



HAL
open science

Dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent : les besoins des médecins généralistes du département des Alpes-Maritimes

Marine Villeroy Reville

► To cite this version:

Marine Villeroy Reville. Dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent : les besoins des médecins généralistes du département des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01296614

HAL Id: dumas-01296614

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01296614>

Submitted on 1 Apr 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 NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

**DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DU SURPOIDS ET DE
L'OBESITE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT**

**LES BESOINS DES MEDECINS GENERALISTES DU
DEPARTEMENT DES ALPES MARITIMES**

Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine

Le 3 juillet 2015

Par **Marine VILLEROY REVILLE**

Née le 5 mars 1989 à Forbach (57)

Membres du Jury

Président :

Monsieur le Professeur Etienne BERARD

Assesseurs :

Madame le Professeur Isabelle POURRAT

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Madame le Docteur Véronique NEGRE

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Frédérique GASTAUD



UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	
M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BLAIVE Bruno	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
M. DARCOURT Guy	M. MATTEI Mathieu
M. DELLAMONICA Pierre	M. MOUIEL Jean
M. DELMONT Jean	Mme MYQUEL Martine
M. DEMARD François	M. OLLIER Amédée
M. DOLISI Claude	M. ORTONNE Jean-Paul
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M. ZIEGLER Gérard
M. HARTER Michel	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric GRIMAUD	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	Dominique HASSEN	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel BÉRARD	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)

M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain FOSSE	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	Thierry GARRAFFO	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
M.	PRENTKI Marc	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouther	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	DARMON David	Médecine Générale
MI.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

Quand on regarde le chemin parcouru, on se rend compte qu'une thèse est loin d'être un simple devoir solitaire. C'est plutôt le fruit de la collaboration et l'investissement de multiples intervenants de différents horizons. Ainsi, je voudrais adresser quelques mots à toutes les personnes présentes à chaque étape de ce projet. Sans eux, je n'aurais pu mener à bien ce travail.

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Etienne Bérard, président du jury,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté ma demande de présidence du jury et je vous en suis très reconnaissante. Permettez-moi de vous exprimer mon profond respect.

A Madame le Professeur Isabelle Pourrat,

Vous me faites le plaisir d'avoir accepté de participer à ce travail en assurant la co-direction, Votre expérience a pu me guider pour améliorer et avancer dans ce projet. Je vous en remercie sincèrement. Veuillez recevoir ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Philippe Hofliger,

Votre présence au sein du jury m'honore. Je vous remercie infiniment pour l'aide apportée lors de la validation de ce projet ainsi que pour votre disponibilité lors de la soutenance. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Frédérique Gastaud, directrice de thèse,

Je vous remercie tout particulièrement, vous avez été un interlocuteur privilégié tout au long de ce projet. Votre implication, votre énergie, vos conseils, vos encouragements m'ont été d'une grande aide. Vous avez pu rester disponible malgré votre emploi du temps surchargé. Je vous remercie pour votre gentillesse et votre bonne humeur pendant cette année de travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Véronique Nègre,

Votre présence au sein du jury est pour moi un réel plaisir. Veuillez recevoir mes sincères respects pour votre implication dans ce travail.

A Monsieur le Docteur Abdu Gnaba, anthropologue

Vous m'avez fait l'honneur de participer à ce travail et de me guider durant les premières étapes avec vos précieux conseils. Veuillez recevoir mes sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à ce projet.

Aux médecins qui m'ont fait partager leur expérience.

A tous les médecins qui ont marqué mes études à Paris ou à Nice, par leur amour de la médecine, leur investissement et leur enseignement. Je vous remercie de m'avoir transmis vos connaissances et votre envie de toujours apprendre et s'améliorer dans l'exercice de ce métier.

Aux équipes du Centre Antoine Lacassagne, présentent à mes côtés pour mes premiers pas en tant qu'interne.

Aux services de Gastro Entérologie et des Urgences de l'hôpital de Cannes pour avoir partagé leur savoir et leur expérience.

A l'équipe du la MGU de St Roch, au Pr Bertrand François pour ses anecdotes en histoire de la médecine, au Pr Fournier Jean Paul pour sa rigueur, aux Dr Romankiewicz Anna et Baldin Bernadette pour leur bonne humeur et leur disponibilité.

Aux équipes des Urgences de Nice CHU-Lenval et des Consultations de Gynécologie-Obstétrique de l'Archet pour leur accompagnement au cours de ces 6 mois riches et variés.

A mes maitres de stage, au Docteur Rojnic pour m'avoir fait partager son métier et ses précieux conseils, au Docteur Francis pour me pousser toujours plus loin dans mes recherches. Je vous remercie toutes les deux pour ces 6 mois d'échanges et de partages qui en ont fait le meilleur stage de mon internat.

A tous les médecins qui ont accepté de participer aux entretiens de groupe afin de me livrer leur expérience et de me confier leurs avis.

A ma famille,

A toutes les personnes qui comptent pour moi, pour ces moments passés ensemble ici ou ailleurs ; tous ces souvenirs que je n'oublierai pas. Je vous embrasse

A mes parents, pour leur amour, leur éducation et leur soutien dans toutes les épreuves. Merci de m'avoir supportée, encouragée et accompagnée durant toutes ces années. Prenez soin de vous.

A mes frères, nous avons grandi ensemble, vous avez toujours été présents. A nos fous rires et nos délires complices qui ne vont pas s'arrêter là. Je vous souhaite tout le bonheur possible.

A mes grands-parents, pour toutes vos attentions et les valeurs que vous nous avez transmises. Merci pour votre présence. *A Papi et Mamie.*

A ma belle-famille, merci pour votre accueil, votre soutien et ces moments partagés dans la bonne humeur.

A toi Chris, c'est une réelle joie de partager ce moment avec toi. Merci pour ta présence à mes côtés depuis plus de 10 ans. La P1, l'ECN, l'internat, et maintenant la thèse, ça n'a pas toujours été facile mais tu étais là, à trouver les bons mots pour m'encourager et me soutenir. Tu me rends plus heureuse chaque jour et je suis ravie d'être devenue ta femme. A nous, à nos projets. Je t'aime.

A mes amis,

A ceux de très longue date, Alina, Raphaëlle, Aurélie ... cela fait plus de 10 ans maintenant que l'on se connaît. On n'entrera pas dans les détails de la chenille ou dans les anecdotes de notre adolescence mais c'est toujours le même plaisir de passer du temps avec vous.

Aux copines du foyer, Alex, Adélie, à toutes les histoires qu'on a pu se raconter, aux soirées pieuses du jeudi et à nos escapades entre Paris et Bordeaux. Vivement les prochaines !

A la fine équipe de Paris VI aujourd'hui élargie ; Florent, Jenna, Lucie, Marion, Maud pour ces années passées ensemble. Je me souviens de nos heures passées à faire les « thrombi de couloir », de ces matinées en stage à manger de la teurgoule, de ces fous rires et de nos costumes de Teletubbies. Je n'oublie pas les vacances « médecins » avec Nico mais aussi Yann, Damien et Jean Philippe les « non médecins » désormais adoptés. Fontgillarde, Les Cyclades, on a passé de supers moments et des soirées parfois inavouables...

A Eli, merci pour ces années de complicité et ta bonne humeur malgré les difficultés. Ce qu'on a vécu serait trop long à résumer. Sache que je me fais une joie d'être ton témoin et j'espère que l'avenir nous rapprochera.

A Gabrielle, une belle amitié construite au fil des stages et soudée par la préparation de l'ECN autour de nos « sous-khôle-sushis-milka ». Une belle amitié que les kilomètres ne pourront effacer, et un jour tu le sais on aura un cabinet ensemble.

A Juliette et Andréa pour votre bonne humeur et pour votre soutien durant ce premier semestre épique. Vous êtes devenues des vraies amies. Pensée particulière à mes premiers remplas et à la découverte de la Corse.

Aux niçois, qu'ils soient d'ici ou d'ailleurs, A Marion et Noémie pour les GEASP, à Nicolas en cancéro. Mais également Christelle D, Marjorie, Christelle F et tous les autres.

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations	13
Préambule.....	14
I.INTRODUCTION	17
II. MATERIEL et METHODE.....	21
2.1 Une étude qualitative.....	21
2.2 Le choix de l'entretien de groupe (focus group) semi dirigé	21
2.3 Les objectifs de l'étude.....	22
2.4 Le guide d'entretien.....	22
2.5 La population.....	23
2.6 Le recueil des données	24
2.7 La transcription et l'analyse des données	25
III. RESULTATS	26
3.1 Les résultats quantitatifs	26
3.1.1. Les caractéristiques générales de la population.....	26
3.1.2 Les caractéristiques de l'exercice pédiatrique	26
3.1.3 Les caractéristiques universitaires	26
3.2 Les résultats qualitatifs	27
3.2.1 Les besoins du côté du médecin : la motivation.....	27
3.2.2 Les besoins du côté des familles : l'investissement dans l'éducation et la prise en charge .	31
3.2.3 Les besoins logistiques: l'organisation pratique.....	36
3.2.4 Le besoin de collaborer avec des professionnels spécialisés: le réseau.....	41
IV. DISCUSSION	43
4.1. Matériel et Méthode	43
4.1.1 Les avantages de l'entretien de groupe.....	43
4.1.2 Les difficultés concernant le recrutement de la population	43
4.1.3 Le déroulement des entretiens et l'analyse de données.	44
4.2. Les résultats quantitatifs	44
4.2.1 Les caractéristiques générales de la population.....	44
4.2.2 Les caractéristiques de l'exercice pédiatrique	45
4.2.3 Les caractéristiques universitaires	45
4.3. Les résultats qualitatifs	45
4.3.1 La motivation du médecin	45
4.3.2 L'investissement des familles pour l'éducation et la prise en charge	49

4.3.3 L'organisation pratique	53
4.3.4 Le réseau.....	56
V.CONCLUSION	58
VI.BIBLIOGRAPHIE	60
VII. ANNEXES.....	66
7.1 Compte rendu de conférence téléphonique	66
7.2 Fiche de présentation de l'étude	71
7.3 Consentement des participants	72
7.4 Questionnaire quantitatif	73
7.5 Guide d'entretien.....	74
7.6 Cas Clinique n°1.....	77
7.7 Cas clinique n°2.....	79
7.8 Adresse email	81
7.9 Premiers pas vers la réalisation du portfolio	82
RESUME.....	83
SERMENT D'HIPPOCRATE	84

Liste des abréviations

APOP : Association de Prévention de l'Obésité Pédiatrique

ASEF : Association Santé Environnement France

CERON : Centre d'Etudes et de Recherche sur l'Obésité Nice Côte d'Azur

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CSO : Centre Spécialisé de l'Obésité

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DPC : Développement Professionnel Continu

DRESS : Direction Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

ESSEC : Ecole Supérieure des Sciences Economiques et Commerciales

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

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

IOTF : International Obesity Task Force

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Plan National Nutrition Santé

RéPPOP : Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité

SFMG : Société Française de Médecine Générale

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

Préambule

L'histoire de la médecine et celle du médecin généraliste se conte à travers les siècles (1) tout comme celle de l'évolution de l'image idéale du corps (2).

Dès 3000 avant notre ère, les « sounous » - les premiers médecins égyptiens - sont avant tout des prêtres. Ils pratiquent aussi bien la chirurgie que la médecine. Certains sont généralistes alors que d'autres sont spécialisés pour les maladies des yeux ou du ventre. Durant cette période, religion et médecine sont inextricables, et ce n'est qu'avec l'apparition de la société grecque que l'on voit naître une nouvelle catégorie de médecins laïcs et civils, dont Hippocrate en est le plus illustre représentant. Sous la Grèce Antique le corps musclé est mis en avant, tandis que les Venus callipyges (2) caractérisées par leurs formes généreuses sont des symboles de richesse et fécondité.

Alors que pour les Romains, l'exercice de l'art médical est une occupation indigne, l'influence grecque va changer les mœurs. Le médecin est libéral, installé dans une boutique où il reçoit ses patients et vend ses remèdes. Au début de la médecine romaine, la plupart des praticiens sont généralistes, et les spécialistes apparaissent progressivement (1).

Au Moyen-âge, la médecine et la chirurgie se séparent laissant place à une formation et un exercice très différent. Petit à petit, l'art de préparer les remèdes se distingue du travail du médecin lui-même et l'apothicaire acquiert un statut bien défini. L'image du corps est à cette période révélatrice à la fois de santé et de statut social - la glotonnerie et les grosseurs sont valorisées – en témoignent les illustrations de banquets. En effet, durant cette période marquée par la famine, l'homme gros jouit de prestige, la femme doit cependant rester gracile comme synonyme de vulnérabilité (2).

Dans le domaine médical, la Renaissance est une ère de progrès en anatomo-physiologie. Dans la société les médecins conseillent à leurs nobles plus de raffinement physique et moral.

La grosseur est associée à la lenteur et la mollesse ; les femmes sont minces et corsetées (2). Au début de l'ère baroque, les rondeurs sont magnifiées qu'il s'agisse de corps charnus de femmes dans les tableaux de Rubens ou des représentations d'enfants potelés.

Tandis que le XVIIème siècle voit naître la diffusion de l'information médicale à travers l'Europe avec la naissance du journalisme médical, au XVIIIème siècle, le patient et non ses substituts (comme l'urine par exemple) est physiquement placé au centre de l'art médical (1). L'hôpital occupe alors une place centrale dans la prise en charge et la transmission des connaissances. Les praticiens y sont de plus en plus spécialisés aux dépens de l'exercice généraliste. Le savoir médical est segmenté en champs de spécialités. L'obésité est une pathologie pour laquelle l'exercice physique est recommandé. Les premiers restaurants naissent à Paris et affichent leur vocation diététique (2).

En 1793 il y a une volonté de mettre en place une médecine sociale et de proximité pour « visiter les citoyens dans leur maladie ». C'est le rôle des officiers de santé qui constituent le premier grade de la profession médicale au service de l'état (3). Ils doivent porter secours aux enfants, aux vieillards et aux indigents. A la fin du XIXème siècle leur statut est définitivement supprimé et l'exercice de la médecine est uniquement réservé aux docteurs. Le XIXème siècle assiste à la naissance du « ventre bourgeois » dans la population masculine comme symbole de réussite sociale. La fin de ce siècle voit cependant le développement des cures et régimes amincissants (4) l'embonpoint étant petit à petit perçu comme un signe de relâchement physique et moral.

L'exercice de la médecine générale depuis les officiers de santé est principalement libéral. D'abord dénigrée et dominée dans la hiérarchie médicale par la création des CHU en 1950, la médecine générale se voit doter d'un troisième cycle à partir des années 1980 et devient une spécialité à part entière à partir de la création du DES en 2004.

Au cours du XXème siècle notamment grâce à la vaccination et aux antibiotiques, les maladies infectieuses initialement première cause de décès ont cédé la place aux maladies cardiovasculaires et aux cancers. L'idée de prévenir les maladies émerge alors ; qu'il s'agisse de les reconnaître tôt avec le dépistage ou d'empêcher leur survenue avec la prévention. Des actions de prévention sont aujourd'hui indispensables notamment dans le domaine de l'obésité qui est devenue une épidémie mondiale, menaçante pour la société.

I.INTRODUCTION

La médecine générale dont le rôle est défini par la WONCA est « *une spécialité clinique orientée vers les soins primaires* ». C'est le premier contact du patient avec le système de soins (5) ce qui lui confère un rôle fondamental dans les actions de prévention et dépistage.

Le médecin généraliste pratique très souvent la pédiatrie. Selon l'assurance maladie, avant l'âge de 16 ans, 79% des enfants consultent uniquement un médecin généraliste (6), 88% d'entre eux le font dans le cadre d'un suivi régulier (7). Selon un rapport de la DRESS: 5% des enfants de moins de 3 ans sont suivis par le pédiatre seul, 40% le sont uniquement par le généraliste et 55% bénéficient d'une prise en charge commune (8).

