

**L'obésité infantile, un problème de poids pour les
médecins généralistes : exploration des représentations
des médecins généralistes de la Possession concernant
l'obésité infantile et sa prise en charge**

Gaëlle Payet

► **To cite this version:**

Gaëlle Payet. L'obésité infantile, un problème de poids pour les médecins généralistes : exploration des représentations des médecins généralistes de la Possession concernant l'obésité infantile et sa prise en charge. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01810081

HAL Id: dumas-01810081

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01810081>

Submitted on 7 Jun 2018

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.



Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année : 2018

N° 55

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

Présentée et soutenue publiquement

Par Gaëlle Laure PAYET

Née le 11 juin 1988 à St Pierre de la Réunion

Le 2 mai 2018

L'OBESITE INFANTILE, UN PROBLEME DE POIDS POUR LES MEDECINS
GENERALISTES

Exploration des représentations des médecins généralistes de la Possession concernant
l'obésité infantile et sa prise en charge

Directrice de thèse
Dr Vanessa PALMA

Jury

Pr Bernard GAY, Professeur émérite des universités.....Président
Pr Jean-Marc FRANCO, Professeur des universités.....Juge
Dr Sébastien LERUSTE, Maître de conférences des universités.....Rapporteur
Dr Laure HOUDON, Praticien hospitalier.....Juge
Dr Vanessa PALMA, Cheffe de clinique des universités.....Directrice

Remerciements

Au Pr Bernard Gay,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au Pr Jean-Marc Franco,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Merci pour votre engagement auprès des jeunes médecins généralistes de la Réunion.

Veillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au Dr Sébastien Leruste,

Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail et participer à ce jury.

Veillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au Dr Laure Houdon,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Veillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au Dr Vanessa Palma,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour tes conseils et ta pédagogie. En espérant que notre collaboration ne s'arrêtera pas à ce travail. MERCI.

Au Dr Michel Spodenkiewicz, méthodologiste du CIC

Merci de m'avoir ouvert les portes de cette forteresse et d'avoir partager ta passion pour la méthodologie qualitative.

Aux médecins généralistes de la Possession, qui ont bien voulu me recevoir dans leur cabinet et participer à ma thèse. Sans vous, rien n'aurait été possible. MERCI.

A l'équipe de REUNIR,

Merci de m'avoir accueilli au sein de votre association et d'avoir soutenu mon projet. Bravo pour le travail que vous menez dans ce combat contre l'obésité infantile. Une équipe motivée et passionnée que j'ai intégré avec plaisir.

A l'URMLOI qui a accepté de diffuser mon projet auprès des médecins de la Possession.

A mes maîtres de stage que j'ai croisé au fil de mon internat et qui m'ont appris tant de choses sur la médecine générale. Merci de partager votre expérience, votre patience et votre temps.

A ma famille et amis :

A mes parents, merci pour m'avoir toujours donné ce dont j'avais besoin, merci d'avoir toujours été là pour moi, merci pour tout.

A toi, maman, pour ta présence, ton soutien, ton courage et ta force. Merci d'être là quand j'ai besoin de toi, merci de prendre soin de ma fille à qui tu apprends tant de choses.

A toi, papa, pour le modèle que tu représente à mes yeux, c'est parce que je « voulais faire comme mon papa » que j'ai voulu devenir docteur et me voilà ici aujourd'hui. Ta passion pour ce métier et ton humilité sont un exemple pour moi. Je suis fière d'être aujourd'hui le deuxième Dr PAYET de la famille !

A mon petit frère, mon « p'tit Lou ». Loïc, merci d'avoir été là pour moi, je me souviendrais toujours de ses dimanches soirs où tu m'accompagnais avec Papa, dans notre périple hebdomadaire à St Denis. Aujourd'hui tu suis mes traces et je suis si fière de toi, j'ai hâte de te voir devenir docteur à ton tour.

A ma sœur, Marielle, merci d'avoir été là lors de ces années passées en France, je garde des souvenirs heureux de mes premiers pas de tatie et j'admire ton courage et ta force aujourd'hui. Les sœurs « elle » ont fait un bon bout de chemin depuis !

A Francis, c'est grâce à toi que j'en suis là aujourd'hui, ta présence à mes côtés au cours des 9 dernières années a été une chance pour moi, tu n'imagines même pas à quel point ! Tant de choses qu'on a partagées et vécues...et encore tant à accomplir ensemble ! Merci d'être là et de m'avoir offert le plus beau des cadeaux.

A ma fille, Mathilde, mon bonheur, mon rayon de soleil, ma fierté. Je te dédie ce travail, j'espère que tu seras fière de moi et que tu sauras réaliser tes rêves...

A tous les membres de ma famille, qui m'ont soutenu au cours de ces années. Une pensée à ma regrettée Tatie Coco, j'aurais tant aimé que tu sois là aujourd'hui.

A mes amis, qui ont fait un bout de chemin avec moi au cours de ces quinze dernières années, de la première année de médecine jusqu'à aujourd'hui. Même si la vie nous a éloigné, vous n'en restez pas moins dans mon cœur. J'espère qu'on se retrouvera bientôt sous le soleil de notre petit caillou préféré (il paraît qu'il y a un bowling ici aussi...).

