids, de taille et d'IMC. Le calcul de l'IMC et le tracé de la courbe devraient être intégré dans les gestes courant d'une consultation en médecine générale.

- Le tracé de ces courbes et surtout de celle d'IMC permet de repérer les signes d'alerte. Sur le tracé de la courbe d'IMC, il faut être attentif à une ascension continue de la courbe depuis la naissance, un rebond précoce, et/ou un changement de couloir vers le haut. Ces signes sont associés à un risque plus élevé de développer un surpoids et une obésité.

- Si l'enfant présente un surpoids, il est conseillé de mesurer son tour de taille (périmètre abdominal) et de le rapporter à la taille pour évaluer la masse grasse : (Tour de taille / Taille) si > 0.5 = excès de graisse abdominale [15].

D'autre part, mon étude montre que certains médecins n'utilisaient pas au quotidien l'IMC. Ceux-ci font plutôt appel à des critères subjectifs comme leurs impressions visuelles pour dépister l'obésité infantile.

Hors, pendant l'enfance, l'impression clinique de corpulence d'un enfant est souvent trompeuse d'où l'importance de calculer l'IMC et de le reporter sur la courbe (et pas seulement le poids et la taille), pour pouvoir quantifier le « niveau de surpoids » et son évolution. Ceci est particulièrement utile à deux périodes de la vie :

- Chez les très jeunes enfants, ces courbes permettent d'identifier les enfants ayant un risque de développer une obésité parmi ceux « paraissant gros ». La majorité des enfants ne reste pas dans le même couloir de corpulence pendant leur croissance, d'où l'intérêt de l'aspect dynamique de l'évolution de la courbe pour différencier les enfants à risque ou pas. Cependant il faut savoir que l'existence d'une obésité chez les parents est un indicateur plus pertinent du risque futur d'obésité que l'excès de poids de l'enfant.

- A l'âge de six ans où, comme nous l'avons vu précédemment, la variation physiologique de la corpulence entraine une impression clinique fausse. En effet les enfants de corpulence normale paraissent minces, et ceux ayant un excès pondéral peuvent alors passer inaperçus, d'où l'importance de tracer ces courbes à nouveau [15].

2.2.3 Dans la prise en charge

Le rôle du médecin généraliste, praticien de premiers recours, dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant est essentiel. Comme les pédiatres et les médecins scolaires, il est amené à suivre des enfants tout au long de leur développement : examens systématiques du nourrisson, vaccinations, infections aiguës, maladies infantiles, certificats de sport...

Le médecin généraliste, médecin «de famille » connait aussi souvent les différents membres de la famille, les parents et le fonctionnement de la cellule familiale.

Comme le souligne un médecin généraliste interrogé dans mon étude « *Là, c'est des fois plus dur à faire admettre et surtout à faire appliquer parce qu'il faut changer souvent l'alimentation de toute la famille !"*.

Dans la thèse de Florence Lambou en 2013 [24], celle-ci montre que cet aspect rend compte de la complexité de la prise en charge de cette pathologie, de l'importance de l'évaluation et de la prise en charge de l'environnement familial. C'est en effet souvent des habitudes mises en place depuis des années qu'il faut remettre en question.

L'étude réalisée par la DREES sur les consultations et visites des médecins généralistes en 2004 [27], montre que les médecins de moins de 40 ans comptent 20 % d'enfants de moins de 13 ans parmi leur consultations et visites, ce qui fait une proportion importante de la population.

Les médecins généralistes sont avec les médecins scolaires, les pédiatres, les premiers intervenants pour la prise de charge de l'obésité infantile.

Mon étude montre par ailleurs que la réitération des conseils hygiéno-diététiques promulgués par les médecins généralistes, sur les règles alimentaires et le fait d'encourager une activité physique régulière permet d'améliorer la prise en charge. Il existe en effet une relation de confiance entre le médecin et son patient, ce qui entraine souvent un impact amplement positif sur la perception des conseils donnés aux patients.

Les recommandations de l'HAS préconisent que la prise en charge soit fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient. L'éducation thérapeutique vise à aider le patient à acquérir ou à maintenir les connaissances et les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec sa maladie. Il s'agit d'un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient [15]. L'objectif de la prise en charge est d'agir sur plusieurs domaines d'intervention avec, au final, une modification des comportements. Elle prend en compte l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité, l'équilibre des rythmes de vie dont le sommeil, les aspects psychologiques et socio-économiques.

Le médecin généraliste est ainsi la pierre angulaire face à ce problème de santé publique de part sa situation de premier intervenant lors de l'initiation de la prise en charge.