De nos jours, les médecins sont confrontés à une « épidémie mondiale » qui n'épargne pas les enfants : l'obésité. Celle-ci a été reconnue avec le surpoids comme un problème de santé publique, définit comme « un écart entre un état de santé physique, mental, social constaté, observé, exprimé et un état de santé considéré comme souhaitable, attendu définit par des références médicales (...) » (9)

L'obésité et le surpoids sont définis par l'OMS comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé » (10) estimé par le calcul de l'IMC (11). Chez l'enfant, l'IMC est interprété en fonction de l'âge et du sexe à l'aide des courbes de corpulence du PNNS (12) recueillies par le médecin. Celles-ci permettent de suivre l'évolution au cours de la croissance (13) et d'évaluer le rebond d'adiposité précoce, (remontée pathologique de la courbe avant l'âge de 6 ans) (14) marqueur prédictif du risque d'obésité (15).

Les pathologies du surpoids et de l'obésité de l'enfant exposent à un grand nombre de complications qu'elles soient métaboliques, cardiovasculaires, orthopédiques ou encore

psychologiques; la liste est longue (13). Les études mettent en évidence un risque de persistance de la pathologie avec l'âge : 60% des adolescents obèses étaient déjà en surpoids à l'âge de 6 ans (16) avec une importante morbi-mortalité (sur-mortalité à l'âge adulte évaluée entre 50 et 80% (17)).

En 2010, une méta-analyse à partir d'enquêtes réalisées dans 144 pays a estimé la prévalence du surpoids et de l'obésité à 43 millions d'enfants, par ailleurs 92 millions étaient considérés comme à risque de surpoids (18). Une enquête de l'OMS – Europe dans le cadre de la surveillance de l'obésité infantile réalisée en 2009-2010 dans 16 pays a montré que 1 enfant sur 3 entre 6 et 9 ans était obèse ou en surpoids (19). La prévalence de la surcharge pondérale incluant l'obésité variait de 24 à 57% chez les garçons et de 21 à 50% chez les filles, l'obésité de 9 à 31% chez les garçons et de 6 à 21% chez les filles.

Malgré ces disparités, la prévalence du surpoids chez les enfants européens est en dessous de celle des Etats Unis (30% en 2000). La prévalence observée en France en 2003 correspond à celle de 1991 aux Etats Unis (17).

En France, une augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant est mise en évidence jusqu'aux années 2000. Par la suite, différentes études réalisées (20), (21) permettent d'observer une stabilisation de la prévalence du surpoids (incluant l'obésité) entre 2001 (18.9%) et 2006 (18.2%) et 2007 (18.4% dont 3.8% d'obésité).

Au niveau national, afin d'améliorer l'état de santé de la population en agissant notamment sur le facteur nutrition, le PNNS est créé en 2001. Les objectifs initiaux ayant été atteints ou partiellement, celui-ci a été prolongé en 2006 puis 2011 où il est complété par le plan obésité (22). Le PNNS 2 (2011-2015) a entre autre pour objectif de diminuer en 5 ans la prévalence globale du surpoids et de l'obésité à 15% (23).

Afin d'optimiser le dépistage et la prise en charge l'HAS a mis au point un algorithme pour guider le parcours de soins de l'enfant et l'adolescent en surpoids ou obèse (24). Celui-ci est composé de trois niveaux (appelés recours de prise en charge) qui impliquent différents intervenants. Le premier recours correspond à la prise en charge par le médecin de famille et concerne les enfants en surpoids ou avec une obésité (commune) non compliquée qui ont un contexte familial favorable sans problème psychologique ou social majeur. Il se distingue des second et troisième recours qui font intervenir des spécialistes en pédiatrie, nutrition ou psychiatrie dans le cadre de situations plus complexes médicales, familiales, sociales ou culturelles.

Dans le but d'accompagner les médecins dans leur prise en charge, L'HAS a défini trois axes thérapeutiques à mettre en place par le médecin de famille: l'accompagnement diététique, psychologique et en activité physique ainsi qu'un certain nombre d'outils (24) non sans rappeler que l'objectif n'est pas la perte de poids mais le ralentissement de la progression de la courbe de corpulence (24).

Au niveau régional, la région PACA-Est dispose d'un centre spécialisé de l'obésité (CSO) dont une des missions pour la pédiatrie est d'intervenir en 3^{ème} recours pour la région PACA-Est et en 2^{ème} recours pour Nice et ses environs. Ceci est assuré par l'équipe prenant en charge les enfants en surpoids au sein des hôpitaux de Nice-CHU Lénval.

Durant ma courte expérience professionnelle qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière j'ai perçu le surpoids et l'obésité de l'enfant comme un problème complexe et multifactoriel. Il m'a cependant semblé nécessaire d'agir pour aider ou guider les familles afin de limiter les complications, tout en prenant en compte les difficultés et le ressenti de mes confrères. Au premier abord la réponse semble être simple mais en réalité, de multiples enjeux s'entremêlent et complexifient la prise en charge.

Alors que le cadre de prise en charge des enfants en surpoids ou obèses semble bien défini, la situation actuelle est la suivante : environ 1/3 des enfants reçus en consultation par le CSO dépendent de la prise en charge de premier recours. Les médecins généralistes des Alpes Maritimes font face à de nombreuses difficultés et évoquent de nombreux freins au dépistage et à la prise en charge, étudiées par le travail de thèse du Docteur Salvignol en 2012 (25). Les médecins généralistes ont conscience de leur rôle fondamental comme acteurs de la prise en charge mais le manque de motivation est très important. Selon une enquête réalisée en 2003 par l'URML PACA (26), 79% des médecins interrogés ont déclaré qu'il était de leur ressort de prendre en charge les patients obèses ou en surpoids. Par ailleurs, entre 57.5% et 65.5% d'entre eux se sentaient peu efficaces lors de la prise en charge de ce problème et 31.4% n'y trouvaient aucune satisfaction professionnelle.

Le médecin généraliste étant l'interlocuteur privilégié dans le parcours de santé des enfants, il devrait idéalement être l'interlocuteur de premier recours concernant la question du surpoids et de l'obésité en pédiatrie. L'ensemble de ces données nous amène à poser la problématique suivante :

Quels sont les besoins des médecins généralistes afin d'optimiser le dépistage et la prise en charge de premier recours du surpoids et de l'obésité de l'enfant et l'adolescent dans les Alpes Maritimes ?

L'objectif principal de ce travail est ainsi d'explorer grâce au recueil des représentations, des expériences et du ressenti des médecins généralistes des Alpes Maritimes les besoins qui leurs permettraient de réaliser le dépistage et la prise en charge des enfants et adolescents en surpoids ou obèses.

II. MATERIEL et METHODE

2.1 Une étude qualitative

Le choix de la méthode de recherche qualitative a été une évidence. Il s'agit d'une méthode exploratrice, explicative et compréhensive des phénomènes observés utilisée en sciences sociales. Elle tente d'explorer les éléments subjectifs qui nous entourent et qui concourent aux décisions prises ou aux comportements de soins (27).

Elle permet d'analyser les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles (28) qui sont les données que nous recherchons dans le cadre de notre travail.

2.2 Le choix de l'entretien de groupe (focus group) semi dirigé

L'enquête par entretien est un mode de recueil des données en recherche qualitative, décrite comme « *une situation sociale de rencontre et d'échange et non pas un simple prélèvement d'information* » (29). Dans le cadre de notre travail, l'enquête par entretien apparaît pertinente puisque l'on recherche à recueillir un retour d'expérience afin explorer des pratiques et des attentes.

La méthode des focus group est une technique d'entretien qui repose sur la dynamique de groupe. Pendant l'entretien, les interactions permettent d'explorer, de stimuler différents points de vue et de recueillir plusieurs avis en même temps (30). Cette méthodologie permet l'expression de personnalités différentes et la construction d'un discours riche et diversifié. L'entretien collectif permet également de donner plus de poids aux critiques que l'entretien individuel. C'est la méthode de choix pour identifier des attentes, des besoins et des solutions adéquates d'une certaine population à un problème spécifique. Elle permet alors de trouver des pistes pour améliorer la qualité des soins (31).

Le mode de recueil de données « semi dirigé » est différent du questionnaire dans la mesure où il structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours (29). Il a pour but de définir le déroulement de la séance et d'avoir une certaine reproductibilité entre les groupes (31).

Il permet ainsi l'obtention d'un discours librement formé par les participants et répondant aux questions de recherche (29).

2.3 Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'explorer les représentations, les expériences et les pratiques des médecins généralistes pour identifier leurs besoins, concernant le dépistage et la prise en charge de 1^{er} recours du surpoids et de l'obésité de l'enfant dans les Alpes Maritimes. Ceci permettra dans un deuxième temps de mettre en évidence des pistes pour permettre la réalisation d'un outil adapté aux médecins généralistes et à leurs besoins ainsi que pour améliorer la collaboration « ville-hôpital »

2.4 Le guide d'entretien

Il s'agit du scénario du focus group (31). Adaptable au fur et à mesure de l'étude, c'est l'ensemble organisé des thèmes que l'on souhaite explorer accompagné des stratégies d'intervention du modérateur (29). Il doit être construit de manière à obtenir le maximum d'informations répondant à la question de recherche

Dans le cadre de notre travail de recherche, le guide d'entretien a été réalisé avec l'aide d'un anthropologue spécialisé en recherche qualitative lors d'une conférence téléphonique dédiée. Le scénario a été élaboré dans le but de recueillir les représentations et les expériences des médecins généralistes pour ensuite faire émerger chez eux leurs besoins spécifiques. En partant de sujets larges comme la famille, la relation parents-enfants, le surpoids en pédiatrie,

ils ont ensuite été conduits vers des thématiques de plus en plus précises. Il s'agissait de les faire s'exprimer sur le vécu de leur pratique.

Sur le plan de la structure, le guide méthodologique de la Faculté de Médecine de Nice (32) a également servi de support et d'aide à la réalisation du guide d'entretien.

Le guide d'entretien comprend une introduction avec présentation du thème et des participants. Celle – ci est suivie d'une trame de questions cherchant à recueillir le ressenti et le retour d'expérience de médecins généralistes.

La deuxième partie a été rédigée sous forme de cas cliniques issus de situations concrètes modifiées.

Afin de recueillir les caractéristiques des participants tels que le sexe, l'âge, le mode d'exercice, l'année d'installation, la part de pédiatrie dans l'exercice de médecine générale, la présence ou non d'une formation spécifique sur le sujet ; un questionnaire quantitatif a été élaboré. Il comporte 9 questions fermées.

2.5 La population

Le recrutement de la population s'est fait sur la population de Docteurs en Médecine Générale en exercice dans les Alpes Maritimes. Les médecins retraités étaient exclus de l'étude. Le recrutement s'est fait à la fois selon un mode d'accès direct (en utilisant les fichiers des maîtres de stage de la Faculté de Médecine de Nice) et selon un mode d'accès indirect (29). Dans ce dernier cas, il s'agit d'un accès par l'entremise de tiers incluant des correspondants de la consultation spécialisée d'obésité.

Un premier contact a été fait par mail expliquant l'objet du travail et la méthodologie utilisée. De nombreuses relances à la fois par mail et téléphoniques ont été réalisées afin de constituer des groupes comprenant entre 4 et 6 participants.

La constitution des groupes s'est faite au fur et à mesure du recrutement de la population et selon les disponibilités des participants.

2.6 Le recueil des données

Le lieu de rencontre initialement évoqué lors de la conférence téléphonique était un lieu neutre. Pour des raisons de disponibilité et de convenance pour les participants, les réunions se sont déroulées dans des cabinets de certains participants dans le centre-ville de Nice. Le lieu et l'horaire des réunions ont été décidés en fonction de la disponibilité du plus grand nombre.

Le modérateur était novice dans le domaine médical avec néanmoins un minimum de connaissances sur le sujet. Il avait également une expérience dans la gestion de la dynamique de groupe et a été capable de communiquer de façon claire, précise, de reformuler des idées et de s'adapter. Il a par ailleurs réussi à créer un climat de confiance favorisant l'expression des idées et a pu garder l'attitude la plus neutre possible.

J'ai moi-même pris la place de l'observateur. Interne en médecine générale, j'avais également une position neutre du fait d'une expérience moindre par rapport aux différents participants. Il s'agissait de gérer la logistique d'enregistrement, d'accueillir les participants, prendre des notes, faire préciser les questions non clarifiées, gérer les questionnaires quantitatifs et les consentements.

Au cours de l'entretien téléphonique avec l'anthropologue, de nombreux conseils avaient également été remis sur l'attitude à adopter pendant les entretiens.

Au début des réunions une fiche de présentation de l'étude était distribuée aux participants. Celle-ci était suivie du recueil écrit de leur consentement ainsi que du recueil des données

quantitatives. Il leur était également rappelé le respect de l'anonymat concernant la transcription de leurs propos.

Lors du déroulement de l'entretien, le modérateur avait pour objectif de favoriser la production d'un discours au moyen de stratégies d'écoute et d'intervention (29). L'écoute active comme technique d'écoute était associée aux stratégies d'intervention telles que la contradiction (peu utilisée), les consignes et surtout les relances.

L'enregistrement a été réalisé par l'outil dictaphone de l'iPhone.

2.7 La transcription et l'analyse des données

La transcription mot à mot s'est effectuée sur Word, au fur et à mesure après chaque interview de groupe à partir de l'enregistrement et des notes prises pendant l'entretien.

Aucun médecin ne s'est opposé à l'enregistrement des données.

L'analyse des données s'est faite sur deux modes. Dans un premier temps une analyse par entretien a été réalisée. Chaque phrase a été classée selon l'idée qui en émergeait. Les idées ont alors été hiérarchisées puis regroupées en catégories et sous-catégories.

Ce travail a été suivi d'une analyse thématique afin de mettre évidence une cohérence thématique inter-entretiens (29).

Selon l'ouvrage l'Entretien (29) : *« A partir d'un certain nombre d'entretiens les informations recueillies apparaissent redondantes et semblent n'apporter plus rien de nouveau on est tenté de ne point aller au-delà. Encore faut-il avoir recherché un maximum de diversification. Et ce n'est qu'après avoir jugé ce point de « saturation » atteint que l'on peut effectivement considérer la campagne d'entretiens comme close »*. Il nous a fallu deux entretiens de groupe pour arriver à saturation des données.

III. RESULTATS

3.1 Les résultats quantitatifs

3.1.1. Les caractéristiques générales de la population

Sur les 14 participants regroupés en trois groupes pour les entretiens, 11 étaient des femmes.

Les deux tiers des participants avaient moins de 50 ans, 6 d'entre eux avaient un âge inférieur à 35 ans.

Le mode d'exercice était urbain, en cabinet de groupe.

3 médecins étaient remplaçants et avaient des remplacements réguliers.

L'activité de la majorité des participants (soit 12) était comprise entre 15 et 25 consultations par jour.

3.1.2 Les caractéristiques de l'exercice pédiatrique

Chez la moitié des participants, la part de l'exercice pédiatrique était estimée entre 10% et 20% de la patientèle. 4 médecins estimaient cette proportion < 10% et au contraire 3 médecins l'estimaient entre 20% et 50%.

Les deux tiers des participants évaluaient la prévalence du surpoids dans leur patientèle pédiatrique < 10%, pour les autres elle s'échelonnait entre 10% et 30%.

Dans le cadre du surpoids 13 médecins avaient déjà initié une prise en charge au cabinet.

Au cours de leur exercice, 9 médecins avaient déjà eu recours à la prise en charge hospitalière. Seul un médecin avait reçu un patient pour prise en charge conjointe dans le cadre du second recours.

3.1.3 Les caractéristiques universitaires

Parmi les 14 médecins interrogés, 4 avaient bénéficié d'une formation complémentaire.

La moitié d'entre eux étaient maîtres de stage à la faculté de médecine de Nice.

3.2 Les résultats qualitatifs

A l'issue de l'analyse des entretiens, quatre éléments correspondants aux besoins de médecins généralistes pour dépister et prendre en charge les enfants obèses ou en surpoids sont ressortis comme essentiels : **la motivation du médecin, l'investissement de la famille dans l'éducation et la prise en charge, l'organisation pratique et le réseau.**

3.2.1 Les besoins du côté du médecin : la motivation

Le surpoids semble pour les médecins interrogés, être une évaluation subjective, influencée par un rapport individuel au poids et des représentations personnelles. Ce phénomène décrit en augmentation par tous les participants est la conséquence d'un certain nombre de facteurs : le temps, la sédentarité, l'évolution de la société... Le plus important d'entre eux est le rôle des parents : « *Les parents ont une grosse part de responsabilité. Les habitudes alimentaires sont mauvaises parce que les parents eux aussi grignotent. Et (...) ce sont eux qui font les courses* » (Entretien n°2).