Table des matières

I- INTRODUCTION.....	8
1. Contexte et objectifs.....	8
2. Les représentations et leurs enjeux.....	8
3. Objectifs.....	9
II- MATERIEL ET METHODES.....	10
1. Type d'étude.....	10
2. Guide d'entretien.....	10
3. Echantillon et conditions d'entretien.....	10
4. Méthode d'analyse.....	11
III- RESULTATS.....	12
1. Généralités.....	12
2. Représentations et déterminants.....	14
2.1 Les déterminants à la base des représentations.....	14
2.2 Un problème de santé.....	17
2.3 Ressenti des médecins.....	18
3. Prise en charge.....	19
3.1 Abord du poids	19
3.2 Relation de soins.....	21
3.3 Rôle du médecin généraliste.....	22
3.4 Objectifs et résultats.....	24
4. Les difficultés de la prise en charge selon les médecins.....	26
4.1 En lien avec le patient et ses parents.....	26
4.2 En lien avec l'environnement.....	28
4.3 En lien avec le médecin.....	29
5. Les pistes des médecins pour mieux faire.....	30
5.1 Agir sur la prévention et la promotion de la santé.....	30
5.2 Créer un centre de soins dédié à l'obésité infantile.....	30
5.3 Insister sur le dépistage.....	30
III- DISCUSSION.....	32
1. Représentations et déterminants.....	32
1.1 Déterminants de l'obésité selon les médecins.....	32
1.2 L'obésité infantile comme problème de santé.....	32
1.3 Le ressenti des médecins.....	32
2. Prise en charge de l'obésité infantile par les médecins généralistes.....	33
2.1 Aborder le poids de l'enfant.....	33
2.2 La relation de soins.....	33
2.3 Rôle du médecin généraliste.....	34
3. Les difficultés de prise en charge évoquées par les médecins.....	35
3.1 En lien avec le patient et ses parents.....	35
3.2 En lien avec l'environnement et les grands-parents.....	36

3.3 En lien avec le médecin.....	36
4. Les pistes évoquées par les médecins.....	37
4.1 La prévention et la promotion de la santé.....	37
4.2 La création d'un centre de soins dédié aux enfants	37
5. Forces et faiblesses.....	37
5.1 Forces.....	37
5.2 Faiblesses.....	38
6. Perspectives.....	39
6.1 Réponse à la question de recherche.....	39
6.2 Les actions existantes à renforcer et à mettre en place sur le terrain.....	39
6.3 Des études pour le futur.....	40
IV- CONCLUSION.....	42
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	43
ANNEXES.....	48
SERMENT MEDICAL.....	50
RESUMES.....	51

Table d'illustration des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques générales des médecins généralistes participants.....	12
Tableau 2 : Les déterminants à la base des représentations : UMS par sous-thèmes.....	15
Tableau 3 : Un problème de santé : UMS par sous-thèmes.....	17
Tableau 4 : Ressenti des médecins : UMS par sous-thèmes	19
Tableau 5 : L'abord du poids : sous-thèmes et UMS.....	20
Tableau 6 : La relation de soins : sous-thèmes et UMS	21
Tableau 7 : Le rôle du médecin généralistes : sous-thèmes et UMS.....	23
Tableau 8 : Objectifs et résultats : sous-thèmes et UMS	25
Tableau 9 : Les difficultés en lien avec les parents et l'enfant: sous-thèmes et UMS.....	27
Tableau 10 : Les difficultés en lien avec l'environnement :sous-thèmes et UMS.....	28
Tableau 11 : Les difficultés en lien avec le médecin :sous-thèmes et UMS	29
Tableau 12 : Les pistes d'amélioration de la prise en charge évoquées par les médecins: sous-thèmes et UMS.....	31

Abréviations

ARS : Agence régionale de santé
CCAS : Centre communal d'action sociale
CGSS : Caisse générale de sécurité sociale
CIC : Centre d'investigation clinique
CSO : Consultation de suivi de l'obésité
DREES : Direction de la recherche des études des évaluations et des statistiques
HAS : Haute Autorité de santé
IREPS: Instance régionale d'éducation et promotion de la santé
MSP : Maison de santé pluri-professionnelle
PNNS : Programme national nutrition santé
PRAANS : Programme régional alimentation activité santé
REUNIR : Réseau d'éducation nutritionnelle infantile de la Réunion
RP974 : Réseau pédiatrique 974 (Ancien REPOP)
UMS : Unité minimale de sens
URMLOI : Union régionale des médecins libéraux de l'Océan Indien

I-INTRODUCTION

1. Contexte et objectifs

L'obésité infantile est un enjeu de santé publique de part ses conséquences potentielles sur la santé de l'enfant que ce soit au niveau physique, psychologique ou social (1).

L'obésité fait l'objet d'un plan de lutte national à travers le Programme national nutrition santé (PNNS), lancé en 2001 (2) et prochainement reconduit dans sa quatrième version. C'est un plan de santé publique visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur la nutrition. Au niveau régional, le dépistage et la prise en charge de l'obésité infantile font partie de l'axe V du Programme régional alimentation activité santé (PRAANS, volet 2013-16) (3). A la Réunion, l'obésité infantile est une priorité du Contrat local de santé (CLS) (4).

Au niveau national, ces stratégies de santé semblent avoir été efficaces et ont permis la stabilisation de la prévalence du surpoids (obésité incluse) au cours des dix dernières années. Selon l'étude Esteban menée en France, auprès des enfants âgés de 6 à 17 ans, elle est passée de 17,6 % en 2006 à 16,9 % en 2015, la prévalence de l'obésité étant égale à 3,3 % en 2006 et à 3,9 % en 2015 (5).