Les recommandations de l'HAS [15], distinguent trois niveaux de recours différents pour la prise en charge de l'obésité infantile (Annexe 2). Le niveau de recours de prise en charge d'un enfant en surpoids ou obèse varie en fonction de son niveau d'excès de poids, de ces comorbidités ou complications associées, du contexte psychopathologique et sociologique de la famille, et de l'existence d'une prise en charge antérieure du surpoids.

Le premier niveau de recours correspond à une prise en charge de l'enfant par son médecin traitant, avec possibilité de se faire accompagner par un autre professionnel de santé, sans qu'il y ait aucune des complications citées ci-dessus.

Les deuxième et troisième niveaux de recours correspondent à une prise en charge multidisciplinaire avec des professionnels spécialisés à l'échelle départementale pour le deuxième niveau et régionale pour le troisième niveau, où le médecin traitant a plus un rôle de coordinateur. Dans ces cas-là, l'excès de poids est souvent important, il y a des comorbidités plus ou moins sévères, avec parfois un handicap, et/ou un contexte familial défavorable, et/ou un problème psychologique et social. Ces situations peuvent nécessiter des hospitalisations ou des séjours prolongés en soins de suite et de réadaptation.

2.2.4 Rôle du suivi du Médecin Généraliste

Le rôle du suivi du médecin généraliste est primordial dans l'obésité infantile. La régularité et la continuité sont des atouts majeurs, l'enjeu principal étant de soutenir la motivation, garante du maintien à long terme des changements de comportement hygiéno-diététique.

Mon étude montre que le suivi organisé par les médecins généralistes s'effectuait dans le temps, cependant celui-ci n'était pas forcément programmé et les objectifs n'étaient pas clairement définis ; certains médecins généralistes laissant même leurs patients organiser leur propre suivi.

Il est donc intéressant de se référer aux recommandations de l'HAS [15] qui préconisent d'organiser un suivi mensuel à trimestriel d'au minimum 2 ans. Il est aussi recommandé de programmer les consultations du suivi, et d'adapter la fréquence en fonction de chaque situation et de l'évolution.

2.3 Coordination des soins en Picardie

Mon étude montre que, en fonction du lieu d'exercice, les médecins généralistes interrogés picards orientaient vers différents types de médecins spécialistes : pédiatres, endocrinologues, ou alors vers les diététiciens, nutritionnistes, psychothérapeutes ou bien vers d'autres structures (pôles de prévention, PMI).

La moitié des médecins interrogés au cours de cette étude s'accordaient à orienter en premier lieu les patients vers les spécialistes. *« On m'a toujours dit qu'il valait mieux l'adresser vers des spécialistes ».*

Les recommandations actuelles [15] rappellent que le médecin traitant est l'élément central de la prise en charge et qu'un avis spécialisé est recommandé **après** un échec d'une prise en charge de 6 mois en cas d'obésité commune de degré 2 et / ou en cas de survenue de complications.

Clairement, comme nous l'avons vu, la moitié des médecins généralistes picards déléguaient facilement surtout pour multiples raisons évoquées : un manque de temps, par facilité, par découragement ou par un sentiment de manque de compétence.

Par ailleurs, certains médecins interrogés ont mis en avant les freins aux consultations diététiques et de psychothérapie qui ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale.

Pourtant la diététicienne réalise une anamnèse des ingestats pour évaluer la ration énergétique, mais aussi déceler les erreurs de répartition et connaître les habitudes alimentaires. C'est seulement à partir de cette enquête qu'elle donne les recommandations sur la réalisation d'un régime. Chaque enfant doit être ainsi pris individuellement en considération avec une alimentation adaptée à ses activités, sa vie sociale, son âge et aux besoins liés à la croissance. L'évaluation des ingestats est essentielle dans la prise en charge et ce point est d'autant plus important que les médecins généralistes ne semblent pas très à l'aise avec ces conseils diététiques. En effet, l'item « nutrition » a été mis en avant par certains médecins interrogés dans les demandes de formations.

La participation d'un psychologue ou pédopsychiatre n'intervient que si des facteurs de risques particuliers apparaissent à l'entretien initial ou lors des consultations ultérieures (en particulier un facteur déclenchant de l'obésité : deuil, séparation des parents, hospitalisation, difficultés familiales, relationnelles, conflits...). Différentes études comme celle de Braet [28] ont bien démontré l'intérêt des thérapies comportementales qui peuvent s'avérer très efficaces, surtout si elles impliquent simultanément les enfants et leurs familles.

Dans mon étude, les médecins exerçant en milieu urbain avaient tendance à orienter en premier lieu dans des structures hospitalières, à contrario des médecins exerçant en milieu rural, qui orientaient plutôt vers les pédiatres et/ou les diététiciens exerçant en activité libérale, mais finalement aucun réseau n'était bien défini.