Devant ce constat, les médecins sont alors décrits comme « *désarmés* » (Entretien n°3). Ils sont « *désarmés* » pour la gestion de ce problème devant les erreurs fondamentales alimentaires aussi bien qualitatives que quantitatives, mais également devant le manque de motivation des familles et l'importance de l'impact de l'industrie agroalimentaire.

Malgré tout, la prise en charge semble être possible en ville. Les médecins définissent leur rôle comme « *primordial* » (Entretien n°3) en tant qu' « *acteur principal* » (Entretien n°2). Ils se sentent « *à l'aise* » (Entretien n°2) concernant la prise en charge, à condition de la réaliser « *progressivement* » (Entretien n°1).

- Le médecin et le dépistage

Perçu comme un acte « *simple et rapide* » (Entretien n°2), peu contraignant, utile et systématique, le dépistage ne nécessite pas de besoin particulier. Il s'agit d'une habitude à prendre, réalisable en pratique et facile à intégrer dans le déroulement de la consultation.

Une réserve est émise concernant les périodes d'épidémies ou les consultations rapprochées ; sa réalisation devient moins systématique. La consultation idéale pour le dépistage est une « *consultation dédiée à la prévention* » (Entretien n°1) comme par exemple les demandes de certificat de sport ou les vaccinations.

Le logiciel informatique permet une gestion des courbes et la réalisation du suivi même en cas d'oubli du carnet de santé. Il est évoqué de la manière suivante ; « *pour le dépistage, le logiciel qui sort la courbe c'est un outil génial* » (Entretien n°3). Il est également utilisé comme outil éducatif en cas de barrière linguistique.

Le médecin peut se trouver en difficulté dans la réalisation du dépistage chez certains adolescents : parfois, il ne réalise pas la biométrie pour ne pas « *leur faire de mal* » (Entretien n°3) ou pour éviter un conflit avec les parents.

- *Il existe une étape intermédiaire du point de vue des médecins entre le dépistage et la prise en charge*

La consultation de dépistage avec la réalisation de la biométrie est le moment idéal pour le médecin, pour informer les familles qu'il est disponible pour les aider au moment souhaité pour s'occuper du problème de poids (Entretien n°2).

Les professionnels interrogés décrivent une étape intermédiaire entre le dépistage et la prise en charge : « *C'est de motiver des gens qui ne sont parfois pas motivés, pour leur faire comprendre qu'une prise en charge est souhaitable* » (Entretien n°3). Celle-ci nécessite une relation de confiance entre le médecin et son patient.

- Le médecin généraliste doit être motivé pour dégager du temps dédié à la prise en charge

Le temps est un besoin essentiel pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité. Il a été repris par tous les participants qu'il s'agisse d'aborder le sujet ou de réaliser l'enquête alimentaire.

Le temps et l'aspect financier associé sont intrinsèquement des facteurs démotivants : « *C'est un frein que la durée de la consultation en moyenne c'est 20 min pour 23€ et que vite pour l'obésité c'est des consultations longues* » (Entretien n°1)

Les consultations sont longues au début puis rapprochées pour répéter les choses et mettre en place des objectifs réalisables. « *C'est un travail de longue haleine, [...] il faut y revenir, ça prend du temps* » (Entretien n°2).

- Le médecin généraliste doit être motivé pour réaliser l'éducation des familles

L'éducation des familles est difficile : « *Parfois il faut reprendre tout : les familles d'aliments, il faut éduquer les parents sur énormément de choses* » (Entretien n°3). En effet, dans certains cas « *les gens n'ont plus la notion de ce qu'ils mangent, de ce qu'il y a dans leur assiette* » (Entretien n°3).

- Le médecin généraliste doit être motivé pour faire face à l'échec et à la résignation

« *C'est plus que ça sert à rien donc on ne va pas se lancer la dedans. (...) Ce n'est pas une crainte, on n'a rien à perdre, c'est plus de la résignation.* » (Entretien n°2)

- Le médecin généraliste doit être motivé pour faire face à l'industrie agro-alimentaire : la lutte est difficile

« (...) Le vrai problème vient de l'offre que l'on a, il est environnemental. Il cultive le goût du sucré, la quantité. On n'aura jamais raison devant la publicité télévisée, devant les schémas véhiculés par la société. » (Entretien n°2)

- Le médecin généraliste doit être motivé pour fournir l'investissement nécessaire

La prise en charge décrite comme longue, peu gratifiante avec des résultats difficiles à obtenir. « Ce qui est compliqué aussi c'est qu'il n'y a pas de résultat tout de suite, ce n'est pas gratifiant comme prise en charge. » (Entretien n°3). Un médecin a soulevé un paradoxe sur ce sujet indiquant que malgré les difficultés, « souvent, on y arrive » (Entretien n°2)

- Le médecin généraliste doit être motivé pour se former sur le sujet : la formation des médecins dépend de leurs centres d'intérêts

Même si pour les plus jeunes, la formation initiale est suffisante « pour avoir les bases » (Entretien n°1), la formation complémentaire semble pour la plupart des participants interrogés nécessaire, qu'il s'agisse du surpoids en pédiatrie ou d'éducation thérapeutique. Elle est choisie par les médecins et dépend donc d'un désir d'approfondir les connaissances: « La formation continue en général pour les médecins, on va où on veut et on fait ce qu'on veut et qui vous intéresse » (Entretien n°2).

Il y a un manque d'intérêt pour le sujet chez les médecins car « ça n'intéresse pas forcément » (Entretien n°2). Les médecins intéressés quant à eux s'investissent (participation au focus group) et font les formations nécessaires. « Il y a des domaines qui nous intéressent et d'autres pas du tout. Il y a une catégorie de médecin généraliste qui va s'intéresser à ce problème et pas les autres. Nous on est effectivement plus intéressés par le sujet parce qu'on est là mais c'est vrai qu'après il y a beaucoup de médecins généralistes qui ne s'y intéressent pas » (Entretien n°3)

- Les médecins généralistes sauf les plus motivés ne sont pas assez sensibilisés

« L'information de faire les courbes déjà doit être dite, redite et répétée. Et de passer si on constate un problème qu'on ne veut pas/sait pas gérer et de vite orienter » (Entretien n°3)

- Le médecin généraliste doit être motivé car il est déjà très sollicité

« Le problème de la médecine générale c'est qu'on est sur tous les fronts. Là c'est l'obésité, demain ce sera une autre problématique » (Entretien n°3) en effet, « Il n'y a pas que les médecins qui peuvent apprendre à bien manger, il faut aussi nous soulager un peu » (Entretien n°2)

- La motivation du médecin généraliste est un besoin indispensable pour le dépistage et la prise en charge de l'enfant en surpoids ou obèse

Il paraît indispensable que le médecin s'intéresse au sujet, soit motivé et s'investisse. C'est ce qui a été souligné par un des participants : « il faut d'abord être très motivé soi-même. (...) Maintenant c'est vrai que ça prend du temps mais si ça nous plait après tout ce n'est plus un problème, enfin faut « juste » trouver ce temps » (Entretien n°3)

Au décours de l'analyse des résultats, la motivation du médecin est apparue comme un besoin essentiel dans la prise en charge. Le médecin ne peut cependant pas agir seul pour prendre en charge un enfant en surpoids ou obèse, il a besoin de la motivation du patient et de sa famille.

3.2.2 Les besoins du côté des familles : l'investissement dans l'éducation et la prise en charge

- L'investissement des familles dans l'éducation: la carence éducative et l'enfant roi

Les données recueillies sont en faveur d'une modification de l'autorité parentale et de la relation parent-enfant avec une tendance à la carence éducative. Celle-ci est caractérisée par

une relation de séduction plutôt que d'éducation. Le concept « *d'enfant-roi* » (Entretien n°1, n°2, n°3) a été repris de nombreuses fois pour définir l'état actuel de la relation. La priorité est de faire plaisir à l'enfant, de le contenter absolument. Certains participants ont évoqué une inversion des rôles entre les parents et les enfants avec responsabilité des enfants dans les décisions les concernant.

- *L'investissement des familles dans l'éducation : le manque de temps*

Alors que l'influence du milieu socio-économique n'a pas fait l'unanimité, un des facteurs expliquant cette évolution serait le manque de temps. Les mamans travaillent et ce ne sont plus les parents qui réalisent l'éducation de leurs enfants. De la même manière, du fait de ce manque de temps destiné aux enfants, les jeux vidéo et le simple fait de manger constituent des occupations. « *C'est [manger] effectivement aussi une façon d'occuper l'enfant, bon maintenant on a les téléphones portables et les écrans qui prennent le relais mais c'est vrai que c'est [manger] une façon d'occuper l'enfant.* » (Entretien n°3).

Le manque de temps a aussi une influence sur la prévention de l'obésité. La prévention du surpoids passe par la lutte contre l'inactivité qui nécessite du temps. Il est nécessaire d'inciter les enfants à la pratique de jeux en extérieurs, d'un sport plutôt que jouer à la console.

- *L'investissement des familles dans l'éducation: le rôle des parents*

« *Les parents ont une grosse part de responsabilité. Les habitudes alimentaires sont mauvaises parce que les parents eux aussi grignotent. Et (...) ce sont eux qui font les courses* » (Entretien n°2).

Les parents sont responsables de l'éducation des enfants, de leur éducation alimentaire, de leur mode de vie. C'est donc auprès des parents que doit aussi se jouer la prévention

« *Manger à table avec les parents, pas de télévision, avoir des horaires fixes, faire du sport, il faut que toute la famille soit partie prenante la dedans* » (Entretien n°2)

L'éducation n'est pas le seul facteur à prendre en compte lorsque l'on parle de surpoids en pédiatrie, la représentation du surpoids dans les familles poserait des problèmes. Le surpoids serait défini par rapport à une norme esthétique et sociale « *ce n'est pas conforme.* » (Entretien n°1). Le problème de santé est alors relayé au second plan. L'aspect culturel joue un rôle important puisque dans certaines populations « *ils aiment bien avoir de gros bébés* » (Entretien n°2) et être en surpoids n'est pas forcément péjoratif « *Il (l'enfant) est plus fort que les autres, il bouscule à la récré.* » (Entretien n°2). Il est également suggéré une inégalité entre les sexes car être en surpoids « *c'est un problème plus pour les filles que pour les petits garçons* » (Entretien n°1). L'idée générale semble être celle d'une amélioration spontanée avec la croissance. Devant ces représentations on comprend qu'une prise de conscience est nécessaire avant d'entamer une prise en charge, celle-ci survient parfois lorsque les enfants « *subissent des moqueries* » (Entretien n°1).

- *L'investissement des familles: la demande spontanée de prise en charge par les familles est rare*

La consultation spontanée et spécifique pour une prise en charge est un phénomène rare, c'est le plus souvent au médecin de solliciter le patient et sa famille car « *généralement ils ne viennent pas pour ça.* » (Entretien n°3).

- *L'investissement des familles : la prise de conscience et la motivation sont nécessaires pour une participation active à la prise en charge*

La prise en charge peut avoir lieu s'il y a eu une prise de conscience et si les familles sont réceptives car parfois les parents « *ne voient pas pourquoi ils changeraient leur mode de vie* » (Entretien n°3)

Les professionnels interrogés décrivent une étape intermédiaire entre le dépistage et la prise en charge : « *C'est de motiver des gens qui ne sont parfois pas motivés, pour leur faire*

comprendre qu'une prise en charge est souhaitable » (Entretien n°3). Celle-ci nécessite une relation de confiance entre le médecin et son patient

On peut parler de participation active du patient et de sa famille pour pouvoir réaliser une prise en charge optimale.

- *L'investissement des familles : le dépistage est facile*

Du côté des familles, les actes de biométrie semblent facilement acceptés « *Si on les pèse et les mesure quasiment à chaque fois, ils ont l'habitude les enfants. Ils aiment bien.* » (Entretien n°2). Les réactions à l'annonce d'un surpoids peuvent être variées, qu'il s'agisse d'une prise de conscience, d'une absence de réaction ou encore de l'apparition d'un conflit à l'adolescence.

- *L'investissement des familles dans la prise en charge pour pouvoir éduquer et impliquer toute la famille*

Les parents sont des acteurs à part entière dans la prise en charge. « *C'est quand même compliqué les enfants en surpoids car il y a l'enfant et la famille (...) Car cela ne peut être pris en charge qu'en impliquant la famille* » (Entretien n°2)

Dans certaines situations ils ne sont pas prêts à faire des efforts: « *Le papa se tourne « bon ben pates bolo ça sera pour moi et toi ben ça sera pâtes sans rien du tout ». Là aussi, je lui dis non, ce n'est pas comme ça que ça pourra marcher. Il était bien conscient du problème mais les efforts ce n'était pas pour lui plutôt pour sa fille.* » (Entretien n°3)

Il y a également une inconstance dans les familles : « *Puis il y a les problèmes d'enfants de parents divorcés où on ne voit jamais le père ou la mère, on ne sait pas ce qu'ils mangent chez le papa ou chez la maman.* » (Entretien n°2)

- L'investissement des familles dans la prise en charge et leur motivation pour corriger les habitudes

« Après il faut aussi que les familles soient motivées. C'est ce qu'on disait tout à l'heure dans le sens où on leur demande de changer les habitudes de toute la famille pour un problème qu'ils n'avaient peut-être pas forcément identifié. C'est un peu compliqué. » (Entretien n°3)

- L'investissement des familles dans la prise en charge pour favoriser l'éducation au goût

Certains enfants semblent difficiles concernant leurs goûts alimentaires : « mais il ne veut que du coca » (Entretien n°1)

- L'investissement des familles dans la prise en charge pour avoir une disponibilité des parents et leur assiduité aux consultations afin de mettre en place un suivi régulier

« Là il y a tellement de choses à discuter, même si on fait revenir, revenir, revenir, la maman va en avoir marre au bout d'un moment de l'emmener tous les 15j. » (Entretien n°1)

« Je pense que d'emblée il faut leur dire que ça va être long, et régulier » (Entretien n°1)

« Mais ce n'est pas toujours facile, et ils vont venir ou pas ? Il y a aussi cette problématique que si on donne un rendez-vous un mois et demi plus tard, on n'est pas sûr qu'ils honorent le rendez-vous parce qu'ils auront oublié, parce que ça leur apportera un peu moins, parce qu'ils auront l'impression que leur enfant a un peu maigri entre temps. » (Entretien n°3)

- L'investissement des familles dans la prise en charge pour que les parents reprennent leur rôle éducatif et que le médecin ne soit pas le remplaçant de l'autorité parentale

« Beaucoup de gens qui viennent pour qu'on remplace l'autorité parentale » (Entretien n°2)

- L'investissement des familles dans la prise en charge pour accepter de réaliser si possible l'investissement financier pour le changement des habitudes alimentaires et les consultations répétées

« Là il y a tellement de choses à discuter, même si on fait revenir, revenir, revenir, la maman va en avoir marre au bout d'un moment de l'emmener tous les 15j et de raquer 23€ même si elle est remboursée. » (Entretien n°1)

- L'enfant motivé comme acteur principal chez le plus grand

Il est important de prendre en compte les besoins de l'enfant. Chez les plus grands à défaut d'une mobilisation suffisante de la famille, il est possible de les impliquer directement: « On peut s'appuyer sur l'enfant, enfin ça dépend de l'âge, [...] Des enfants qui comprennent bien, qui sont réceptifs à la diététique, avec des parents qui ne sont pas trop intrusifs et où on peut avoir un dialogue avec l'enfant. S'il est motivé, j'ai l'impression que certains adhèrent, qu'ils ont compris. [...] » (Entretien n°3).

La motivation du médecin et l'investissement de la famille semblent être des éléments phares pour pouvoir réaliser la prise en charge de l'obésité pédiatrique en ambulatoire. Sur un plan technique, quelques éléments semblent être intéressants pour compléter ces besoins.