A la Réunion, les enquêtes de la Direction de la recherche des études des évaluations et des statistiques (DREES) (6) ont montré qu'en grande section de maternelle (GSM), les différences entre la France et la Réunion n'étaient pas flagrantes. En revanche, elles s'accroissaient en classe de CM2 où la prévalence de l'obésité infantile était bien plus importante à la Réunion, concernant 8,7 % des CM2 en 2005 et 8,4 % des 6^{ème} 2011. (Les études ont été faites en 2005 avec des enfants de CM2 et en 2011 des enfants de 6^{ème}).

Cette différence préoccupante était probablement en lien avec les modifications récentes des comportements alimentaires, l'influence culturelle et le contexte socio-économique défavorable. La Réunion fait ainsi partie des quatre départements français les plus touchés, avec le Nord, le Pas-de-Calais et la Seine St Denis.

Tous ces éléments montrent que les professionnels de santé doivent continuer la lutte contre le phénomène d'obésité et parmi ceux-ci, le médecin généraliste tient une place centrale. Malgré cela, plusieurs études, françaises et anglo-saxonnes ont révélées que les médecins généralistes se désintéressaient de cette problématique (7,8,9). Ils avaient, de part leur expérience, des représentations négatives de cette prise en charge (10,11). Il apparaît pourtant que les représentations des médecins influencent leur façon de prendre en charge les patients souffrants de pathologies chroniques.

2. Les représentations et leurs enjeux

D'après Barthassat (12), « Les représentations peuvent être définies comme une association d'informations, d'images, de sentiments qui nous servent à penser, communiquer avec autrui, mais surtout orientent nos comportements. Il s'agit de notre façon de percevoir le monde, d'y donner du sens, de nous représenter notre relation aux autres et à l'action ». Le médecin, à la fois individu et professionnel de santé, possède donc ses représentations qui se sont constituées par son vécu, ses expériences personnelles, sa formation, et son expérience professionnelle qui lui sont propres.

Plusieurs études ont montré que les professionnels de santé partageaient certaines représentations de l'obésité avec celles véhiculées par la société, selon laquelle l'individu obèse est une personne manquant de volonté, paresseuse et responsable de son état de santé (10,13,14).

Cette croyance selon laquelle le poids peut être entièrement contrôlé par le sujet était associée à de nombreux préjugés par rapport au poids et elle concernait également les enfants. Dans la population générale, la responsabilité parentale, associée à une alimentation déséquilibrée et une sédentarité importante étaient vues comme des causes de l'obésité chez l'enfant (15).

Concernant la prise en charge de l'obésité infantile, les représentations des médecins généralistes ou d'autres spécialités étaient majoritairement négatives avec un sentiment d'insatisfaction, d'impuissance, de manque de résultats en partie dûs à la complexité du phénomène et de ses déterminants multiples sur lesquels le médecin seul ne peut avoir un réel impact (9,10,12).

Les représentations pilotent les comportements et cette vision négative du phénomène ne contribue pas à susciter l'intérêt et l'implication du médecin. De plus, ces représentations constituent un facteur important déterminant la relation thérapeutique et l'adhésion au traitement (13).

Il a d'ailleurs été montré que les professionnels de santé participent au phénomène de stigmatisation des obèses, à travers leurs comportements, attitudes ou les mots employés. Ils ne sont pas les seuls, et dans l'obésité infantile les professeurs, les camarades de classe et surtout les parents entretiennent cette stigmatisation (13).

Il paraît donc essentiel de s'intéresser à ce domaine des représentations, d'autant qu'à la Réunion, aucune étude ne s'est encore intéressée aux représentations des médecins sur le sujet.

Dans ce contexte, il est opportun de poser la question suivante : « Quelles sont les représentations des médecins généralistes au sujet de l'obésité infantile et de sa prise en charge ? »

3. Objectifs

Dans la perspective de la création d'une Maison de santé pluri-professionnelle (MSP), basée à la Possession, et dont un des axes principaux concerne l'obésité infantile, il a été décidé de mener une étude sur les représentations des médecins généralistes à propos de l'obésité infantile et sa prise en charge. Ce travail de thèse permettrait ainsi d'impliquer davantage les médecins généralistes pour ensuite leur proposer une offre de soin locale, adaptée à leurs besoins.

L'objectif principal de ce travail était d'explorer les représentations des médecins généralistes sur l'obésité infantile et sa prise en charge.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'identifier les freins et les leviers à la prise en charge de premier recours, du point de vue du médecin
- de proposer des pistes pour améliorer la prise en charge en médecine générale.

II-MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Pour réaliser cette étude, la méthode qualitative avec des entretiens individuels semi-dirigés a été choisie, permettant aux médecins de s'exprimer librement.

2. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir d'une revue de la littérature d'articles portant sur le sujet de l'obésité infantile en médecine générale et ayant utilisé une méthodologie qualitative par entretien semi-dirigés (7,16,17,18,19,20,21).

Il a été testé dans un premier temps sur deux médecins volontaires n'appartenant pas à l'échantillon afin de tester l'intelligibilité des questions, leur pertinence, et les conditions de l'entretien. Le guide a été modifié plusieurs fois et servait de fil rouge lors des entretiens.

Il comportait les questions suivantes : (cf Annexe 1)

- Qu'est-ce que c'est pour vous l'obésité infantile ?
- Comment pensez-vous qu'un enfant devienne obèse ?
- Quel regard portez-vous sur un enfant obèse ?
- Comment abordez-vous le problème en consultation ?
- Quelle attitude avez-vous ?
- Quels sont vos résultats et qu'en pensez-vous ?
- Quel rôle pensez-vous avoir en tant que médecin généraliste ?
- Quelles sont vos principales difficultés ?
- Que pourrait-on faire pour améliorer la prise en charge ?