Il existe déjà des réseaux en Picardie comme le Pôle de Prévention et d'Education du Patient, très peu mentionnés lors de mon étude par les médecins généralistes. Il serait intéressant de favoriser leurs développements comme dans le Val-de-Marne, suite à l'étude Prévention-Obésité 94 du Dr E. Feur [29], qui a permis de créer un carnet d'adresse avec tous les partenaires susceptibles d'intervenir (psychologues, éducateurs sportifs, diététiciennes...) afin de pouvoir améliorer cette prise en charge.

Selon la thèse du Dr Robinet Pauline en 2008 sur l'obstacle au traitement de l'obésité infantile [30], celle-ci émet l'hypothèse que le médecin généraliste pourrait s'impliquer sur le plan local en créant ou en faisant partie d'un réseau. Ce dernier intégrerait, non seulement des professionnels de santé, mais également les professionnels en contact direct avec les enfants (commerçants, enseignants...). L'objectif serait de modifier l'environnement où vivent les familles pour qu'il soit plus favorable à l'activité physique et à une alimentation saine.

2.4 Perspectives d'amélioration

2.4.1 Consultation de dépistage obligatoire

Face à ce problème de santé publique majeur, le rôle du médecin généraliste en matière de prévention de l'obésité chez l'enfant est, et sera, de plus en plus important.

L'étude menée en 2009 par Dr Benoteau et Dr Le Vaillant [18], montre que les problèmes de manque de temps et de valorisation des consultations de dépistage et de prévention de l'obésité infantile par les médecins généralistes, pourraient sans doute trouver un début de solution dans la mise en œuvre d'une consultation spécifique de prévention chez l'enfant.

En effet, une consultation de dépistage, obligatoire et spécifique pourrait permettre à la fois de sensibiliser davantage les parents et, par la même occasion, impliquer et familiariser les médecins face à ce problème majeur de santé publique comme le préconisait déjà la Commission de Prévention de l'Obésité en 2009 [31].

Selon une étude réalisée par Philippe Fayemendy en 2011 [32], sur les suggestions d'amélioration de la prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne, sur 68 médecins généralistes interrogés, ceux-ci étaient majoritairement favorables (54,4%) à une codification spéciale pour la consultation du patient obèse.

2.4.2 Aborder le sujet en amont

Il est primordial que la prévention doive être entreprise le plus précocement possible. En effet, les médecins généralistes sont présents à chaque étape de la vie de leur patient, avant la conception, pendant la grossesse et après l'accouchement. Il est donc important de conseiller les patientes, sur leur alimentation avant et pendant la grossesse, en expliquant les risques d'une trop grande prise de poids.

Le rôle de l'alimentation précoce est déterminant. Le médecin généraliste conseille la mère sur l'allaitement. Des études menées par l'INSERM comme l'enquête ObEpi en 2012 et l'InVS [33, 34], semblent montrer que la stabilisation de l'obésité de l'enfant en France pourrait aussi être due à l'augmentation de l'allaitement maternel.

Le médecin généraliste conseille aussi bien au niveau de l'alimentation au biberon que sur la diversification et l'alimentation de l'enfant. Durant la suite de la croissance, il est important de questionner les parents sur leur alimentation et leurs activités physiques, pour pouvoir réorienter ou corriger d'éventuelles erreurs dans l'intérêt général d'une bonne hygiène de vie [35].

Les enquêtes du Syndicat Français des Aliments de l'Enfance et de la Diététique (SFAED) [36] montrent que, à partir de 1 an, l'alimentation familiale s'est implantée. L'alimentation a tendance à être simplifiée comme celle des grands et devient moins variée. Une période critique entre 15 mois et 18 mois est identifiée. Cette période est celle de la moindre implication des parents et des médecins dans le suivi alimentaire de l'enfant en bas âge, malgré des besoins nutritionnels qui demeurent spécifiques jusqu'à 3 ans [37].

Ceci montre bien l'intérêt des consultations de prévention dans l'exercice de la médecine générale. Le fait de réitérer ces conseils sur le plan alimentaire et sur l'activité physique régulière permettrait donc de pouvoir changer les mentalités et de modifier les habitudes hygiéno-diététiques familiales.

2.4.3 Fascicule

Au cours des entretiens, les médecins ont proposé plusieurs idées pour améliorer la prise en charge de l'obésité infantile. Certains ont souhaité disposer d'un fascicule où seraient référencées les conduites à tenir.

Les recommandations HAS sont très complètes, cependant elles semblent peu adaptées pour une synthèse rapide lors de consultations de médecine générale.