3.2.3 Les besoins logistiques: l'organisation pratique

Une certaine organisation est nécessaire selon les participants pour optimiser le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité au cabinet. Certains éléments sont cependant difficiles à modifier.

- Le temps

Le temps est un élément fondamental dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité. Comme décrit précédemment il est nécessaire à toutes les étapes de la prise en charge qu'il s'agisse la première consultation ou de l'organisation du suivi. Il est également important pour les familles.

« Oui c'est un long suivi, avec certaines consultations longues et il faut une disponibilité des parents si on veut un suivi régulier » (Entretien n°1)

Il faut pouvoir réaliser l'enquête alimentaire puis l'éducation du patient. Les consultations sont longues et rapprochées. Il est indispensable de répéter les choses et de mettre en place avec le patient des objectifs réalisables.

Par ailleurs, pouvoir consacrer à la prise en charge du surpoids et de l'obésité le temps nécessaire semble être difficile en période d'épidémie.

- L'aménagement du planning de consultation

« C'est long. Si on veut le faire en cabinet de ville il faut que ça soit, soit le dernier patient, soit ben si c'est en milieu de journée on va aller vite comme ça, on bâcle et pas sûr que ça soit très bien fait » (Entretien n°3)

La prise en charge du surpoids et de l'obésité devrait se faire idéalement sur des plages horaires dédiées. Il faut également pouvoir mettre en place un suivi régulier.

- La rémunération

Qu'il s'agisse d'une rémunération spécifique ou d'une revalorisation de la consultation de médecine générale, elle serait souhaitable selon la majorité des participants même si elle ne fait pas l'unanimité. Selon certains participants : *« Mais quand ça nous plait ma foi, (...) le temps et l'argent ne sont plus trop un problème. » (Entretien n°3).*

Les pistes évoquées concernées une valorisation à 2C de la première consultation - la plus longue - ,une majoration spécifique comme celle utilisée pour l'échelle de dépression, la création d'un bon semblable à celui utilisé pour la consultation bucco-dentaire (envoyé par la sécurité sociale et évitant l'avance des frais)

- Des outils pratiques pour le médecin

Dans le cadre de l'organisation pratique certains outils semblent être intéressants aux yeux des médecins généralistes pour les aider dans leur prise en charge. Ces outils doivent être disponibles à portée de main avec un accès rapide, l'aspect ludique paraît important.

Un carnet d'adresse d'un réseau de professionnels spécialisés : celui-ci permettrait de connaître les structures existantes et les solliciter en cas de besoin : pour répondre par exemple au besoin spécifique d'une activité physique adaptée ou compléter la prise en charge

Un certificat type d'inaptitude partielle à la pratique du sport.

- Des outils d'éducation des familles et des patients à utiliser au cabinet

La courbe d'IMC matérialisée sous forme d'une route avec des petites voitures

Des fiches ou autres supports avec les quantités d'aliments, les familles d'aliments (semblables à ceux que peuvent avoir les diététiciennes)

- Des outils d'éducation à distribuer aux parents

Des fascicules d'éducation et supports à distribuer aux parents pour une utilisation à la maison

Des liens vers des supports web (mangerbouger.com, supports INPES) et des noms d'applications pour les Smartphones

- Des conseils et astuces à partager avec les parents

Des idées ou fiches avec des recettes simples, rapides, équilibrées et économiques.

Des astuces pour manger équilibré à moindre coût et acheter des fruits et légumes moins chers (par exemple faire les fins de marché ...) ainsi que pour varier et équilibrer les goûts :

« *Essayer de trouver des petites astuces et petits conseils à leur donner pour leur montrer que ça peut être réalisable et que ce n'est pas aussi compliqué que ça en a l'air* » (Entretien n°3)

Des idées d'activités ludiques éducatives : « *Des jeux de société, un serious game avec des conseils diététiques, des recettes* » (Entretien n°2)

- *Un questionnaire type sur l'alimentation et l'activité physique à remplir avant la consultation*

Concernant cet outil, les avis sont partagés. Alors qu'il semble utile aux jeunes médecins pour dépister les principales erreurs et gagner du temps (s'il est complété avant la consultation), les médecins plus expérimentés sont moins convaincus de son utilité. Selon eux, un interrogatoire ciblé permet de répondre aux mêmes questions. Ces questionnaires seraient souvent oubliés le jour de la consultation et sous-estimeraient la réalité.

« *On lui donnerait à la première consultation où on parle du poids en proposant de se revoir. Après je ne sais pas si ils remplissent les jours de façon très sérieuse.* » (Entretien n°1)

« *Je pense que par l'interrogatoire on peut l'explorer, personnellement les multiples fois où j'ai demandé une enquête au préalable, ça ne m'a pas vraiment aidé* » (Entretien n°3)

- *La création d'un portfolio disponible en ligne et en version papier et regroupant les différents documents (carnet d'adresses, certificat d'inaptitude etc.)*

Afin d'avancer et d'affiner les besoins des médecins généralistes nous avons cherché à savoir si un portfolio regroupant les informations dont ils ont besoin leur semblait adapté. Seul un médecin n'y voyait aucune utilité.

« *Oui avoir les outils directement à portée de main ça serait bien.* » (Entretien n°3)

Les médecins conscients de ne pas pouvoir agir seuls, ont évoqué des pistes pour les aider à transmettre le message éducatif dans le quotidien. On peut citer :

- Les actions à l'école

Le rôle de l'école concernerait : l'enseignement des notions de base, l'apprentissage de l'équilibre alimentaire avec la mise en place d'activités de cuisine ou de jardinage. « *L'école a un rôle éducatif* » (Entretien n°2) cependant « *ils ont déjà beaucoup de missions à l'éducation nationale.* » (Entretien n°3). Et puis, « *Il y a toujours la question du budget alloué à l'éducation alimentaire. Il faut le matériel, le temps si on veut leur faire faire de la cuisine, les faire jardiner.* » (Entretien n°3).

- Les outils pour l'industrie agro-alimentaire

Il paraît important de pouvoir contrôler l'offre et des quantités. Des améliorations sont également à apporter sur « *L'étiquetage des aliments.* » (Entretien n°3) pour améliorer la prévention.

- Les médias comme outil éducatif

La télévision est un bon moyen de communication « *car les gens regardent énormément la TV* » (Entretien n°3). Il faudrait renforcer les slogans de prévention et diminuer les publicités. Il semble également intéressant de développer des dessins animés éducatifs, de « *créer un personnage de dessins animé qui expliquerait aux enfants comment bien manger* » (Entretien n°2)

3.2.4 Le besoin de collaborer avec des professionnels spécialisés: le réseau

Si a priori la prise en charge de premier recours doit pouvoir être réalisée par le médecin au cabinet, dans certains cas il peut être nécessaire d'avoir un réseau pour optimiser la prise en charge

- Le réseau

Le réseau paraît nécessaire pour passer la main en cas d'échec, de barrière linguistique, de prise en charge de deuxième recours ou en complément. Il peut également permettre de partager les rôles et de multiplier les intervenants. Idéalement il serait composé de diététiciennes, psychologues et kinésithérapeutes, habitués à la pédiatrie, aux pathologies du surpoids et de l'obésité mais également accessible financièrement.

- Réseau de ville ou hospitalier ?

Le réseau de ville privilégié par certains médecins permettrait une meilleure communication entre les intervenants. Il faciliterait le respect de la relation privilégiée entre le médecin et son patient. Ce réseau se trouve face à quelques freins qu'ils soient financiers (la consultation avec une diététicienne n'est pas remboursée) ou logistiques (les rendez-vous avec différents intervenants imposent de multiples trajets.)

Le réseau hospitalier a l'avantage de permettre un « *cocooning* » (Entretien n°3) dans les cas complexes et facilite l'organisation logistique.

L'existence et la connaissance du réseau ont été plébiscitées par les participants. Pour que cela fonctionne ceux-ci ont insisté sur la communication entre les intervenants.

- La communication avec le réseau

Certains médecins ont mis en avant le défaut de communication avec l'hôpital. Elle a globalement été évaluée comme insuffisante.

« *On ne peut pas améliorer la communication car il n'y en a pas* » (Entretien n°2). Selon eux, « *Il faut de la coordination et de la communication* » (Entretien n°3)

- *La communication par l'intermédiaire d'une adresse mail dédiée des comptes rendus détaillés ou d'autres informations.*

« *Une adresse mail c'est parfait* » (Entretien n°3)

« *Eventuellement le compte rendu par mail ce qui va plus vite* » (Entretien n°2)

L'idée de créer une adresse mail pour communiquer a été approuvée par les participants. La consultation directe par téléphone doit être privilégiée dans les cas complexes

- *La connaissance des intervenants du réseau*

« *Que ce soit à l'hôpital ou en ville, je pense qu'il faut un peu connaître l'équipe de manière à savoir ce qu'il va arriver à notre patient. (...) L'équipe peut aussi se présenter et après on peut travailler avec les gens, on connaît les visages et on se téléphone. (...) Mais c'est sur ça prend du temps* » (Entretien n°3)

- *Raccourcir les délais*

Qu'il s'agisse des délais de consultation ou d'envoi des comptes rendus, ils semblent être trop longs aux yeux des participants.

IV. DISCUSSION

4.1. Matériel et Méthode

4.1.1 Les avantages de l'entretien de groupe

Le focus group est un lieu d'échanges, d'interactions, de rencontre d'idées parfois contradictoires. Orchestré par le modérateur, il permet de recueillir un grand nombre d'avis, et une réflexion plus complète sur le sujet. Il est cependant à l'origine de quelques difficultés.

4.1.2 Les difficultés concernant le recrutement de la population

- Le recrutement

Le recrutement a été difficile et laborieux. Une première approche s'est faite par le biais de la maîtrise de stage de la faculté apportant une seule réponse négative. Une seconde approche a été réalisée avec le fichier des correspondants du CSO. Elle a permis le recrutement d'un participant.

Les autres contacts ont principalement été réalisés par connaissances interposées. Ceci a probablement facilité le recrutement par les facteurs « motivation » et « connaissance ».

De nombreux mails et relances téléphoniques ont été effectués, sans réponse positive voire dans la plupart des cas sans réponse aucune.

Les principaux motifs de refus étaient le manque de temps, l'indisponibilité (sans préciser de disponibilité ultérieure) et moins avoué, le manque d'intérêt.

- La constitution des groupes

Les groupes se sont formés spontanément : un premier groupe de jeunes médecins tout récemment installés ou en cours d'installation, un second groupe de médecins installés depuis plus de 25 ans et un 3^{ème} groupe intermédiaire. Les groupes bien que non homogènes

individuellement ont permis de balayer l'ensemble de la population médicale sur le critère de l'âge. Ceci a permis d'avoir d'un côté les attentes des jeunes médecins et de l'autre celles des médecins plus âgés avec plus d'expérience et de pratique.

4.1.3 Le déroulement des entretiens et l'analyse de données.

Le modérateur était vierge de toute expérience médicale, l'observateur n'était qu'interne, ceci a sans doute favorisé la libre expression. En effet, les participants ont pu probablement se sentir plus à l'aise pour partager leur expérience et leurs remarques sans idée d'un éventuel jugement. Le discours est probablement assez juste, proche de leur expérience, non modifié.

Les interventions du modérateur, différentes entre les groupes ont pu être à l'origine d'un biais d'intervention avec un retentissement difficilement quantifiable auprès des participants.

Une des difficultés, présente en particulier dans le second entretien était de distribuer la parole aux différents participants.

L'étude des Verbatim transcrits peut être soumise à un biais d'analyse lié à l'interprétation des propos recueillis.

4.2. Les résultats quantitatifs

4.2.1 Les caractéristiques générales de la population

Selon le dernier atlas de démographie médicale publié en 2013 (33), les caractéristiques des médecins généralistes exerçant dans les Alpes Maritimes sont les suivantes : 60% d'hommes, dont l'âge moyen est de 53 ans. Dans notre étude, il s'agissait à 79% de femmes d'âge < 50 ans. Notre échantillon n'est donc pas représentatif de la population de médecins généralistes des Alpes Maritimes. Ce résultat s'expliquerait de la manière suivante : les femmes sont plus intéressées par la pédiatrie et suivent plus les enfants. Le thème du travail peut ainsi être à l'origine d'un biais sélection dans lors du recrutement.

Selon une étude publiée en mars 2012 (34), les médecins généralistes en régions PACA faisaient 4300 actes par an sur 47 semaines (5 semaines de congés) ce qui revient à environ 18 actes par jour. L'activité de notre population dont le nombre de consultations par jour est compris entre 15 et 25 est dans la moyenne.

4.2.2 Les caractéristiques de l'exercice pédiatrique

Selon une étude réalisée par la DRESS en 2007, les consultations de médecine générale dédiées à la pédiatrie sont évaluées à 13% de l'ensemble des consultations et visites (7)

Les médecins généralistes interrogés estimaient que leur patientèle pédiatrique était comprise entre 10% et 20%. Le recrutement en majorité féminin explique éventuellement que certains médecins en voyaient plus.

La prévalence du surpoids dans la patientèle pédiatrique des participants était estimée < 10%, en deçà des statistiques nationales (18%), ceci peut être influencé par le lieu d'exercice (9).

4.2.3 Les caractéristiques universitaires

Les formations complémentaires étant basées sur les centres d'intérêts on peut penser que nos participants étaient pour certains intéressés par le sujet donc mieux formés sur le sujet ce qui induit un biais.

Les médecins participants étaient pour la moitié d'entre eux investis dans la formation des internes par la pratique de la maîtrise de stage. Ils sont alors plus enclins à donner de leur temps pour répondre au travail de thèse et également peut être plus à jour sur les dernières recommandations du fait de leur activité universitaire.

4.3. Les résultats qualitatifs

4.3.1 La motivation du médecin

- Généralités

Le surpoids comme pathologie multifactorielle n'est pas discuté.

L'impact de l'industrie agro-alimentaire est non négligeable dans la question du surpoids et de l'obésité. La lutte du médecin apparaît d'ailleurs comme inégale devant l'abondance et l'offre proposée ; c'est « la lutte du pot de terre contre le pot de fer ». Ceci est d'autant plus important que selon l'OMS, le marketing de produits alimentaires ciblant les enfants porte sur une large gamme *et « est centré sur des produits à haute teneur en graisse, en sucre ou sel »*. Ces facteurs influenceraient les enfants concernant les préférences alimentaires (35). Les parents jouent également un rôle essentiel. Ils ont une responsabilité importante sur les sujets de l'éducation et de l'alimentation des enfants. Leurs erreurs et leur défaut d'investissement peuvent entretenir le manque de motivation du médecin.

Malgré ces éléments, les médecins semblent prêts à réaliser le dépistage et la prise en charge d'où le rôle fondamental que joue leur motivation

- Le dépistage

Alors qu'il paraît être systématique et ne présenter aucune difficulté dans notre population, une étude réalisée en France met en évidence un dépistage insuffisant (seuls 48% des médecins déclaraient dessiner les courbes régulièrement) (36). Lorsque les médecins sont formés, 80% réalisent le dépistage (37). Les médecins ayant répondu présent aux entretiens étaient a priori intéressés par le sujet donc sensibilisés d'où les résultats semblables à ceux des médecins formés.

Certains travaux décrivent l'annonce du diagnostic comme un frein (38), cet élément se retrouve durant les entretiens au sujet de l'adolescent notamment mais constitue également une étape intermédiaire entre le dépistage et la prise en charge.

- La motivation pour la prise en charge

La motivation est un phénomène complexe étudié dans de nombreuses théories. Elle « est définie comme le processus qui initie, guide et maintient un comportement orienté vers un but. Elle est renforcée par les résultats attendus du comportement. Le renforcement peut être positif (plaisir, euphorie) ou négatif (disparition d'un syndrome de sevrage, anxiolyse) » (39).

D'un point de vue neurobiologique et psychologique, la motivation fait partie intégrante du système de récompense organisé entre trois composantes : motivationnelle (la motivation pour obtenir une récompense), affective (le plaisir provoqué par la récompense) et cognitive (les associations et représentations basés sur les renforcements). Son rôle premier était indispensable à la survie de l'espèce par le maintien de l'homéostasie, des apprentissages et des comportements fondamentaux. (40).