3. Echantillon et conditions d'entretien

La population cible de cette étude était constituée des médecins généralistes de la commune de la Possession, soit 24 médecins en exercice en septembre 2017. Le choix de cette commune a été déterminé par la directrice de thèse, qui mène un projet de création d'une MSP sur la commune, dont un des axes principaux concerne la prise en charge de l'obésité infantile. Elle a souhaité mener une étude qualitative faisant le point sur les représentations, les pratiques et éventuels besoins des praticiens de la commune.

Les médecins ont été avertis du projet de thèse par mail, par l'intermédiaire de l'Union régionale des médecins libéraux de l'Océan Indien (URMLOI). Ils ont ensuite été contactés par téléphone pour obtenir leur accord et convenir d'un rendez-vous.

Devant la difficulté de les joindre par téléphone, il a été décidé de se rendre directement sur place afin de solliciter leur participation.

Les coordonnées de chacun ont été obtenues via l'annuaire des professionnels de santé consultable sur le site web d'ameli (22). Les visites des médecins ont été effectuées par secteur géographique et une attention a été portée sur la diversité de l'échantillon en terme de genre et d'années d'exercice.

Les entretiens ont été réalisés au cabinet de chacun des médecins, pour la plupart en dehors de horaires de consultation. Il s'agissait donc d'un temps dédié à l'entretien afin que le médecin soit le plus disponible possible.

Le nombre de médecins interrogés n'a pas été déterminé par avance. Les entretiens ont été arrêtés une fois que la saturation des données a été atteinte, lorsqu'aucune nouvelle

information n'a émergé de l'analyse des données.

Le consentement libre et éclairé de chaque médecin a été recueilli à l'oral concernant leur participation à l'étude et l'enregistrement audio. Les entretiens sont restés anonymes.

Chaque entretien a été enregistré à l'aide de l'application Dictaphone sur un smartphone puis intégralement retranscrit sur Open office. Les données ont été anonymisées.

L'étude n'a pas nécessité de demande auprès du Comité de protection des personnes (CPP) et il n'y a pas eu de déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) (23).

4. Méthode d'analyse

Une analyse thématique a été réalisée car l'objectif principal était de connaître les représentations de l'obésité infantile et de sa prise en charge à travers le discours du médecin généraliste, s'inscrivant dans une démarche descriptive. Ce choix a été validé par le Dr Spodenkiewicz Michel, méthodologiste du Centre d'investigation clinique (CIC) de St Pierre.

La méthode d'analyse s'est déroulée selon différentes étapes (24,25,26,27) :

1. Plusieurs lectures de chaque entretien ont été faites afin d'appréhender leur contenu global.
2. Une étape de codification qui consistait à extraire les unités de signification ou unité minimale de sens (UMS), ou codes selon les auteurs.
3. L'étape de thématisation où chaque UMS était associée à un sous-thème puis les sous-thèmes étaient regroupés en thème. Les thèmes ont été classés.
4. Enfin l'étape de la mise en relation où les thèmes étaient comparés, mis en parallèle ou en opposition.

Aucun logiciel de codage n'a été utilisé, préférant une analyse de la table longue.

Les résultats ont fait l'objet d'une relecture avec le méthodologiste et la directrice de thèse réalisant ainsi une triangulation dans l'analyse des données.

III-RESULTATS

1. GENERALITES

Parmi les 24 médecins exerçant sur la commune, 14 médecins ont été rencontrés et 9 entretiens ont pu être réalisés sur la période de septembre 2017 à décembre 2017. Cinq médecins contactés ont refusés : trois par manque de temps, un car il n'avait pas d'enfant obèse dans sa patientèle et enfin un par manque d'intérêt sur le sujet.

Une série de 6 entretiens a d'abord été menée, puis analysée. A l'issu de cette première analyse, 3 entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de vérifier le principe de saturation des données. Les entretiens se sont donc arrêtés car aucune nouvelle donnée n'a émergé des derniers entretiens.

Les durées allaient de 11 à 27 minutes, avec une moyenne de 18 minutes. Parmi les médecins interrogés, il y avait 5 femmes et 4 hommes. Ils étaient âgés de 31 à 62 ans soit une moyenne de 46 ans.

Six médecins sur les neuf ont participé à la formation proposée par le Réseau pédiatrique 974 (RP974) portant sur la prise en charge des enfants obèses, parmi lesquels deux médecins suivent activement des enfants dans le cadre du RP974.

Tableau 1 : Caractéristiques générales des médecins généralistes participants :

Médecins	Age	Genre	Années d'exercice	Formation obésité infantile (RP974)
M1	54	H	26	NON
M2	34	F	7	NON
M3	47	H	16	NON
M4	45	H	18	OUI- suivi actif dans le cadre du RP974
M5	43	F	15	OUI- suivi actif dans le cadre du RP974
M6	52	F	25	OUI
M7	62	H	35	OUI
M8	31	F	3	OUI
M9	51	F	24	OUI

Les grandes thématiques ont été définies à partir des axes principaux abordés au cours des entretiens.

Les résultats sont restitués et présentés ici sous la forme d'un tableau regroupant les verbatim, les thèmes et les sous-thèmes.

Voici le résumé des résultats ayant émergés de l'analyse avec les thèmes, les sous-thèmes et les verbatim.