L'idée serait donc de faire émerger les annexes des recommandations HAS en outil papier, comme par exemple le calendrier simplifié des vaccinations 2014, pour organiser et ainsi améliorer la conduite à tenir des médecins généralistes. La liste des réseaux de chaque région pourrait apparaître au dos du fascicule avec les coordonnées des différents correspondants.

Cette étude m'a permis d'élaborer un fascicule pour la région Picardie (Annexe 2) pouvant correspondre aux attentes de certains médecins généralistes interrogés.

Ces aides techniques pourraient permettre au praticien de mener des actions de prévention concrètes. Dans l'article « Comment améliorer la prévention en Médecine générale » paru dans la revue du Praticien, l'utilisation d'un outil papier ou informatisé fait parti des solutions ayant fait leurs preuves pour améliorer la prévention en médecine générale [38].

2.4.4 Campagne d'information

Il a été prouvé que répéter et maintenir les campagnes d'informations sont un argument de poids dans la prévention en général.

Grâce aux PNNS, la France est un des rares pays du monde à avoir réussi au cours des dix dernières années à stabiliser la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, à améliorer la consommation de fruits et légumes chez les adultes et donc de la famille. Cependant des disparités sociales majeures persistent sur le plan nutritionnel. La dynamique est créée, elle doit ainsi être maintenue et amplifiée afin d'obtenir une meilleure lisibilité des messages grand public et donc un changement progressif des mentalités.

2.4.5 Améliorer la formation des Médecins

Il semble acquis que la formation fasse bouger les pratiques.
Pour les jeunes médecins, certaines facultés proposent des formations complémentaires sur la médecine de prévention comme à Toulouse, à Paris ou à Angers [39]. Ces formations sont optionnelles et permettent de sensibiliser les jeunes médecins. Il serait peut-être intéressant de généraliser ce type de formation.

L'HAS recommande que l'ensemble des professionnels impliqués bénéficie d'une formation spécifique initiale et continue avec, au minimum, une sensibilisation à l'éducation thérapeutique et une formation à la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.

Mon étude a montré que la plupart des médecins interrogés étaient demandeurs d'une formation médicale continue dans ce domaine. De nombreux travaux ont par ailleurs montré l'importance primordiale de la formation.

L'étude sur les difficultés de la réalisation de la prévention de l'obésité infantile en soins primaires menée par C. Dupraz, en 2010, [40] montre que, bien que 54 % des généralistes interrogés aient déjà suivi une formation continue sur le sujet, 80 % ressentent le besoin de connaissances supplémentaires. La plupart se disent « peu efficaces face à ce type d'affection, du fait notamment du manque de motivation ou de soutien de l'entourage des patients s'il s'agit d'adultes, et de compréhension des parents, s'il s'agit d'enfants, souvent victimes de conflits familiaux ».

Un effort de formation sur l'obésité doit être entrepris auprès des médecins généralistes et au cours des études médicales. Il doit porter sur les nouvelles connaissances physiopathologiques, sur l'importance de l'examen clinique, l'analyse des facteurs de risque (parents obèses, niveau de sédentarité,...), l'analyse des comportements (alimentaires et autres) et sur les complications à plus ou moins long terme. Le caractère multifactoriel de cette pathologie impose de ne pas s'en tenir, pour le traitement, à une simple question diététique.

Selon l'étude du Dr Lebou [24], les formations spécifiques au suivi et à la prise en charge de l'obésité infantile réalisées par les médecins, ont eu un effet positif sur la prise en charge globale de l'obésité infantile et sur l'utilisation des bons critères pour dépister les problèmes de surpoids et d'obésité chez l'enfant à savoir : le calcul de l'IMC, le report de la valeur de l'IMC sur la courbe et le tracé de la courbe. L'existence de formation chez les médecins augmente le taux de bonnes pratiques pour le dépistage du surpoids, pratiques qui sont plus en accord avec les recommandations de l'HAS [15] que chez les médecins non formés. Les médecins formés sont donc plus « performants » sur l'obésité infantile que les médecins non formés : l'intérêt d'une formation est donc bien démontré.

Dans l'objectif d'associer les médecins aux actions de prévention, il apparait nécessaire de regrouper au cours de cycles universitaires suffisamment étoffés, l'enseignement de la nutrition (diététique incluse) avec celui des bienfaits de l'activité physique. Le groupe d'experts de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)

recommande [41] ainsi d'intégrer à la formation, l'apprentissage des méthodes d'évaluation de l'obésité (IMC, courbes de corpulence, rebond d'adiposité) permettant le suivi régulier des enfants.

Enfin, en Picardie, dans la Somme, un programme de sensibilisation à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) pour les médecins généralistes, dans les structures de prévention et d'éducation du patient, a été réalisé en 2011 et 2012, avec comme objectifs principaux de pouvoir améliorer la qualité de l'adressage des médecins généralistes aux pôles de prévention et d'ETP ; et d'aider les médecins généralistes à s'approprier la démarche éducative pour améliorer les pratiques.