En entreprise elle est décrite comme la clé du succès même si le lien entre motivation et réussite n'a pas été démontré (41). Trois éléments la composent : L'orientation vers tel objet, l'intensité de l'effort fourni et la persistance dans l'effort face aux obstacles rencontrés. Elle peut être intrinsèque (liée au moteur personnel de la personne, à son histoire) ou extrinsèque (elle relève alors des incitations extérieures pour obtenir un élément extérieur comme une promotion). C'est le processus (et non un trait de personnalité) qui permet de faire le lien entre implication et satisfaction. « C'est parce qu'un individu cherche à satisfaire ses besoins qu'il se motive ».

D'un point de vue individuel, la motivation est sous la dépendance de la constitution de la personnalité, de l'histoire de chacun, de la place du travail dans une vie, de l'idéal que l'on peut se forger, de la confiance que l'on se donne et des expériences que l'on vit. Du point de vue du groupe, l'émulation peut avoir un impact sur la motivation tout comme l'atmosphère qui y règne

Dans le cadre du surpoids, on sait que la prise en charge est difficile, laborieuse et complexe. Le médecin est sollicité à différents niveaux, qu'il s'agisse d'éducation alimentaire, d'aide au changement, de répéter les choses ou encore de trouver le temps. On sait également que les résultats ne sont pas toujours présents ou longs à obtenir. On imagine alors assez facilement le rôle et la place que joue la motivation dans la prise en charge. On intègre également parfaitement le rôle du renforcement qu'il soit positif ou négatif tout au long de la prise en charge du surpoids. Qu'il s'agisse d'un besoin de réussite en cas d'objectif atteint, d'une histoire personnelle ou encore des expériences vécues, les déterminants semblent eux individuels et plus difficiles à mettre en évidence. Dans notre entretien alors que pour certains médecins l'aspect financier était un besoin supplémentaire, pour d'autre celui –ci n'entrait pas en compte dans la motivation ;

Dans une étude publiée en 2005, l'absence de satisfaction professionnelle dans la prise en charge de l'obésité a été décrite chez 31.4% des médecins généralistes interrogés (26). Le sentiment d'impuissance et d'inefficacité se retrouve dans d'autres travaux (25), (42) allant jusqu'à la résignation pour certains d'entre eux.

L'analyse de la motivation et de son fonctionnement permet de l'intégrer parfaitement comme un des principaux besoins pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant. Le médecin motivé est alors capable de déployer l'investissement nécessaire

- La motivation pour la formation sur ce sujet

Les médecins les plus jeunes mettaient en avant une formation initiale suffisante pour dépister et débiter une prise en charge. Les médecins les plus âgés ne se souvenaient pas d'en avoir entendu parler au cours de leur cursus initial. Une étude réalisée en région PACA mettait en évidence un besoin chez 80% des médecins de compléter leur formation sur le surpoids et l'obésité (26).

Actuellement, l'item 267 du programme de l'examen classant national (43) traite du surpoids et de l'obésité de l'enfant, ceci expliquerait la différence de formation.

Selon l'article 11 du code de Déontologie Médicale : « *Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu* » (44).

Selon une enquête réalisée en 2009 en Pays de Loire avant et après des actions de formation, la formation des médecins généralistes modifie leurs pratiques (45).

On met cependant en évidence un biais lorsque l'on parle de la formation complémentaire des médecins. Le choix de celle-ci étant laissé au praticien, il s'oriente alors vers des thèmes qui l'intéressent en particulier. Les médecins intéressés par le sujet approfondissent leurs connaissances. De ce fait ils sont alors plus formés et plus sensibilisés que leurs confrères ne réalisant pas de formation sur ce sujet.

Même si pour certains médecins formation, motivation et sensibilisation semblent liées, il a été évoqué une nécessité de multiplier les actions pour sensibiliser les médecins généralistes à ce problème de santé publique. Ceci avait été mis en évidence dans une enquête en 2003 (26) et était toujours d'actualité selon un travail de thèse réalisé en 2012 (25).

Un médecin même motivé ne peut régler seul la question du surpoids chez un enfant. Il a besoin de la famille pour l'épauler

4.3.2 L'investissement des familles pour l'éducation et la prise en charge

- Généralités

L'aspect le plus problématique est une sous-estimation du problème et l'absence de prise de conscience du problème de santé associé au surpoids. Cette note a déjà été mise en évidence dans la littérature (46). Dans les familles les « normes » sont différentes concernant l'obésité. Dans certaines cultures, c'est même un état désirable, synonyme de bonne santé (47).

Les habitudes et connaissances concernant l'alimentation sont également erronées. Une enquête réalisée dans les écoles de la région PACA en 2013 par l'ASEF a cherché à recueillir les pratiques alimentaires des plus jeunes (48). 910 enfants entre 8 et 12 ans ont été sondés. Parmi les résultats on retrouve les éléments suivants : 10% des enfants rajoutent des sauces (ketchup, mayonnaise..) à chaque repas et 70% de temps en temps. Concernant la reconnaissance des fruits et légumes, 87% des enfants ne savaient pas ce qu'était une betterave, un sur trois n'arrivait pas à identifier un poireau ou une courgette.

Cette carence de connaissance se retrouve dans l'éducation et la relation parents-enfant.

- *L'investissement des familles : le rôle des parents dans l'éducation des enfants*

Les intervenants étaient d'accord sur la présence d'une modification de la relation parents-enfants avec une évolution en faveur d'une carence éducative. L'éducation des enfants n'est plus « *l'entreprise noble* » (49) qu'elle était. Le concept « enfant-roi » a d'ailleurs été repris dans tous les groupes.

Cette évolution est décrite dans le livre d'Aldo Naouri qui « *a assisté au cours de ses quarante années d'exercice à l'évolution de l'atmosphère de l'univers familial et à celle des relations qui s'y tissent* » (49). Cet ouvrage évoque la modification de la relation avec un rapport de séduction des parents envers leurs enfants en soulignant que malgré leur radical latin commun « *ducere* », « *séduire est exactement le contraire d'éduquer* ».

Dans la société actuelle, le manque de temps pour la famille, l'éducation déléguée à d'autres intervenants et l'apparition d'une société d'abondance ont transformé le traditionnel « *dans la vie on ne peut pas tout avoir* » en « *non seulement tu peux tout avoir mais tu as droit à tout* » (49).

Ces éléments sont décrits par les différents participants et influencent ainsi le comportement des familles. Les parents semblent avoir un rôle majeur dans le surpoids. Qu'il s'agisse de faire les courses ou de montrer l'exemple dans l'équilibre alimentaire, ils sont en première

ligne. Leur responsabilité fait auprès des participants l'unanimité. Les parents sont sollicités au sujet de la question de l'éducation de leur enfant dans un sens global, sur l'éducation au goût, la transmission de l'équilibre alimentaire et également l'apprentissage d'un mode de vie adapté à leurs besoins avec notamment la limitation des activités sédentaires et l'encouragement à la pratique d'une activité physique.

Dans un rapport rédigé par l'INPES en 2010 (50) il est décrit une hausse de la consommation de produits sucrés (+5%) entre 1996 et 2008 ainsi que des plats « tout prêts » (+15%) entre 2002 et 2008. Il est également indiqué que moins de la moitié des français pratiquent une activité physique favorable à la santé. Etant donné le rôle de modèle qui est attribué aux parents, ceci peut expliquer le défaut d'exercice physique chez les enfants.

Le comportement des parents a une importance majeure pour l'enfant et la prise en charge du surpoids qui nécessite l'investissement des familles.

- *L'investissement des familles dans la prise en charge*

Le dépistage et les actes de biométrie sont bien acceptés par les familles. L'annonce du surpoids et de la nécessité d'une prise en charge sont des éléments plus compliqués.

Les consultations spontanées pour ce motif sont rares car les parents consultent en cas de besoin et non pour de la prévention. Les consultations de médecine générale se composent également le plus souvent de multiples motifs. Ces éléments repris dans certains travaux constituent des difficultés supplémentaires (45). On va mettre le point sur un problème qui n'en était jusqu'alors pas un.

Il s'agit pour pouvoir débiter une prise en charge d'avoir une participation et motivation du patient et de sa famille pour réaliser les adaptations du mode de vie. Ces données font partie des difficultés retrouvées dans un certain nombre de travaux (38) (25).

Ce point est également souligné par les recommandations de l'HAS qui précisent qu'« *il est indispensable que les parents et/ou les adultes responsables de l'enfant ou l'adolescent soient impliqués dans l'intervention (...). Il est recommandé d'obtenir l'adhésion de l'enfant (..) et de sa famille sur la prise en charge proposée, et de veiller à ne pas culpabiliser, blesser ou stigmatiser* » (24).

Bien souvent, le médecin doit faire face à des difficultés pour mobiliser la famille qu'il s'agisse de l'éducation, de remise en question des habitudes, des modifications du mode de vie, de la disponibilité des parents, de l'assiduité aux rendez-vous de suivi. Les éléments sont décrits comme si les familles n'étaient pas prêtes à fournir les efforts nécessaires (25).

Le médecin a besoin d'un investissement de la famille. Cet investissement concerne le temps dédié car les consultations peuvent être nombreuses et fréquentes, mais aussi son implication en termes de compréhension et motivation au changement des habitudes pour pouvoir avancer ensemble dans la prise en charge (24)

Certains aspects comme la barrière linguistique ou les limites financières peuvent constituer de véritables freins (51). On cite le surcoût d'une alimentation plus équilibrée, plus riche en fruits et légumes et éventuellement les avances des frais de consultation. Dans ce cas précis, c'est donc l'environnement matériel qui peut constituer un frein à une prise en charge optimale

Alors que la motivation du médecin et l'implication des familles semblent être deux piliers indispensables à la prise en charge, d'autres éléments d'un point de vue logistique semblent être nécessaires.

4.3.3 L'organisation pratique

- Le temps et le planning de consultation

Ce besoin évoqué par tous est nécessaire à plusieurs niveaux, du dépistage à la prise en charge globale. Déjà mis en évidence, il a été évalué : la durée moyenne de la première consultation est de 30 minutes, celles de suivi sont estimées à 15min (52). La durée moyenne de consultation de médecine générale est évaluée à 16 minutes (53).

L'aménagement du planning de consultation qui paraît être nécessaire semble difficile à mettre en place surtout en période d'épidémie.

Le temps est un facteur très important. Il est possible de l'optimiser mais reste difficile à augmenter.

- La rémunération

La rémunération de la consultation est un sujet complexe sur lequel nous n'allons pas nous attarder, la demande étant globalement celle d'une revalorisation de la consultation de médecine générale. L'idée de créer un bon de consultation d'une valeur de 2C dédié à de la prévention (bon similaire à celui existant pour la consultation bucco-dentaire) sans avance des frais par le patient semble séduire certains participants. Il en est de même pour la majoration de la consultation la plus longue.

Un groupe cependant avait le raisonnement suivant, indiquant que si l'activité plaisait alors le temps et l'argent ne comptaient pas.

Il est intéressant de noter la diversité des avis. On peut cependant assez aisément imaginer qu'une meilleure rémunération (au moins pour la consultation la plus longue) motiverait plus les médecins.

- *Les outils*

L'HAS et l'INPES ont mis à disposition des outils ; certains sont destinés aux professionnels de santé, d'autres aux parents : recommandations HAS 2011 (argumentaire, synthèse...) (24) (13), catalogue INPES : évaluer et suivre la corpulence des enfants (54), surpoids de l'enfant : repères pour votre pratique (55), disques et pochette de dépistage enfant et adulte (56) (57), promouvoir l'activité physique chez les jeunes (58), guides nutrition INPES (59), Manger Bouger (PNNS) (60) (...)

Il semblerait que moins de 10% des médecins aient la connaissance des outils existants (26).

En dépit de l'existence de ces éléments, le besoin d'outils a été mis en évidence dans d'autres travaux (38) (25). Les médecins décrivent le besoin d'avoir un accès facile et rapide à ces documents mais également qu'ils contiennent des adresses et des guides à distribuer. Ces résultats ont fait émerger l'idée de création d'un portfolio contenant une partie pour le médecin avec des contacts, des documents d'éducation et une seconde partie avec des éléments à distribuer au patient afin qu'il ait un support au domicile. Cette idée a été reçue positivement par les groupes interrogés.

Parmi les outils évoqués, ceux concernant des astuces permettant de faire ses courses notamment en fruits et légumes à moindre coût seraient très utiles car même si ils sont disponibles en ligne (60), ils sont peu connus.

Des activités ludiques sont également recherchées : des serious games, aux jeux de sociétés (comme un jeu de l'oie sur le thème de l'alimentation) (61) en passant par les infrastructures proposées par les Villes Actives du PNNS (62).

Les médecins généralistes déjà très sollicités suggéraient d'autres voies d'amélioration pour faciliter l'éducation des enfants et des familles. Nous ne les décrivons que brièvement.

- Les autres voies d'amélioration: l'école, l'industrie agro-alimentaire, les médias

Contrairement à ce que pensent certains parents ; « *que si l'on est en droit d'attendre de l'école qu'elle délivre un savoir, il faut absolument la cantonner à cette tâche et à elle seule déjà ardue par elle-même* » (49).

Alors qu'il n'est pas du rôle de l'école d'éduquer les enfants, les apprentissages autour de l'alimentation semblent être une de ses missions et peuvent avoir un impact positif (63). Au niveau européen (64) et national diverses actions ont été menées : le renforcement l'éducation à l'alimentation dans les programmes scolaires (65) (66), la semaine du goût, l'interdiction des distributeurs automatiques et des produits alimentaires payants...

Concernant l'industrie agroalimentaire, l'amélioration de l'étiquetage était évoquée par les participants. A ce jour, un projet de dispositif d'étiquetage coloriel (67) est défendu par le Professeur Hercberg. Des plans d'action existent dans le cadre de l'OMS-Europe (68) pour favoriser la promotion d'aliments de meilleure qualité nutritionnelle et de réduire la pression marketing incitant la population à consommer des aliments de moindre qualité nutritionnelle. En France la « *taxe soda* » est entrée en vigueur en 2012 (69).

Les médias dont la télévision jouent un rôle important dans la vie des français. Selon une étude réalisée en 2010 (70), les enfants entre 11 et 14 ans étaient environ 3h par jour devant un écran, répartis entre 2h de télévision et 50 min sur l'ordinateur.

Depuis 2007, il est imposé aux marques (sauf à s'acquitter d'une taxe) d'introduire dans les publicités des messages sanitaires : « *pour votre santé, manger au moins cinq fruits et légumes par jour* » dont l'impact positif a été mis en évidence (71). La télévision semble être un bon moyen de communication si les informations diffusées sont positives et si elles sont contrôlées.

4.3.4 Le réseau

- Le fonctionnement en réseau

Un des points clés des entretiens est la nécessité pour le médecin généraliste d'avoir un réseau afin de pouvoir compléter sa prise en charge ambulatoire s'il le juge nécessaire. Ce réseau constitué de diététiciennes, psychologues et kinésithérapeutes doit pouvoir être accessible financièrement au patient.

Le mode d'accès à ce réseau est à l'origine de désaccords. Certains privilégient le réseau de ville pour la communication avec les intervenants. D'autres, choisissent le réseau hospitalier pour la multidisciplinarité et le plateau technique disponible sur place (facilitant pour les parents) et également spécialisé sur le sujet.

Les RÉPPOP mis en place dans certaines régions sont les seuls réseaux ambulatoires de professionnels formés et accessibles financièrement. Les premiers résultats recueillis de ce mode de fonctionnement sont encourageants (72), (73). Ils ne sont cependant pas encore présents sur tout le territoire et la région PACA n'en dispose pas (74).

- La communication avec le réseau

Certains médecins semblent réticents au réseau hospitalier du fait d'un défaut de communication entre la médecine ambulatoire et l'hôpital. Le retard dans la réception des comptes rendus et les délais de consultation sont des freins supplémentaires. Selon certaines études, la communication directe est rare, estimée entre 3 et 20% et la disponibilité d'un compte rendu le jour de la sortie estimé entre 12 et 34% (75). La communication directe semble par ailleurs être un moyen de collaboration efficace entre les médecins de premier recours et les spécialistes (76) même si elle dépend du temps disponible

Concernant la consultation pédiatrique de prise en charge de la surcharge pondérale du CSO, les comptes rendus sont rédigés et transmis dans les 24h. Dans un souci d'amélioration des

échanges au décours de ce travail, une adresse mail dédiée a été créée, plébiscitée par la plupart des participants.