I- REPRESENTATIONS ET DETERMINANTS DE L'OBESITE INFANTILE

1. Les déterminants de l'obésité infantile à la base des représentations :
 - une alimentation déséquilibrée
 - une sédentarité marquée
 - un caractère génétique et familial probable
 - rôle et responsabilité des parents
 - un phénomène socio-culturel dans une société consumériste
 - des événements déclencheurs
2. Un problème de santé
 - une vision médicale
 - le statut de maladie
 - des complications
3. Le ressenti du médecin
 - découragement et pessimisme
 - empathie et bienveillance
 - un phénomène complexe

II- LA PRISE EN CHARGE PAR LES MEDECINS GENERALISTES

1. L'abord du problème
 - l'objectivité des mesures anthropométriques
 - une attention particulière au vocabulaire
 - le vécu de l'enfant en question
 - le vécu du médecin
2. La relation de soins
 - faciliter l'alliance thérapeutique
 - une attitude plus directive qui contraste
3. Le rôle du médecin généraliste
 - une place privilégiée
 - sensibiliser au problème et dépister
 - modification de l'hygiène de vie
 - suivi
 - orientation
4. Objectifs et résultats
 - Objectifs variés
 - Résultats hétérogènes
 - Ressenti sur les résultats

III- LES DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE SELON LES MEDECINS

1. En rapport avec le patient et ses parents
 - le manque de motivation
 - l'absence de prise de conscience
 - l'adhésion au projet et la cohésion intra-familiale
 - leurs représentations du poids et de l'alimentation
2. En lien avec l'environnement
 - les nouvelles habitudes alimentaires des réunionnais
 - l'influence des grands-parents
3. En lien avec le médecin
 - prise en charge chronophage
 - motif de consultation

- un manque de compétences

IV- LES PISTES EVOQUEES PAR LES MEDECINS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE

1. Renforcer la prévention et la promotion de la santé
2. Créer un centre de soin dédié
3. Améliorer le dépistage

2. REPRÉSENTATIONS ET DETERMINANTS

2.1 Les déterminants à la base des représentations

La première question de l'entretien avait pour but de connaître quelle était la perception de l'obésité infantile, de prime abord. Les réponses ont mis en évidence que les médecins généralistes abordaient l'obésité infantile sous l'angle de ses déterminants multiples.

- **Une alimentation déséquilibrée**

Pour la totalité des médecins, un enfant obèse était un enfant qui mangeait mal :

« un enfant gavé de chips et de coca » ou *« ils ne mangent pas très bien certainement »*

- **Une sédentarité marquée**

Pour 8 médecins, l'enfant obèse était perçu comme un enfant sédentaire manquant d'activité physique :

« Souvent on a quand même vraiment un problème de sédentarité... Ce sont des enfants qui ne font rien au sortir de l'école ! »

- **Un caractère génétique et familial**

Selon 5 médecins, l'obésité infantile était un problème d'origine familiale :

« C'est le phénomène des poupées russes, en fait, on a une espèce de représentation familiale de l'enfant obèse au sein d'une famille la plupart du temps obèse. »

Le caractère génétique était évoqué par 4 médecins :

« Il y a le facteur génétique. »

- **Le rôle et la responsabilité des parents**

Pour plusieurs médecins, les parents seraient responsables de l'obésité de leur enfant à travers un certain manque d'éducation :

« Typiquement le gamin trop gâté ou qui fait des crises pour avoir tout, tout de suite, et on lui accède tout de suite pour avoir la paix ! »

Certains médecins déploreraient une mauvaise gestion de l'alimentation :

« C'est sûr que si on met ce qu'il faut pas à la maison, l'enfant il va manger ! »

- **Un phénomène socio-culturel dans une société consumériste**

Pour les médecins interrogés, l'obésité infantile était en lien avec la culture alimentaire des réunionnais qui a été modifiée au cours des dernières décennies :

« C'est sûr que le régime créole associé à ce qu'on rajoute maintenant au niveau sodas et aux goûts sucrés, très sucrés que les gens ont ici, euh, ça doit pas aider ! »

Le caractère social était évoqué par 3 médecins :

« J'aurais tendance à le prendre pour un problème social. »

▪ **Des événements de vie déclencheurs**

Plusieurs médecins pensaient que des événements de vie qui modifiaient la dynamique familiale étaient des facteurs susceptibles d'induire une obésité :

« Il y a tous les événements de la vie : séparation, petit frère, petite sœur, en général il y a un évènement déclenchant »

Pour d'autres, l'obésité était la conséquence de conflits intra-familiaux :

« des enfants qui ne vont pas forcément très bien parce que derrière il y a des soucis avec les parents, la famille. »