Ces réseaux comme les Pôles de Prévention, déjà présents dans de nombreuses régions mais pouvant avoir des nominations différentes comme le RéPPOP [6], permettent de pouvoir répondre à certaines difficultés rencontrées par les médecins généralistes.

En effet, Le Dr Lebou a montré dans son enquête [24] dans les Landes, que le manque de formation, le manque d'outils et le manque de correspondants pouvaient aussi être améliorés par le RéPPOP. Le RéPPOP a un rôle de formation, il peut fournir des outils nécessaires aux médecins pour les aider à la prise en charge de l'obésité infantile, des documents à remettre aux patients, et facilite la mise en relation des différents professionnels de santé afin d'avoir le plus de correspondants possible.

CONCLUSION

L'obésité infantile est une problématique complexe à laquelle les médecins généralistes sont confrontés.

Ce travail a permis de réaliser un état des lieux et de comprendre l'approche de la prise en charge de l'obésité infantile par les médecins généralistes en Picardie dans le but de contribuer à une amélioration de leurs pratiques.

Les médecins généralistes sont conscients de leur rôle primordial face à ce problème de santé publique lié à leur position de médecin de famille.

Toutefois, il est ressorti de mon étude que l'implication affective pouvait être très différente selon les médecins généralistes. Certains médecins se sentaient en effet plus concernés face à ce problème. Ils élaboraient eux-mêmes la prise en charge et organisaient le suivi qui pouvait être en collaboration avec les spécialistes si besoin.

Par contre, d'autres médecins manifestaient un manque d'implication et de motivation évidents. Leurs difficultés rencontrées étaient toutefois apparemment liées en partie à leurs conditions d'exercice et à leur faible intérêt pour cette pathologie.

Dans mon étude, les médecins généralistes estiment que les principales difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'obésité infantile sont liées à l'environnement familial, à un manque de temps et aussi à un sentiment de manque de compétence.

Par facilité ou par découragement, certains médecins généralistes préfèrent ainsi déléguer vers les spécialistes.

Par ailleurs, les médecins généralistes admettent que les outils pratiques à leur disposition tel que l'IMC ne sont pas utilisés de façon systématique dans leur exercice malgré les recommandations émanent de l'HAS.

Mon étude a montré que, en Picardie, les médecins exerçant en milieu urbain avaient tendance à orienter en premier lieu dans des structures hospitalières, à contrario des médecins exerçant en milieu rural qui orientaient plutôt vers les pédiatres et/ou les diététiciens exerçant en activité libérale. Finalement, chaque médecin avait ses propres référents mais aucun réseau ne semblait bien défini.

En Picardie, et plus particulièrement dans la Somme, un programme de sensibilisation à

l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) pour les médecins généralistes, dans les structures de prévention et d'éducation du patient, a été réalisé en 2011 et 2012, avec comme objectifs principaux de pouvoir améliorer la qualité de l'adressage des médecins généralistes aux pôles de prévention et d'ETP ; et d'aider les médecins généralistes à s'approprier la démarche éducative pour améliorer les pratiques.

La nécessité de développer ces réseaux en Picardie pourrait apporter des solutions aux difficultés énoncées par les médecins généralistes, demandeurs de formation dans ce domaine, et jouer ainsi dans l'amélioration de la prise en charge de l'obésité infantile.

Les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS parues en 2011 sont un atout certain pour les médecins généralistes. Cependant, elles pourraient être plus synthétiques pour permettre un accès plus facile et plus rapide lors de la prise en main par les médecins généralistes. Au terme de ce travail, je propose un exemple de maquette de document répondant au souhait des médecins généralistes permettant de disposer d'un outil d'informations pratiques dans lequel seront précisés les conduites à tenir ainsi que les correspondants accessibles en région Picardie.

Ce travail propose des pistes de réflexions en termes d'organisation de soins qui pourraient être évaluées secondairement à l'aide d'études quantitatives, pour vérifier l'efficacité de leurs mises en place.

Mon étude pourrait être poursuivie en interrogeant les médecins sur l'apport en pratique d'un outil spécifique à disposition (fascicule) lors de la prise en charge de l'obésité infantile en Picardie.

Enfin, un travail complémentaire pourrait consister à réaliser une étude quantitative sur l'amélioration des pratiques en médecine générale en Picardie suite à des formations effectuées par les médecins généralistes comme celles initiées par l'ETP.