Les délais de consultation au CSO sont comme on l'a vu au cours de l'introduction augmentés par les consultations de premier recours. Des stratégies sont initiées pour limiter les délais, on peut citer le DPC, les journées du CERON ou encore l'envoi de documents dont la révision peut faire l'objet d'un travail de recherche.

Ces éléments constituent évidents des pistes de réflexion pour trouver des voies d'amélioration.

V.CONCLUSION

La santé des enfants et adolescents est un des axes majeurs des politiques de santé publique tant au niveau national qu'international. Les mesures associées ont permis de stabiliser la prévalence du surpoids et de l'obésité en France depuis plusieurs années.

Les médecins généralistes confirment à l'unanimité qu'ils sont les premiers acteurs pour gérer cette problématique et intervenir autant que possible pour améliorer la santé de ces enfants et adolescents. Ils sont cependant encore peu nombreux à s'investir dans la prise en charge.

Notre travail a permis de recueillir auprès des médecins généralistes des Alpes Maritimes, leurs besoins concernant cette pathologie complexe.

Les différents entretiens ont fait émerger la motivation du médecin comme prérequis à toute prise en charge. Celui –ci bien que se donnant à corps perdu dans sa pratique ne peut agir sans l'investissement des familles, second pilier indispensable. Pour mener à bien la prise en charge, l'organisation pratique peut être d'une aide précieuse notamment par les outils qu'elle apporte. Dans les cas les plus difficiles ou en complément, la collaboration avec des professionnels spécialisés peut être sollicitée.

C'est l'interaction entre ces différents acteurs, facteurs et éléments qui peut permettre selon les médecins généralistes des Alpes Maritimes d'optimiser le dépistage et la prise en charge des enfants en surpoids ou obèses pour les aider à améliorer leur état de santé.

Alors que l'organisation pratique comprend un certain nombre de facteurs non modifiables comme le temps ou la rémunération, il nous a semblé intéressant de répertorier les documents nécessaires à la création d'un outil, qui sera à compléter et à valider auprès des médecins généralistes lors d'un travail ultérieur.

Depuis la réalisation de ce travail, afin de faciliter la communication entre les médecins généralistes et le centre spécialisé de l'obésité, une adresse mail dédiée a été créée.

Au-delà de leur motivation, les médecins ont souligné l'importance des actions menées par les différentes institutions car « *Le problème de la médecine générale c'est qu'on est sur tous les fronts. Là c'est l'obésité, demain ce sera une autre problématique* » (Entretien n°3).

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. **Dachez, Roger.** *Histoire de la médecine de l'Antiquité au XXème siècle.* Paris : Tallandier, 2008. 978-2-84724-536-0.
2. **Larané, André.** Les gros ont aussi une histoire. *www.herodote.net.* [En ligne] 2013. <http://www.herodote.net/Apparence-synthese-1839.php>. 0516 W 92409.
3. **Tabuteau, D.** *L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary, Droit Social.* Paris : Institut de Recherche et de documentation en économie de la santé., 2009. ISSN 0012-6438.
4. **Pivot, Bernard.** La graisse ancienne et moderne . *www.lejdd.fr.* [En ligne] 2010. Critique littéraire concernant l'ouvrage: La métamorphose du gras. <http://www.lejdd.fr/Chroniques/Bernard-Pivot/La-graisse-ancienne-et-moderne-180705>.
5. **Allen, Justin, et al., et al.** La définition européenne de la médecine générale - Médecine de famille. *www.woncaeurope.org.* [En ligne] 2002. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.
6. **Bonnet, Nelly et Lamarque, Corinne.** *Démographie des acteurs de soins primaires - Un exemple de profession à la frontière des soins primaires et spécialisés : les pédiatres.* Paris : CNAMTS, 2002. GPE-1054.
7. **Franc, Carine, et al., et al.** La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. *Etudes et résultats .* DRESS, août 2007, Vol. 588, 1146-9129.
8. **Franc, Carine, et al., et al.** La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale. *Documents de travail.* DRESS, 2007, 69.
9. **Baumann, M et Gao, M-M.** *Diagnostic de santé d'une population et action humaine : un guide pratique.* Vandoeuvre-lès-Nancy : Société française de santé publique, 1999. ISSN 0995-3914 et 0995-3914.
10. **Organisation Mondiale de la Santé OMS.** Obésité et Surpoids - Aide mémoire N°311. *www.who.int.* [En ligne] janvier 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>.
11. **Brambilla, P, et al., et al.** Crossvalidation of anthropometry against magnetic resonance imaging for the assessment of visceral and subcutaneous adipose tissue in children. *Int J Obese.* Nature Publishing Group, 2006, 30(1):23-30.
12. **Girardet, Jean Philippe, et al., et al.** Groupe de travail "Actualisation des définitions du surpoids et de l'obésité de l'enfant et des courbes de corpulence du PNNS". *www.apop-france.com.* [En ligne] juin 2009. http://www.apop-france.com/journees_2010/2_Groupe_de_travail_courbes_de_corpulence_du_PNNS.pdf.
13. **Haute Autorité de Santé HAS.** *Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent - Actualisation des recommandations de 2003.* Saint Denis La Plaine : HAS, 2011.
14. **Rolland-Cachera, MF, et al., et al.** Adiposity rebound in children : a simple indicator for predicting obesity. *Am J Clin Nutr.* American Society for Nutrition, 1984, 39(1):129-35.

15. **Williams , SM et Goulding, A.** Patterns of growth associated with early adiposity rebound. *Obesity*. Wiley Online Library, 2009, 17(2):335-41.
16. **Guignon, N et Badéyan, G.** La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. *Etudes et Résultats*. DRESS , 2002, Vol. 155, 1146-9129 .
17. **Institut national de la santé et de la recherche médicale.** *Obésité : Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge*. Santé publique - Expertises collectives. Paris : Les éditions Inserm, 2006. 2-85598-852-7.
18. **De Onis, M, Blössner, M et Borghi, E.** Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr*. American Society for Nutrition, 2010, 92(5):1257-64.
19. **Organisation Mondiale de la Santé OMS- Europe.** *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative*. Copenhague : OMS, 2014. 978-92-890-5068-5.
20. **Péneau , S, et al., et al.** Prevalence of overweight in 6- to 15-year-old children in central/western France from 1996 to 2006 : trends toward stabilization. *Int J Obes*. Nature Publishing Group, 2009, 33(4):401-7.
21. **Salanave, B, Péneau, S et Rolland-Cachera, MF.** *Prévalence du surpoids et de l'obésité et déterminants de la sédentarité chez les enfants de 7 à 9 ans en France en 2007*. Saint Maurice : Institut de Veille sanitaire, 2011. 1956-6964.
22. **Institut National de Prévention et d'Education en Santé (INPES), Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes .** Le PNNS c'est quoi? *www.mangerbouger.fr*. [En ligne] 2011. <http://www.mangerbouger.fr/pnns/le-pnns-c-est-quoi.html>.
23. **Ministère de la santé.** *Programme National Nutrition Santé 2011-2015*. Paris : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011. DICOM n°5 S-11-047.
24. **Haute Autorité de Santé HAS.** *Recos 2 clics*. Saint Denis La Plaine Cedex : HAS, 2011.
25. **Salvignol, Marine.** *Dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent - Freins et attentes des médecins généralistes du département des Alpes Maritimes*. Nice : s.n., 2012. 2012NICEM095.
26. **Andreotti, G, et al., et al.** La prise en charge en médecine générale de ville du surpoids et de l'obésité. *Regards Santé* . ORS PACA - INSERM U 379, 2005, Vol. 7, 1639-7622.
27. **Peronnet, Marilyn, Aubin-Auger, Isabelle et Mercier, Alain.** Recherche qualitative (GROUM.F). *www.cnge.fr*. [En ligne] 18 mars 2012. [Citation : 01 mars 2015.] http://www.cnge.fr/la_recherche/recherche_qualitative_groumf/.
28. **Imbert, Patrick et Hadrouf, Badis.** La recherche qualitative. *www-santé.ujf-grenoble.fr*. [En ligne] septembre 2010. [Citation : 01 mars 2015.] http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/cms/sites/medatice/mg/mg/docs/20110121104533/La_recherche_qualitative_1009.ppt.
29. **Blanchet, Alain et Gotman, Anne.** *L'enquête et ses méthodes - L'entretien*. Paris : Armand Colin, 2007. 978-2-200-248093.

30. **Touboul, Pia.** Recherche qualitative - Présentation de la recherche qualitative - Séminaire Thèse. *www.nice.cnge.fr*. [En ligne] 2011. [Citation : 01 mars 2015.] http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Recherche_qualitative_PT_Seminaire_de_these_2011.pdf.
31. —. Recherche qualitative - méthodologie Focus Group. *www.nice.cnge.fr*. [En ligne] [Citation : 01 mars 2015.] http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf.
32. —. Recherche qualitative - Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. *www.nice.cnge.fr*. [En ligne] mars 2013. [Citation : 01 mars 2015.] <http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>.
33. **Gwénaelle, Le Breton-Lerouillois et Rault, Jean-François.** La démographie médicale en région Provence Alpes Cote d'Azur - Situation en 2013. *www.conseil-national.medecin.fr*. [En ligne] 2013. [Citation : 01 mars 2015.] http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/paca_2013.pdf.
34. **Jakoubovitch, Steve, et al., et al.** Les emplois du temps des médecins généralistes. *Etudes et résultats*. DRESS, mars 2012, Vol. 797, 1146-9129.
35. **Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** *Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants*. Genève : OMS, 2010. p. 16. 978-92-4-250021-9.
36. **Thibault, H, et al., et al.** Dossier Obésité de l'enfant : Pratiques et attentes des médecins, une enquête du réseau REPPPOP Aquitaine en 2006. *Le concours médical*. Global Média Santé, 2007, Vol. 129.
37. **Lambou, Florence.** *La prise en charge et le dépistage de l'obésité infantile: pratiques et attentes des médecins généralistes des Landes en 2013*. Bordeaux : s.n., 2013. 2013BOR2M128.
38. **Appieto, Audrey.** *Dépistage et prise en charge des enfants et adolescents en surcharge pondérale: état des lieux et proposition d'optimisation*. Nice : s.n., 2012. 2012NICEM033.
39. **Faculté de Médecine de Montpellier - Institut national de la santé et de la recherche médicale Inserm.** circuit de la récompense / motivation / plaisir. <http://www.med.univ-montp1.fr/>. [En ligne] http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_2/UE_systeme_neurosensoriel/Ressources_locales/Neurobiologie_des_circuits_de_la_recompense_et_de_la_motivation.pdf.
40. **Berridge, KC, Robinson, TE et Aldridge, JW.** Dissecting components of reward : "liking, wantig, and learning". *Curent Opinion in Pharmacology*. Elsevier Science, 2009, 9(1):65-73.
41. **Alexandre Bailly, Frédérique, et al., et al.** *Comportements humains et management*. Montreuil : Pearson France, 2013. 978-2-7440-7677-0.
42. **Gillier, Sylvie.** L'obésité de l'enfant est-elle "affaire de généraliste"? *Médecine*. John Libbey Eurotext, 2009, Vol. 5, 9.
43. **Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.** Bulletin officiel n°22 - Etudes médicales - Deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. *www.education.gouv.fr*. [En ligne] 07 juin 2007. <http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>. MENS0753287A.

44. **Conseil National de l'Ordre des Médecins.** Article 11 - Développement professionnel continu. *www.conseil-national.medecin.fr*. [En ligne] <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-11-formation-continue-235>.
45. **Benoteau, Anne Claire et Le Vaillant, Patrick.** Repérer l'enfant à risque d'obésité en médecine générale - La formation fait bouger les pratiques. *Médecine*. John Libbey Eurotext, 2009, Vol. 5, 9.
46. **Doolen, J, Alpert, PT et Miller, SK.** Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: a metasynthesis of the current research. *J Am Acad Nurse Pract*. Charon Pierson, 2009, 21:160-6.
47. **Charmillot, M, et al., et al.** Comprendre l'expérience de vie de des personnes obèses. Un apport pour l'éducation thérapeutique du patient. *Revue médicale suisse*. Médecine et Hygiène, 2011, 288.
48. **Association Santé Environnement France ASEF.** *Dossier de presse : L'assiette des enfants : L'enquête des medecins de l'ASEF*. Aix en Provence : ASEF, 2013. p. 13.
49. **Naouri, Aldo.** *Eduquer ses enfants - L'Urgence aujourd'hui*. Paris : Odile Jacob, 2008. 978-2-7381-2073-1.
50. **Escalon, M et Beck, F.** Connaissances et comportements de la population française en matière d'alimentation et d'activité physique. *Evolutions*. INPES, 2010, 20.
51. **Sonneville, Kendrin, et al., et al.** Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. *BMC Pediatr*. BioMed Central, 2009, Vol. 9, 1471-2431-9-81.
52. **Ducos, Gérard, Bastet, Marie et Pétregne, François.** Le médecin généraliste et l'obésité de l'enfant. Une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes aquitains. *Médecine*. John Libbey Euotext, 2010, Vol. 6, 3.
53. **Breuil-Genier, Pascale et Goffette, Céline.** La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes et résultats*. DRESS, avril 2006, Vol. 481, 1146-9129.
54. **Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé INPES.** Evaluer et suivre la corpulence des enfants. <http://www.inpes.sante.fr/>. [En ligne] 2011. <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/imc/docimcnf.pdf>.
55. —. *Surpoids de l'enfant : le dépister et en parler précocement*. Saint Denis Cedex : INPES - repères pour votre pratique, 2011. 135-89715-DE.
56. —. *Indice de Masse Corporelle chez l'adulte (IMC) - disque*. Saint Denis Cedex : s.n. 250-94912-DQ.
57. —. *Indice de Masse Corporelle chez l'enfant (IMC) - disque*. Saint Denis Cedex : s.n. 250-95012-DQ.
58. **Rostan, F, Simon, C et Ulmer, Z.** *Promouvoir l'activité physique des jeunes*. Saint-Denis : INPES, 2011. ISBN 978-2-9161-9227-7.
59. **Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé INPES.** Les guides alimentaires du PNNS. <http://www.inpes.sante.fr/>. [En ligne] 2002. http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/nutrition/nutrition_guides_alimentaires.asp.

60. **Ministère de la santé.** MangerBouger- Plan National Nutrition Santé. *www.mangerbouger.fr*. [En ligne] INPES. <http://www.mangerbouger.fr/>.
61. **Chambre d'Agriculture des Bouches du Rhône.** Agriculture et société. *www.agri13.fr*. [En ligne] <http://www.agri13.fr/jeu/>.
62. **Les Eco Maires et Programme National Nutrition Santé PNNS.** Qu'est ce qu'une Ville Active PNNS? *www.mouveat.com*. [En ligne] Les Eco Maires - PNNS. <http://www.mouveat.com/villeactivepnns.php>.
63. **Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).** *Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant*. Paris : Les éditions Inserm, 2000. 2-85598-777-6.
64. **Young, Ian.** *L'alimentation à l'école - Faire le choix de la santé*. Strasbourg : Conseil de l'Europe, 2005. Forum organisé en 2003 par le Conseil de l'Europe et l'Organisation Mondiale de la Santé Europe. 978-92-871-5573-3PDF.
65. **Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.** De la maternelle au baccalauréat - La santé des élèves. *www.education.gouv.fr*. [En ligne] 2014. http://www.education.gouv.fr/cid50297/la-sante-des-eleves.html&xtmc=alimentation&xtnp=1&xter=2#Éducation_nutritionnelle.
66. **Ministère de l'Education National, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche - Académie des sciences - Académie des technologies.** *Découvrir le monde à l'école maternelle - Outil pour la mise en oeuvre des programmes 2002*. Paris : Centre National de Documentation Pédagogique, 2005. p. 87. 2-240-01962-X.
67. **Herberg, Serge et Julia, Chantal.** *Proposition pour un nouvel élan de politique nutritionnelle française de santé publique*. Paris : Ministères des affaires sociales et de la santé, 2013.
68. **Organisation Mondiale de la Santé OMS- Europe.** *Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020*. Copenhague : OMS, 2014. 140426.
69. **Assemblée Nationale.** Projet de loi finances pour 2012 - Article 46 - Instauration d'une contribution sur les boissons contenant des sucres ajoutés. *www.assemblée-nationale.fr*. [En ligne] 2012. http://www.assemblee-nationale.fr/13/projets/pl3775.asp#P4343_296749.3775.
70. **Nabli, Fella et Ricroch, Layla.** Conditions de vie des ménages - Plus souvent seul devant son écran. *Insee Première*. Institut national de la statistique et des études économiques, 2013, Vol. 1437.
71. **Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé INPES.** *Post-test des messages sanitaires apposés sur les publicités alimentaires auprès des 8 ans et plus*. Saint Denis Cedex : INPES, 2008.
72. **RéPPOP Toulouse Midi-pyrénées Réseau de Prévention et prise en charge de l'Obésité Pédiatrique;** 89% des patients suivis ont atteint l'objectif de diminuer ou stabiliser leur IMC. *Le bulletin du réseau*. 2009, Vol. 11, pp. 1-2.
73. **Treppoz, Sophie.** Lyon expérimente la prise en charge des enfants en surpoids. *La santé de l'homme*. INPES, 2006, Vol. 386.
74. **Haute Autorité de Santé HAS.** *Les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOP)*. Saint Denis La Plaine Cedex : HAS, 2011.