Tableau 2 : Les déterminants à la base des représentations : UMS par sous-thèmes

Sous-thèmes	UMS
Une alimentation déséquilibrée	<p><i>« il est gavé de coca et de chips »</i></p> <p><i>« et ils ont, la bouteille de limonade, ils ont le croissant, ou alors c'est dès le matin, ils ont le paquet de croquettes »</i></p> <p><i>« les jeunes enfants qui marchent à peine avec les biberons rempli de coca ou de jus de fruit »</i></p> <p><i>« bonbons, gâteaux, sodas, tout, la totale ! »</i></p> <p><i>« un peu un sentiment de malbouffe, je me dis qu'il ne mangent pas très bien certainement ! »</i></p> <p><i>« goûter avec le COT, le Fanta, le Diego, le Coca tout ça, et les chips ! »</i></p> <p><i>« la malbouffe »</i></p> <p><i>« une mauvaise alimentation »</i></p> <p><i>« dès tout petit, boire des limonades, et puis prendre des chips ou des trucs comme ça, ou des bouchons gratinés dès le matin ! »</i></p> <p><i>« on va lui acheter son hamburger et on va lui donner des pâtes et des pâtes et des pâtes ! »</i></p>
Une sédentarité marquée	<p><i>« il bouge pas, il regarde la télé... »</i></p> <p><i>« manque d'activité physique »</i></p> <p><i>« souvent on a quand même vraiment un problème de sédentarité... Ce sont des enfants qui ne font rien au sortir de l'école (...) avec toutes les cochonneries électroniques qu'on a aujourd'hui ! »</i></p> <p><i>« les gens, ils marchaient à pieds beaucoup et maintenant il ne font plus ça ! »</i></p> <p><i>« Sédentarité, pas d'activité »</i></p>
Un caractère génétique et familial	<p><i>« des parents obèses aussi »</i></p> <p><i>« une enfant qui venait avec toute sa famille obèse »</i></p> <p><i>« C'est le phénomène des poupées russes, en fait, on a une espèce de représentation familiale de l'enfant obèse au sein d'une famille la plupart du temps obèse, le caractère familial »</i></p> <p><i>« souvent on retrouve quand même des familles d'obèses, où là les enfants ils sont à risque aussi »</i></p> <p><i>« et puis surtout c'est familial »</i></p> <p><i>« C'est toute la famille qui est un peu en surpoids »</i></p> <p><i>« il y a le facteur génétique »</i></p>

	« il y a la part génétique du peuplement »
Le rôle et la responsabilité des parents	<p>« elle fait bouffer à son gosse n'importe quoi »</p> <p>« typiquement le gamin trop gâté ou qui fait des crises pour avoir tout tout de suite et on lui accède tout de suite pour avoir la paix, et puis ça été comme ça depuis qu'il est bébé... »</p> <p>« on aurait envie de se rebeller, de lui dire « Vous n'avez pas le droit de le mettre dans cet état là » »</p> <p>« de la part des parents je trouve dommage qu'ils aient laisser l'obésité de l'enfant s'installer »</p> <p>« faire en sorte qu'il ait un poids « normal » (...) je pense que c'est le rôle du parent »</p> <p>« des parents plus ou moins démissionnaires, c'est pas les enfants qui font les courses ! »</p> <p>« je regarde surtout les parents ! Parce que eux (les enfants) ils ne sont pas responsables... »</p> <p>« c'est sûr que si on met ce qu'il faut pas à la maison, l'enfant il va manger ! »</p>
Un phénomène culturel dans une société consumériste	<p>« C'est sûr que le régime créole associé à ce qu'on rajoute maintenant au niveau sodas et aux goûts sucrés, très sucrés que les gens ont ici, euh, ça doit pas aider ! »</p> <p>« A la Réunion il y a eu une progression, c'est à dire une transition qui s'est faite très brutalement entre rien du tout, les gens marchaient beaucoup, ils mangeaient un seul cari par jour, et maintenant ils prennent la voiture et ils ont l'entrée, le fromage, le dessert, etc, donc ça y'avait pas avant ! »</p> <p>« Les gens rattrapent la société de consommation, par rapport à tout ce qu'il n'y avait pas avant. »</p> <p>« En fait ça ne fait pas partie des habitudes alimentaires les légumes maintenant à la Réunion ! Avant les gens en mangeaient beaucoup plus, des brèdes, citrouilles... maintenant moins ! »</p>
Un phénomène social	<p>« j'aurais tendance à le prendre pour un problème social »</p> <p>« c'est vraiment un phénomène socio-culturel à mon sens »</p> <p>« c'est aussi le milieu socio-dépendant quand même... »</p>
Des événements déclencheurs	<p>« des séparations dans l'année »</p> <p>« les rythmes de vie, le stress »</p> <p>« il y a tous les événements de la vie : séparation, petit frère, petite sœur, en général il y a un évènement déclenchant. »</p> <p>« effectivement troubles relationnels avec les parents qui peuvent décompenser sur cette chose »</p> <p>« des enfants qui ne vont pas forcément très bien parce que derrière il y a des soucis avec les parents, la famille ou autre »</p> <p>« c'est plus un mal être pour compenser un problème »</p>

2.2 Un problème de santé

▪ Une vision médicale

Pour 4 médecins, l'obésité infantile correspondait à une corpulence anormale :

« *Ca correspond pour moi à l'IMC supérieur à celui qu'on voudrait* »

Un médecin parlait de « *petit gros* ».

Un autre évoquait une « *une surcharge pondérale* ».

Deux médecins associaient d'emblée l'obésité infantile à la notion de rebond d'adiposité précoce :

« *C'est vérifier qu'il n'y ait pas de rebond d'adiposité précoce.* »

▪ Le statut de maladie

Les avis des médecins divergeaient quant au statut de maladie de l'obésité infantile :

« *Je partage pas l'avis d'une pathologie vraie.* »

« *Pour moi c'est une maladie, c'est d'ailleurs pour ça que j'insiste sur la nécessité d'un dépistage précoce.* »

▪ Des complications

Les médecins associaient l'obésité infantile à des complications somatiques et psychologiques :

« *Il est obèse, dès l'enfance, au niveau de sa santé, au niveau de son aspect physique, au niveau social il va forcément être la cible des autres enfants, il va forcément développer un manque de confiance en lui.* »