BIBLIOGRAPHIE

1. International Obésity Task Force, mars 2005. www.iotf.org

2. AFSSA. *Etude individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 2 (INCA 2)* 2006-2007. Rapport de Septembre 2009.

3. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Guignon N. La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. Etudes et Résultats 2002; (155).

4. Institut de veille sanitaire, 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: INVS; 2011.

5. Programme National Nutrition Santé 2011-2015. Saint Denis : INPES. Mis à jour en juillet 2011.
Disponible sur http://www.mangerbouger.fr/pnns

6. CNRéPPOP - Coordination Nationale des Réseaux de Prévention et de Prise en Charge de l'Obésité Pédiatrique, 2006. Disponible sur http://www.cnreppop.com

7. Comité Picardie Nutrition. Mis à jour en janvier 2008.
Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/picardie_janvier_2008.pdf

8. Juan S. Méthodes de recherche en sciences socio-humaines. Exploration critique des techniques. Paris : PUF : 304. 1999.

9. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Nathan Université, p. 125, Collection 128 Sociologie, ISBN 2091906522. 1992.

10. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. Version 1.1. Lille 2009:38.

11. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé pour les travaux de recherche en médecine générale, Préparation de la recherche qualitative des facteurs de résistance à l'appropriation des recommandations par les médecins généralistes, 2 exemples. Mémoire médecine. Lyon Nord. 2004.

12. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. Rev Med. Assurance Maladie 2001; 32,2: 117-21.

13. Glaser B, Strauss A. Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Aldine Transaction ed. Chicago 1967.

14. Le Breton G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2009. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2009.

15. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité. Recommandations en Santé Publique. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2012.
Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Obesit e_recos.pdf

16. Pope C, Mays N. Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ; 311:42-5. 1995.

17. Kaufmann J-C. L'enquête et ses méthodes – L'entretien compréhensif. Collection 128, Edition Armand Colin, 2ème éd. 2007.

18. URML Pays de Loire. Rapport intermédiaire de l'évaluation de la campagne de visite de sensibilisation de médecins généralistes au dépistage précoce de l'obésité infantile. Nantes; 2009.

19. Thibault H, Desbrest-Bastet M, Ducos G, Saubusse E, Maurice-Tison S. Pratiques et attentes des médecins. Une enquête du réseau RéPPOP Aquitaine. Concours med 2007; 129 (33- 34): 1181-4.

20. Avignon A, Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité. Cah. Nutr. Diét., 2013. 48: p. 98-103.

21. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. Paris: Inserm; 2006.

22. Desbrest-Bastet M. Points de vue, pratiques et attentes des médecins généralistes concernant l'obésité chez l'enfant. Enquête auprès des généralistes de Gironde, UFR des sciences médicales. 2007, Université Bordeaux 2: Bordeaux. p. 125.

23. Laurens E. Obésité infantile: pratiques et attentes des médecins généralistes du pays basque, UFR des sciences médicales. 2008, Université Bordeaux 2: Bordeaux. p. 119.

24. Lambou F. La Prise en charge et le dépistage de l'obésité infantile: Pratiques et attentes des médecins généralistes des Landes. Thèse de médecine générale. Bordeaux 2013.

25. Grzyb-Gerbot C. Évaluation de la surveillance staturo-pondérale par les médecins au cours de la deuxième enfance. Nantes: Thèse Médecine ; 2005.

26. Dériot G. Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité. In: Sénat, editor. ; 2005.

27. Guignon N. La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques 2007. N°573: p. 1-8.

28. Braet C. Patient characteristics as predictors of weight loss after an obesity treatment for children. Obesity 2006 ; 14(1): 148-55.

29. Feur E. Prévention obésité-94. Obésité de l'enfant et de l'adolescent, un problème de santé et de société, un dispositif de prise en charge, Carnet d'adresses, DIPAS, Décembre 2001.

30. Robinet P. Obstacles au traitement de l'obésité infantile: Enquête auprès des familles défavorisées**.** Thèse de Médecine Générale. Grenoble 2012.

31. Commission pour la Prévention de l'Obésité, 2009. Disponible sur http://www.anpaa.asso.fr/espace-presse/160-commission-pour-la-prevention-de-lobesite

32. Fayemendy P, Pivois L, et al. Prise en charge de l'obésité : Quel est le niveau de

formation des médecins généralistes du département de la Haute Vienne et comment perçoivent-ils leur pratique? Cah Nutri Diet, 2011. 46: p. 199-205.

33. Eschwege E, Charles M, Basdevant A. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité: ObEpi 2012. 2012, Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM).

34. Castetbon K. 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). 2006, Intitut de Veille Sanitaire (InVS) Paris. p. 77.

35. Tauber, M., Ricour C, Bocquet A. L'obésité infantile: nécessité d'un consensus autour de la prévention. Archives de Pédiatrie, 2007. 14: p. 1279-1281.