75. **Kripalani, S, et al., et al.** Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. American Medical Association, 2007, 297(8):831-41.

76. **Foy , R, et al., et al.** Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Ann Intern Med*. American College of Physicians, 2010, 152(4): 247-58.

VII. ANNEXES

7.1 Compte rendu de conférence téléphonique

Projet de thèse concernant la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique en médecine générale

Contexte: Préparation des entretiens de focus group (1)

Date : 31.10.2014

Entretien avec le Dr Frédérique Gastaud, endocrinopédiatre et M.Abdu Gnaba, docteur en anthropologie et sociologie comparative, spécialiste en recherche qualitative.

Commentaires d'Isabelle Pourrat, professeur en médecine générale

METHODOLOGIE

*Modérateur: Dr Frédérique Gastaud : (2)

-Assurer les participants de l'anonymat des propos : les informations recueillies ne seront pas attribuées nominativement aux interviewés. (3)

- Se présenter comme animatrice de la réunion, et non comme une professionnelle de santé.

- **Se détacher de la « casquette » d'endocrinopédiatre et se placer en tant que « non experte de la médecine générale », importance de la valorisation du travail réalisé en ville. Il s'agit d'un travail de thèse qui permet de comprendre grâce à leur retour d'expérience le fonctionnement de la pratique de ville. Insister sur le fait de ne pas savoir comment cela se passe au cabinet. Rôle primordial de la capacité d'écoute.** (4)

* Observateur: Marine Réville: prise de note, précision de certains points. (5)

* Recherche d'un retour d'expérience : mise des médecins en situation narrative (6)

* 2 Cas proposés:

- *Cas simple qui peut être pris en charge en 1er recours en ville: comment cela est-il géré? Pourquoi dans certains cas ce n'est pas réalisé?*

- *Cas plus complexe nécessitant une prise en charge conjointe: échange d'informations, les médecins généralistes ont un rôle central pour assurer la continuité des soins ainsi qu'une bonne prise en charge, qu'attendent-ils? Comment les solliciter? De quelles informations ont-ils besoin?*

*Recueil des données: focus group de 4 médecins (7) qui adressent ou ont adressé des patients en 1er ou 2è recours à la consultation de l'Hôpital Lenal.

*Retour du travail aux différents participants et médecins éventuellement connus comme « réfractaires » (dans un but d'ouverture lors de la conclusion).

Lors de la séance il est important de **toujours recentrer l'objectif sur le patient**. Comment peut-on ensemble améliorer sa prise en charge ?

LIEU :

Lieu neutre, proposition de réaliser les rencontres dans les locaux d'Aviasim Nice (Promenade de la plage à Cagnes sur Mer), entre de simulation de pilotage d'A320. Visite des lieux. Rôle du facteur humain en médecine et en aéronautique.

DEROULEMENT

A. Rappeler l'objet de la thèse sans trop entrer dans la technique.

Il est indispensable de se séparer de l'aspect technique et de se positionner en faveur de l'humain.

Le but est de recueillir un retour d'expérience. **Les participants doivent entrer en situation narrative, ils doivent raconter leur histoire**. Il faut multiplier les avis. Insister sur le fait qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Proposition du modérateur: « je vous invite à un exercice ; il ne faut jamais commencer une phrase par NON ». (8)

Le NON sous-entend un OUI universel or il n'y a pas de vérité car il s'agit d'un retour d'expérience de praticien. **Il n'y a pas une vérité. Il s'agit de réaliser un partage d'expérience.**

Etre praticien —> art —> prise en compte du retour d'expérience —> richesse et diversité des expériences de terrain. (9) Comme dans l'aviation le rôle du facteur humain est primordial.

Intervention du modérateur : « je me pose les mêmes questions que vous mais pas au même endroit de la chaîne».

Le modérateur se place comme « vierge de tout à priori ». Se poser le plus de questions sans attendre de réponse. Le modérateur peut alors raconter une petite anecdote pour s'ouvrir à la discussion.

B.Présentations:

Demander à chacun de se présenter d'un point de vue personnel (et si possible pas professionnel : hobbies, situation familiale...) (10)

Intervention du modérateur/ observateur : se mettre en situation narrative et mettre en avant le facteur humain. Présentation **personnelle** et non professionnelle.

Le but est que les participants se sentent libres, se racontent leur histoire, s'ouvrent et se livrent. On parle à un être humain et non à une machine.

Intervention du modérateur « sentez-vous libres de me (11) dire ce que vous avez envie »

C.Lancer la discussion et avancer dans la discussion

Rappeler que ce n'est pas une commission d'expert mais un travail universitaire de thèse (12)

Partir du thème générique pour avancer vers le particulier. **Système d'entonnoir.**

S'affranchir du « prêt à penser » car sinon, les frustrations ne seront pas dites. Mise en avant des frustrations et des choses qui ne fonctionnent pas. (13)

Se poser la question —> creuser pour chercher les informations. Il faut savoir s'étonner de ce que l'on pense connaître. (14) Ne pas préjuger des données qui seront rapportées par les praticiens. Ne pas oublier que l'on a tendance à suivre ce précepte :

« On ne connaît que ce que l'on reconnaît »

Or :

« Pour être surpris il faut oublier ce que l'on sait déjà »

Ne pas hésiter à se remettre en question, se questionner autour du travail, reposer les questions, « oui mais encore... »

C.1: Evolution des pratiques

Intervention du modérateur : « est ce que dans votre pratique vous avez vu des choses changer? » qu'est-ce qui vous a surpris ces dernières années », « le rapport parent-enfant a t-il changé? » (15)

Les réponses seront en fonction de l'expérience.

C.2.: Le surpoids

Intervention du modérateur: « dites-moi ce que vous avez envie de me dire à ce sujet », « si on oublie les courbes à partir de quand considérez-vous ce problème ? », « est ce que vous pensez que les parents prennent ce problème au sérieux ? », « si oui à partir de quand, qu'est ce qui les fait réagir ? » (16)

Il faudra **accepter les blancs et les temps de réflexion**. On réfléchit ensemble, on n'est pas là pour trouver une solution. On recueille un retour d'expérience.

Le surpoids peut renvoyer à une expérience personnelle, et peut remettre en question la famille. Il renvoie des questions sur le mode de fonctionnement de la famille. (17)

C.3. Entrer dans le sujet

Intervention du modérateur « racontez moi un cas, une expérience, quelque chose vous étonne »

Ne pas creuser/ entrer dans les détails, partager un retour d'expérience pour se sentir engagé dans le sujet.

C.4. Cas cliniques

Intervention du modérateur: « je vous propose de réfléchir ensemble autour du sujet sur 2 cas pour améliorer la prise en charge de nos patients »

C.5 Hypothèses identifiées

Intervention du modérateur « merci d'avoir réfléchi ensemble sur ces cas, maintenant essayons ensemble de répondre aux questions suivantes »

- Qu'est-ce qui serait-utile de façon globale et très générique concernant tous les acteurs ? (Objectif : purger la question : mac do, école, malbouffe... pour pouvoir revenir au sujet).
- Merci de me raconter ce que vous auriez fait
- Qu'est-ce que vous attendriez pour prendre en charge ces cas en ville (18)
- Qu'est-ce qui vous serait utile?
- Quelles sont vos attentes concrètes? (19)
- Comment peut-on améliorer la collaboration (entre la ville et l'hôpital) ?
- Intervention du modérateur « allez-y, je ne suis pas susceptible » (20)

Montrer le matériel existant ...

C.6 Résultats

Intervention du modérateur : « qu'est-ce que vous retenez de ce focus group ? », (21)
« maintenant que vous avez donné votre temps et partagé votre expérience vous seriez déçus/ contents si .. »

C.7 Fin de séance

Remerciements

« Qu'est-ce que vous retiendrez de cette réunion ? » (22)

Proposition d'un retour du travail

Importance du facteur humain : exemple de la gestion du stress en aviation « je suggère une remise de gaz » plutôt que « relevez le nez de l'avion »

Retour et partage d'expérience (ce n'est pas une commission d'expert mais un travail de thèse)

Toujours recentrer l'objectif sur le patient

Commentaires d'Isabelle Pourrat.

- (1) Suggestion de lecture : l'entretien de Blanchet et Godman
- (2) Envisager une personne plus « neutre » comme modérateur
- (3) Mettre l'accent sur la confidentialité et le non jugement, ce sera à l'animateur de le rappeler
- (4) Importance du « non savoir », de la curiosité et de l'ouverture : « ce que vous dites m'intéresse »
- (5) Développement, précision de certains points
- (6) « Racontez-moi comment cela se passe », « racontez-moi ce que vous faites », « quels sont vos repères pour agir ? », « comment les avez-vous construits ? »
- (7) 5/6 sont suggérés pour la dynamique de groupe
- (8) Suggestion de mettre les règles de parole : chaque expérience, chaque opinion est à accueillir : règle du non jugement
- (9) Plus les idées expériences sont diverses et variées voire contradictoires plus cela construira une richesse pour l'analyse des données
- (10) Prévoir que certains ne le souhaiteront peut-être pas et que la période de « dépouillage » préalable par la visite et la rencontre avant l'entretien de groupe mettra l'ambiance
- (11) D'exprimer au sein du groupe ce que vous avez envie
- (12) Non nécessaire
- (13) D'ailleurs les médecins ont souvent comme défense la généralisation : « et concrètement vous dans votre pratique comment en êtes-vous venu à penser cela ? »
- (14) Se mettre dans la position suivante : « expliquez-moi, je ne comprends pas »
- (15) Formuler des questions sous forme ouverte : « comment les parents se comportent ils avec les enfants ? ». Ne pas préjuger du « changement » : « qu'avez-vous constaté ces dernières années ? » mais plutôt s'appuyer sur un discours : « ah bon ça change ; et comment ce change-t-il ? »
- (16) Attention aux questions fermées
- (17) Les médecins sont dans une position de « porteur de savoir », de « normes extérieures » eux aussi et peuvent déclencher des attitudes de réaction chez les parents.
- (18) « De quoi auriez-vous besoin pour (..) ? »
- (19) « Que souhaitez-vous ? »
- (20) Difficile si le modérateur est le référent sur le sujet.
- (21) Ce n'est pas l'objectif du focus group
- (22) Ce n'est pas l'objectif du focus group. « Avez-vous quelque-chose à rajouter ? ». Proposition d'un retour du travail sous forme d'une synthèse d'idées, ceci augmentera la validité.

7.2 Fiche de présentation de l'étude

FICHE DE PRESENTATION DE L'ETUDE

Travail de recherche qualitatif dans le cadre de la thèse de Docteur en Médecine Générale

Marine VILLEROY REVILLE

Sujet / thème :

Obésité et surpoids de l'enfant et l'adolescent en médecine générale.

Prise en charge de l'obésité et du surpoids de l'enfant et de l'adolescent en premier recours par le médecin généraliste dans les Alpes Maritimes

Question :

Quels sont les besoins des médecins généralistes afin d'optimiser le dépistage et la prise en charge de 1er recours du surpoids et de l'obésité de l'enfant dans les Alpes Maritimes ?

Méthodologie et recueil des données :

Etude qualitative avec analyses d'entretiens de type focus group.

Focus group composés de médecins généralistes. (4-5 médecins)

Entretien de groupe semi dirigé, avec un guide d'entretien et étude de deux cas cliniques.

Durée de la séance estimée à 1h30.

Séance animée par un modérateur non médecin et données recueillies par un observateur.

Enregistrement des entretiens afin de réaliser une retranscription fidèle des données.

Anonymat respecté dans l'utilisation des données.

Fiche de recueil de données quantitatives remise aux participants.

Lieu de la réunion : possibilité de la réaliser dans les locaux d'Aviasim Nice à Cagnes sur Mer ou dans le lieu de votre choix

Pour toute information supplémentaire :

Marine VILLEROY REVILLE

tel : 06 75 24 35 56

Marine.villeroy@gmail.com

7.3 Consentement des participants

FICHE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e) (Nom, Prénom en majuscules)

déclare avoir pris connaissance de la fiche de présentation de l'étude concernant le travail de recherche de Madame Marine VILLEROY REVILLE cadre de son travail de thèse en Médecine Générale

J'accepte librement de participer à cette étude qui consiste à recueillir mes idées et mon expérience par un entretien.

J'accepte que les informations issues de cet entretien soient utilisées, de façon anonyme, pour rendre compte des résultats à la communauté scientifique.

Fait à

Le

Signature

7.4 Questionnaire quantitatif

Pour mieux vous connaître (Entourez la (les) réponse(s)exacte(s))

1. Etes -vous ? :

- un homme
- une femme

2. Votre âge est :

- < 35 ans
- Entre 35 et 50 ans
- > 50 ans

3. Votre mode d'exercice est (choisir un lieu et un type d'exercice):

- urbain - seul
- rural - en cabinet de groupe

4. Votre nombre moyen de consultation par jour est :

- < 15
- Entre 15 et 25
- Entre 25 et 35
- > 35

5. Part de pédiatrie dans votre exercice quotidien :

- 10%
- Entre 10 et 20%
- Entre 20 et 50%
- > 50%

6. Part d'enfant en surpoids sur votre patientèle pédiatrique :

- < 10%
- Entre 10-30 %
- > 30%

7. Concernant les enfants obèses ou en surpoids de votre patientèle, vous :

- avez initié une prise en charge au cabinet
- les avez adressés directement à un spécialiste
- ils vous ont été adressés secondairement

8. Avez-vous suivi des formations concernant la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant ou chez l'adulte ?

- Non
- Oui (préciser si formation chez l'enfant ou chez l'adulte)

9. Etes-vous maitre de stage ?

- Non
- Oui

7.5 Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

OBSERVATEUR:

« Merci d'avoir accepté de participer à ce groupe de discussion, malgré vos emplois du temps chargés et l'envie de rentrer au plus vite chez soi après une longue journée au cabinet.

Avant de commencer je vais vous rappeler l'objet de la réunion de ce soir. Il s'agit de réaliser une discussion sur le sujet du surpoids et de l'obésité pédiatrique en médecine générale. Ceci rentre dans le cadre d'une thèse de médecine générale dont la question est la suivante :

Quels sont les besoins des médecins généralistes afin d'optimiser le dépistage et la prise en charge au cabinet du surpoids et de l'obésité de l'enfant dans les Alpes Maritimes?

Je me présente, Marine VILLEROY REVILLE, interne en médecine générale en 5^è semestre, actuellement en stage chez le praticien, je serai observatrice au cours de cette soirée.

Voici mon conjoint Christopher REVILLE, entrepreneur et chef d'escale d'Aviasim Nice (entreprise de simulation de vol en A320) qui sera le modérateur.