Tableau 3 : Un problème de santé : UMS par sous-thèmes

Sous thèmes	UMS
Une vision médicale	<p>« <i>Des enfants qui sont hors de la courbe clairement</i> »</p> <p>« <i>une corpulence qui est au-dessus de la limite</i> »</p> <p>« <i>Ca correspond pour moi à l'IMC supérieur à celui qu'on voudrait</i> »</p> <p>« <i>c'est le surpoids, c'est clair... le petit gros !</i> »</p> <p>« <i>une surcharge pondérale</i> »</p> <p>« <i>un rebond d'adiposité</i> »</p> <p>« <i>c'est vérifier qu'il n'y ait pas de rebond d'adiposité précoce</i> »</p>
La question du statut de maladie	<p>« <i>Je ne le considère pas comme une maladie, spontanément j'aurais tendance à le prendre pour un problème social</i> »</p> <p>« <i>Ben c'est une épidémie !</i> »</p> <p>« <i>moi qui fait de l'addictologie, je vais dire que c'est à peu près le même sentiment que j'ai quand je vois des gens qui sont obèses ou des gens qui consomment beaucoup.</i> »</p> <p>« <i>Je partage pas l'avis d'une pathologie vraie.</i> »</p> <p>« <i>c'est pas une maladie mais ça peut être la cause de maladies suivantes, de maladie consécutives à l'obésité</i> »</p> <p>« <i>Pour moi c'est une maladie, c'est d'ailleurs pour ça que j'insiste sur la nécessité d'un dépistage précoce !</i> »</p> <p>« <i>C'est une maladie !</i> »</p> <p>« <i>C'est une pathologie...</i> »</p> <p>« <i>J'essaye de ne pas le traiter comme une maladie parce que</i> »</p>

	<i>je trouve que c'est traumatisant pour les enfants qui ont déjà du mal à assumer leur poids. »</i>
Des complications	<i>« C'est une vie de problème après, à tout point de vue ! »</i> <i>« ça ampute un peu ses chances dans la vie... il démarre mal dans la vie. »</i> <i>« Il est obèse, dès l'enfance, au niveau de sa santé, au niveau de son aspect physique, au niveau social il va forcément être la cible des autres enfants, il va forcément développer un manque de confiance en lui. »</i> <i>« surtout toutes les conséquences de l'obésité qui peuvent être des moqueries à l'école par rapports aux enfants, ils sont dans une espèce d'exclusion, des enfants dépressifs... »</i> <i>« S'ils sont diabétiques à 12 ans, ils ont une espérance de vie en général, avec des comorbidités, une insuffisance rénale et le reste quoi ! »</i> <i>« Quand ils sont tout-petits c'est une mauvaise alimentation et quand ils sont un peu plus grands, quand on va sur les adolescents, qui font partie de l'obésité infantile... euh c'est plus un mal être »</i>

2.3 Ressenti des médecins

Les médecins exprimaient divers sentiments à l'égard de l'enfant obèse et de sa prise en charge :

▪ Découragement et pessimisme

Plusieurs médecins exprimaient un certain découragement et ils étaient pessimistes concernant la prise en charge de l'enfant obèse :

« Pour moi, c'est un peu une cause perdue ! »

La prise en charge semblait être d'une grande ampleur aux yeux de ces médecins :

« Il faut refaire le monde quoi ! »

▪ Tristesse et regret

D'autres sentiments négatifs tels que la tristesse ou des regrets étaient exprimés par les médecins, par rapport aux enfants obèses :

« Ils me font de la peine parce qu'ils souffrent du regard des autres et je trouve qu'à la Réunion, on n'est pas tendre ! »

▪ Empathie et bienveillance

Au contraire, quelques médecins exprimaient des sentiments plus positifs à leur égard tels que l'empathie et la bienveillance :

« Je suis plutôt dans l'accompagnement, dans le but de faire du bien au monde autour de moi ! »

▪ Un phénomène complexe

Pour 3 médecins, la prise en charge de l'obésité était complexe :

« Je me dis que c'est compliqué à gérer ce genre de situation, c'est pas que la volonté, qu'il y a d'autres choses... »

Tableau 4 : Ressenti des médecins : UMS par sous-thèmes :

Sous-thèmes	UMS
Découragement et pessimisme	<i>« Il faut refaire le monde quoi ! Mais tout seul comme ça... » « C'est pas 10 min de conversation gentille dans un cabinet médical qui vont changer quoi que ce soit à la vie ! » « c'est ça qui est désespérant » « Ca ne marche pas » « Pour moi, c'est un peu une cause perdue ! » « Ben je leur dis part en Ethiopie et puis jette ton passeport et ton pognon »</i>
Tristesse et regrets	<i>« un peu de gâchis » « Dommage ! C'est dommage, vraiment » « J'ai beaucoup de tristesse pour eux » « Ils me font de la peine parce qu'ils souffrent du regard des autres et je trouve qu'à la Réunion, on n'est pas tendre ! »</i>
Empathie et bienveillance	<i>« je n'ai pas de jugement » « je suis plutôt dans l'accompagnement, dans le but de faire du bien au monde autour de moi. » « J'ai un regard bienveillant je pense » « Je ne les mets pas dans une catégorie à part, il n'y a pas de différence avec les autres » « c'est pas parce qu'il a un problème de poids qu'il est anormal ! » « il n'y aura aucun mépris de ma part »</i>
Complexité	<i>« Je me dis que c'est compliqué à gérer ce genre de situation, que c'est pas que la volonté, qu'il y a d'autres choses... » « C'est un phénomène qui est compliqué, un phénomène qui est difficile à gérer » « C'est compliqué (...) ça fait un boulot monstre ! »</i>

3. LA PRISE EN CHARGE

3.1 L'abord du problème

▪ L'objectivité des mesures anthropométriques

Plusieurs médecins disaient aborder la question du poids à partir des mesures qu'ils réalisaient au cours de leur consultation :

« Ca passe d'abord par la mesure de la taille et puis les peser, ça en découle la corpulence, et l'IMC. »