36. Conseil National de l'Alimentation, 15 Décembre 2005.
Disponible sur **http://agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cna_54.pdf**

37. De Onis M, Garza C, Onyango AW, Rolland-Cachera MF. Le Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie. WHO growth standards for infants and young children. Arch Pediatr. 2009 Jan; 16(1) : 47-53. Epub 2008 Nov 25.

38. Bataillon R, Samzun JL, Levasseur G. Comment améliorer la prévention en Médecine Générale. La Revue du Praticien Médecine Générale. 21 Novembre 2006 ; 750 : 1313- 1316.

39. Site de la faculté de Médecine d'Angers. Certificat optionnel de prévention. Disponible sur http://www.med.univ-angers.fr/fr/la-faculte/mg/premier-et-deuxieme-cycle/enseignements-diriges/certificat-optionnel-de-prevention.html.

40. C. Dupraz, C. Ginet, X. Lainé, C. Perdrix. Difficultés de la réalisation de la prévention de l'obésité infantile en soins primaires; 2010.

41. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine: Anaes; 2011.

ANNEXES

1 ANNEXE 1 : Guide d'entretien

1. Comment abordez-vous le problème d'obésité chez l'enfant ? Que proposez-vous ? Comment le prenez-vous en charge ? ***Quel rôle pensez-vous avoir ?***

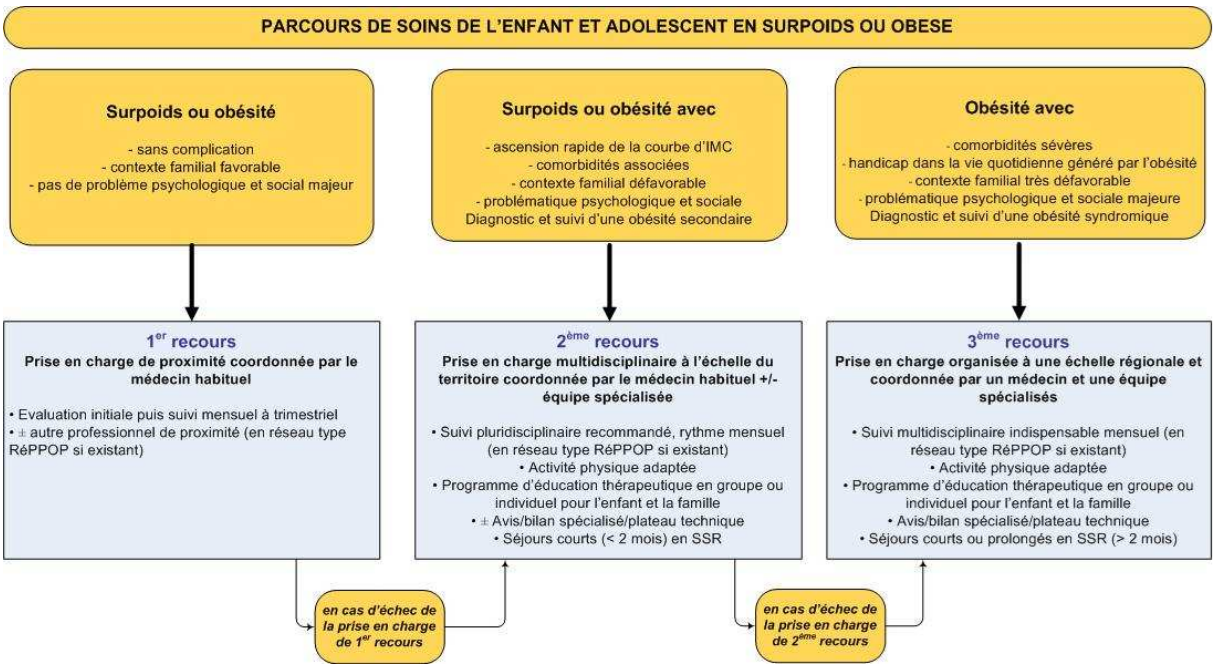
2. Quand calculez-vous l'Indice de Masse Corporelle ? Comment ? Dans quelles circonstances ? Qu'en faites vous ? A quoi cela vous sert-il ?