Je vous invite à vous présenter d'un point de vue professionnel et plus personnel si vous le souhaitez. »

Présentation des différents intervenants

OBSERVATEUR:

« L'objectif est d'explorer les représentations et pratiques des médecins généralistes pour identifier des attentes et propositions concrètes, réalisables et possibles à mettre en œuvre concernant le dépistage et la prise en charge de l'obésité et du surpoids de l'enfant en MG.

Il s'agit de recueillir vos réactions/ vos expériences / vos difficultés concernant cette prise en charge en ville. Ces éléments sont importants à connaître afin de nous permettre de mettre en évidence vos besoins concrets et améliorer la prise en charge de ces enfants.

La méthode du focus group est une méthode de recherche qualitative qui utilise la technique de l'interview de groupe pour faire émerger différents points.

La discussion va durer 1h30 environ et sera enregistrée afin d'assurer une transcription fidèle de vos propos pour les analyser. Je vous remercie par avance de parler distinctement pour assurer une bonne qualité de l'enregistrement. Par ailleurs je vous rappelle que l'anonymat sera bien évidemment respecté.

Dans un premier temps nous allons discuter de généralités sur le sujet du surpoids et de l'obésité en pédiatrie. Ensuite nous réfléchirons ensemble autour de deux cas cliniques.

OBSERVATEUR ou MODERATEUR :

Sachez qu'il est important que vous vous sentiez en totale liberté pour exprimer votre vécu et vos opinions/ expériences personnelles par rapport à ce sujet; d'autant plus que nous n'avons pas votre expérience ni l'un ni l'autre. Nous n'avons que très peu voire aucune idée de comment cela se passe au cabinet.

Tout ce que vous pouvez dire est intéressant pour nous. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tant mieux si vos réponses sont divergentes voire contradictoires.

Je vous invite donc à raconter votre histoire, à partager votre expérience. Sentez-vous libres de raconter au sein de ce groupe ce que vous avez envie.

Nous ne voulons pas obtenir un consensus, mais plutôt une représentation, la plus large possible, des différentes expériences et réactions suscitées par le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant en médecine générale.

Du fait de notre problématique, nous avons un certain canevas de questions à respecter et une ligne directrice à suivre, et je me permettrai d'intervenir si nous nous éloignons trop du sujet.
»

MODERATEUR:

« Dans votre pratique, qu'avez-vous constaté ces dernières années? Comment les parents se comportent-ils avec leurs enfants?

Dites-moi ce que vous avez envie de me dire au sujet du surpoids ? Si on oublie les courbes, quand considérez-vous le problème? Pensez-vous que les parents le prennent au sérieux?

Quelle est votre expérience concernant le surpoids ? Racontez-moi un cas, une anecdote, quelque-chose qui vous étonne à ce sujet.

Que pensez-vous personnellement du fait, de peser / mesurer systématiquement les enfants même sans problème de poids (a priori) à chaque consultation (j'exclus évidemment des consultations dont le délai est rapproché.)? Quelle est selon vous la place du MG dans le dépistage du surpoids? Quels pourraient être les autres acteurs?

D'un premier abord, quelles difficultés / obstacles vous viennent à l'esprit pour la réalisation du dépistage et de la prise en charge de l'enfant en surpoids/ obèse au cabinet ? Quelles craintes ou hésitations avez-vous avant de l'entreprendre? Quels sont vos besoins? Quelles aberrations/paradoxes vous paraissent exister ?

Je vous propose de réfléchir ensemble autour de deux cas clinique pour améliorer la prise en charge nos patients. »

Cas clinique n°1

Cas clinique n°2

OBSERVATEUR :

« Merci d'avoir réfléchi ensemble sur ces cas

Sur quels autres tableaux selon vous devraient se jouer la prévention? Le dépistage? La prise en charge ?

Que pensez-vous de la formation et de la sensibilisation actuelle des médecins généralistes sur ce sujet ?

Avez-vous quelque-chose à rajouter ?

Que retiendrez-vous de ce focus group ?

Maintenant que vous avez donné votre temps et partagé votre expérience, vous seriez contents/ déçus si ?

Je vous remercie d'avoir participé à cette séance, vous aurez si vous le souhaitez un retour sur le travail réalisé grâce à votre collaboration. »

7.6 Cas Clinique n°1

Cas Clinique n°1 :

Vous recevez au cabinet Steve 11ans. Il pèse 56kg pour 1.55m (IMC à 23). Steeve est accompagné par ses deux parents en consultation car « il a trop de poids » (La maman de Steeve a un problème de surpoids pour lequel elle a débuté un suivi chez un nutritionniste, ses demi frères également mais sans suivi en cours).

Steeve n'a pas de problème de santé particulier, le surpoids aurait débuté à 9ans ½.

L'examen clinique ne met en évidence aucune autre anomalie que le surpoids de même que le bilan biologique.

Steve est en CM2, il pratique 1h de sport à l'école. Ses activités extrascolaires sont le karaté (1h/sem.), le ski (mercredi en hiver), il commence le tennis (2h/sem.), le temps écran (3h/jour en semaine, jusqu'à 6h-8h le week-end).

L'enquête alimentaire a mis en évidence les choses suivantes:

Pas de prise de petit déjeuner depuis 1 an, exceptionnellement le weekend

Gouter riche en matières grasses: 2 pains au chocolat ou 6 oreos.

Grignotages : chips / biscuits 2 à 3/semaine

Prise de repas parfois dans sa chambre, parfois dans le salon devant la TV avec une tachyphagie.

Que pensez-vous de la prise en charge à réaliser pour Steeve? Vous sentez-vous à l'aise? Est-ce selon vous le rôle du MG ?

Quels freins ou obstacles (à la prise en charge) mettez-vous en évidence ?

Quels seraient vos besoins au cabinet pour réaliser cette prise en charge ?

Comment organiseriez-vous le reste du suivi?

Note au modérateur / (non disponible pour les participants mais reformulation des questions si tout n'a pas été exploité)

Que pensez-vous personnellement de réaliser ce type de prise en charge à votre cabinet ?

Quelles sont les raisons qui vous empêcheraient de prendre en charge cet enfant au cabinet ?

Idéalement de quels outils/ aides auriez-vous besoin pour pouvoir la réaliser dans de bonnes conditions?

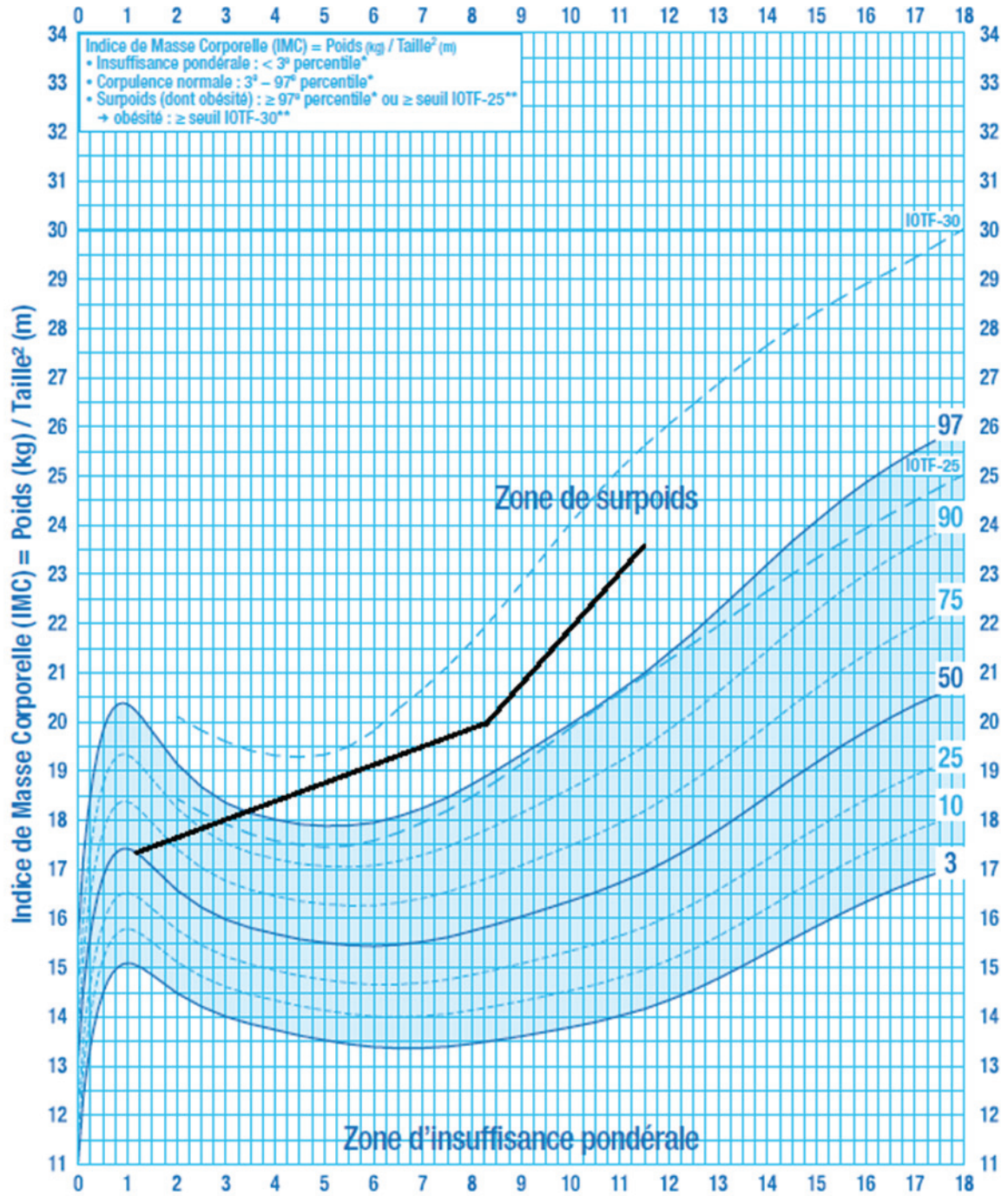
Comment auriez-vous programmé cette prise en charge ?

Un questionnaire préétabli reprenant l'activité physique, les habitudes alimentaires, les antécédents à faire remplir avant la consultation (dans la salle d'attente ou au domicile la semaine précédente) vous paraîtrait-il pertinent (en terme de recueil d'informations, gain de temps ..)?

Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans

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

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



7.7 Cas clinique n°2

Cas clinique n°2 :

Amélie 10 ans, pèse 52kg pour 141cm (IMC à 27). Elle est accompagnée par sa maman en consultation (celle-ci a elle-même des problèmes de poids). Amélie vient car « elle est un peu gênée par son ventre pour fermer ses pantalons. »

Amélie est actuellement en CM1, bonne élève, elle a plein de copines. Elle pratique 3h de sport /sem. (à l'école + natation) et joue dans le jardin après l'école. Elle moins de 2h/j devant la télé. Selon sa maman est a toujours été un peu plus ronde que ses camarades mais la prise de poids s'est accélérée depuis le décès du papa (décès survenu brutalement il y a 1.5an de la grippe avec SDRA).

La maman nous signale qu'elle fait beaucoup d'efforts pour fournir à ses enfants une alimentation équilibrée, mais que cela est difficile car très dépendant de ses finances (elle est hôtesse de caisse, et élève seule ses 3 enfants).

L'examen clinique d'Amélie ne met pas en évidence d'autre anomalie que le surpoids.

L'enquête alimentaire réalisée au domicile avant la consultation rapporte qu'Amélie ne grignote pas beaucoup, en revanche elle mange vite et en grandes quantités.

Que pensez-vous de la prise en charge à réaliser pour d'Amélie ? Vous sentez-vous à l'aise?

Que pensez-vous de la réaliser personnellement?

Quels freins ou obstacles (à la prise en charge) mettez-vous en évidence ?

Quelles raisons vous empêcheraient de réaliser cette prise en charge au cabinet?

Quels intervenants extérieurs souhaiteriez-vous faire intervenir pour vous aider dans la prise en charge ?

Quels seraient vos besoins en ville pour réaliser cette prise en charge ?

Si vous aviez adressé cette enfant en consultation spécialisée et que vous deviez organiser la suite de la prise en charge en ville :

De qu'elle manière pensez-vous devoir être impliqué en tant que médecin traitant?

Quels éléments / informations vous semblent nécessaires pour assurer la prise en charge conjointe ?

Comment peut-on selon vous améliorer la prise en charge ville –hôpital pour optimiser le suivi d'Amélie ?

Note au Modérateur (non disponible pour les participants mais reformulation des questions si tout n'a pas été exploité)

Concernant les consultations de second recours, quels seraient vos besoins (structure, contacts, outils... ..) pour les réaliser dans de bonnes conditions ?

En tant que médecin traitant vous connaissez le passé, les difficultés et les antécédents des patients que vous adressez ; vous connaissez également bien les familles; de quelle manière souhaitez / pensez-vous devoir être sollicité dans les prises en charge de second recours ?

De quelles informations avez-vous besoins ?

De quelle manière aimeriez-vous communiquer avec l'Hôpital pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

Quel réseau (ambulatoire et hospitalier) vous paraît nécessaire ?

Actuellement quels obstacles / freins / dysfonctionnement mettez-vous en évidence ?



Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans

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

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



7.8 Adresse email

Adresse email du CSO : equipe.obesite@pediatrie-chulerval-nice.fr

7.9 Premiers pas vers la réalisation du portfolio

Liste non exhaustive de documents pouvant être intégrés au portfolio

(Réalisée avec les données tirées des entretiens)

Documents pratiques pour le médecin généralistes

- Carnet d'adresses des professionnels et structures spécialisés dans les Alpes Maritimes
- Adresse email du CSO
- Certificat type d'inaptitude partielle au sport (d'après le document HAS)
- Recos 2 clics ou synthèse de recommandations (ou rappel des recommandations HAS)
- Questionnaire « évaluation de l'alimentation »
- Questionnaire « évaluation de l'activité physique »
- Liste de structures pour pratiquer une activité physique adaptée et encadrée (Sport Junior, Mairie de Nice)

Documents pour réaliser l'éducation au cabinet

- Courbe IMC matérialisée sous forme de route « trace ta route »
- Familles d'aliments
- Documents pour la matérialisation des quantités

(Outils semblables à ceux utilisés par les diététiciennes)

Documents à distribuer aux familles

- Fascicules reprenant les principales notions concernant l'alimentation et le mode de vie
- Liens web des documents INPES et le site « www.mangerbouger.fr »
- Liste d'astuces : manger équilibré à petits prix, où trouver des fruits et légumes moins chers
- Recettes de cuisine
- Activités ludiques : jeux, documents télévisés éducatifs ...

RESUME

Contexte :

Le surpoids et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent constituent un problème de santé publique majeur pour lequel la mise en place de politiques de santé a permis de stabiliser la prévalence depuis plusieurs années. Les médecins généralistes sont les premiers intervenants pour dépister et prendre en charge cette pathologie complexe. Ils sont cependant peu nombreux à s'investir et font face à des difficultés.

Notre travail a cherché à identifier les besoins des médecins généralistes pour réaliser le dépistage et la prise en charge des enfants et adolescents en surpoids ou obèses.

Méthode :

Une enquête qualitative suivant la méthodologie des focus group a été réalisée entre décembre 2014 et avril 2015 auprès de 14 médecins généralistes des Alpes Maritimes répartis en 3 groupes.

Résultats :

L'analyse des données recueillies a mis en évidence quatre besoins nécessaires pour optimiser le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité en pédiatrie. Les médecins généralistes ont besoin de motivation pour débiter une prise en charge et affronter les différentes difficultés. Ne pouvant agir seul, ils ont besoin d'un investissement de la famille du patient. Pour mener à bien la prise en charge, une certaine organisation pratique est nécessaire qui regroupe notamment, la nécessité d'avoir du temps, et certains outils facilement accessibles et exploitables. Dans les cas les plus difficiles la collaboration avec des professionnels spécialisés est intéressante mais doit être facilitée.

Perspectives :

Depuis notre travail, il a été créé une adresse mail dédiée à disposition des médecins généralistes pour communiquer avec le centre spécialisé de l'obésité. Ce document pourra être complété par différents outils au cours d'un prochain travail de recherche puis testé auprès des médecins généralistes afin de définir s'il correspond à leurs attentes.

Mots clés : surpoids, obésité, enfant, adolescent, médecin généraliste, dépistage, prise en charge, besoins.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