3. Quelles difficultés rencontrez-vous à la prise en charge ? Pourquoi ? Pour quelles raisons ? ***Quelles sont les imperfections de la consultation ?***

4. Comment organisez-vous les modalités de suivi de la prise en charge? (Rythme/Articulation avec d'autres professionnels)

5. Quel besoin de formation pensez-vous avoir sur ce sujet ? Quels outils pourraient éventuellement vous aider ?

2 ANNEXE 2 : Proposition Maquette (recto-verso)



Département	Intitulé du programme ou pathologie concernée	Coordonnées postales du promoteur	Téléphone ou adresse mail	Nom du coordonnateur
Aisne	Programme d'éducation thérapeutique en ambulatoire pour enfants en surcharge pondérale et obésité	Association St Vincent de Paul 5A, rue Paul Doumer 02100 SAINT QUENTIN	03 23 62 16 76	Dr HOURDIN LESNE Véronique
Aisne	Consultation Multidisciplinaire contre l'Obésité Infantile (CMOI)	CH d'Hirson 40 rue aux loups 02500 Hirson	03 23 58 82 82	Dr Bénédicte MANSUEL
Oise	Prise en charge éducative du patient atteint d'obésité	Centre Hospitalier 8, Avenue Henri Adnot ZAC de Mercières 3 BP 50029. 60321 COMPIEGNE CEDEX	03 44 23 60 00	Dr Françoise COURT ALHAC
Oise	Education thérapeutique pour les enfants obèses accompagnés de leur famille	Centre Hospitalier 40, Avenue Léon Blum BP 319 60021 BEAUVAIS CEDEX	03 44 11 21 21	Martine LECOMPTE (diététicienne)
Somme	Obésité de l'enfant	Centre Hospitalier Universitaire Nord Place Victor Pauchet 80054 AMIENS CEDEX 1	03 22 66 80 00	Dr Isabelle ESCOFFIER
Somme	Prise en soins des patients obèses	Centre Hospitalier 22 rue Gambetta 80800 CORBIE	03 22 96 40 00	Dr Michèle DINOMAIS

LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE INFANTILE : ETUDE QUALITATIVE MENEE AUPRES DE 10 MEDECINS GENERALISTES EXERCANT EN PICARDIE

INTRODUCTION : L'obésité infantile est un problème majeur de santé publique auquel les médecins généralistes, véritable pierre angulaire dans la prise en charge, sont confrontés au quotidien. Il apparaît donc intéressant de comprendre l'approche et le rôle des médecins généralistes dans cette pathologie et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans leur pratique.

METHODE : Une enquête qualitative, par entretiens semi-dirigés, a été réalisée auprès de dix médecins généralistes exerçant en Picardie. L'analyse des résultats a été effectuée selon la méthode de théorisation ancrée.

RESULTATS : Les médecins généralistes ont estimé globalement avoir un rôle important dans la prise en charge de l'obésité infantile, lié à leur position de médecin de famille. Cependant, l'implication affective pouvait être très différente selon les médecins interrogés. Les principales difficultés étaient liées à leurs conditions d'exercice, à l'environnement familial, à un manque de temps et aussi à un sentiment de manque de compétence. Pour améliorer l'organisation de la prise en charge actuelle, certains médecins ont proposé l'élaboration d'un fascicule adapté à l'exercice de la médecine générale.

CONCLUSION : Les médecins généralistes sont conscients d'être un maillon indispensable dans l'initiation de la prise en charge de l'obésité infantile. Les réseaux de soins en Picardie pourraient apporter des solutions aux difficultés énoncées par les médecins généralistes, demandeurs de formation dans ce domaine, et jouer ainsi dans l'amélioration de la prise en charge de cette pathologie complexe.

MOTS CLES : Obésité Infantile - Indice de Masse Corporelle - Médecin généraliste - Réseau de soins - Entretiens individuels

THE ROLE OF THE GENERAL PRACTITIONER IN THE MANAGEMENT OF CHILD OBESITY : QUALITATIVE STUDY CONDUCTED WITH 10 GENERAL PRACTITIONERS IN PICARDIE

INTRODUCTION : Child Obesity is a major public health concern that general practitioners, real cornerstone of the healthcare system, are facing everyday. So, it seems interesting to understand the approach in the management of GPs and difficulties that they might come across in the management of this disease.

METHOD : A qualitative survey using semi-structured interviews was conducted with ten general practitioners in Picardy. Analysis of the results was performed using the method of grounded theory.

RESULTS : The GPs felt they had an important role in the management of child obesity due to their position as a family doctor. However, the personal stance could be different from a surveyed GP to another. Difficulties are mainly due to their exercise's conditions, the familial environment, the lack of time and also a feeling of lack of competence. In order to improve the organization of the current management of the disease, several GPs have suggested the use of a brochure suited to their exercises.

CONCLUSION : General practitioners are aware of their role in the early management of patients with child obesity. Healthcare network in Picardy could bring some solutions to the difficulties mentioned by GPs, who are asking more training in this field, and could optimize the management of this complex disease.

KEY WORDS : Child Obesity- Body Mass Index - General Practitioner - Care Network - Individual interviews