Ils utilisaient d'ailleurs l'IMC et les courbes de corpulence du carnet de santé comme support d'annonce du diagnostic :

« Il y a les courbes et je regarde les courbes avec les parents, et je montre aussi aux enfants quand ils veulent bien regarder, c'est à partir de là. »

▪ Une attention particulière au vocabulaire

Lors de l'abord du problème de poids chez l'enfant, plusieurs médecins portaient une attention

aux mots utilisés, le mot « surpoids » était préféré à « obésité » :

« La première fois non, je ne dis jamais obèse, mais plutôt « surpoids ». »

▪ **Le vécu de l'enfant en question**

Pour quelques médecins l'abord du problème d'obésité passait par un questionnement sur le vécu de l'enfant par rapport à l'annonce :

« Ca dépend de si j'ai l'impression que c'est quelque chose qui pourra porter préjudice à l'enfant. »

▪ **Le vécu du médecin**

La plupart des médecins abordaient l'annonce du diagnostic d'obésité sans difficultés :

« Pour moi c'est normal de l'aborder et ça se passe bien. »

Un médecin disait trouver cela délicat :

« Je trouve que c'est très délicat de dire à un enfant : « Tu as vu, tu as un problème de poids, on va essayer de t'aider. » »

Tableau 5 : L'abord du poids : sous-thèmes et UMS

Sous-thèmes	UMS
L'objectivité des mesures	<i>« Je fais la courbe de poids » « Ca passe d'abord par la mesure de la taille et puis les peser, ça en découle la corpulence, et l'IMC (...) à partir de là on remplit dans le carnet de santé la courbe. » « Le fait de faire à chaque fois la mesure du poids et de la taille à chaque consultation, au cabinet, c'est facile, la courbe ça se lit, ça se voit, et je leur montre ! » « Ben c'est systématique, de toute façon toute personne qui rentre ici, c'est poids et taille (...) il y a les courbes et je regarde les courbes avec les parents, et je montre aussi aux enfants quand ils veulent bien regarder, c'est à partir de là » « Je les pèse et je les mesure, et puis je vois, je leur montre sur la courbe, dans le carnet de santé. »</i>
Une attention particulière au vocabulaire	<i>« J'évite surtout de culpabiliser l'enfant, de dire qu'il est trop gros ! » « J'évoque un problème de poids » « en parlant d'un surpoids » « Je dis que l'enfant risque d'être en surpoids plus tard. » « Je fais attention, des fois je parle de surpoids, des fois je parle d'obésité. » « Il ne faut pas stigmatiser un enfant, et puis avoir toujours des mots doux, pas des mots méchants ou blessants ou quoi que ce soit quoi ! » « la première fois non, je ne dis jamais obèse, mais plutôt surpoids. »</i>
Le vécu de l'enfant en question	<i>« ça dépend de si j'ai l'impression que c'est quelque chose qui pourra porter préjudice à l'enfant et par exemple plus tard lui poser problème dans ses relations sociales, son image, par</i>

	<i>rapport aux autres enfants de son âge ! » « c'est traumatisant pour les enfants qui ont déjà du mal à assumer leur poids. »</i>
Le vécu du médecin	<i>« C'est assez facile avec la courbe de poids, il suffit de montrer aux parents et c'est pas moi qui le dit, c'est la courbe ! » « C'est souvent moins difficile quand ça concerne les enfants et qu'il faut en parler aux parents » « Pour moi c'est normal de l'aborder et ça se passe bien. Il n'y a jamais de mauvais jugement ou d'appréhension pour l'aborder ! » « c'est facile, je leur montre tout simplement ! » « ça ne me pose pas de problème particulier ! » « ben ça se fait naturellement ! » « je n'ai pas d'appréhension particulière. » « Je trouve que c'est très délicat de dire à un enfant : « Tu as vu, tu as un problème de poids... ça fait de la peine. » »</i>

3.2 La relation de soins

▪ Créer et faciliter une alliance

Pour plusieurs médecins, la prise en charge de l'obésité infantile passait par la création d'une alliance thérapeutique en adoptant une attitude de soutien et de confiance :

« Je leur montre que je peux les aider, qu'on va faire tout pour les aider, qu'on essaye ensemble de faire un projet. »

Pour d'autres, l'alliance était facilitée par l'évitement du conflit et de la contrainte :

« J'essaie d'amener la chose gentiment (...) il faut surtout pas les braquer ! »

Et pour certains, il était important d'avoir une attitude déculpabilisante :

« J'évite surtout c'est de culpabiliser l'enfant ! »

▪ Responsabiliser

Pour quelques médecins, les enfants devaient être investis et impliqués :

« Il faut qu'il se prenne au sérieux et qu'il soit sérieux »

▪ Une attitude plus directive

Deux médecins avaient une attitude plus directe avec les enfants :

« Ben dis donc, la limonade, c'est fini hein ! Maintenant tu bois de l'eau... ben ouais, je sais que c'est bon mais quand même ! »

Tableau 6 : La relation de soins : sous-thèmes et UMS

Sous thèmes	UMS
Créer l'alliance via le soutien et la confiance	<i>« Je leur montre que je peux les aider, qu'on va faire tout pour les aider, qu'on essaye ensemble de faire un projet pour perdre du poids. »</i>

<p>en évitant le conflit et contraintes</p> <p>en déculpabilisant</p>	<p>« je les connais bien souvent les patients donc on peut leur expliquer, et ils font confiance, il n'y a pas de problème ! » « les accompagner et de créer une relation particulière... de confiance » « ce sont des patients que l'on connaît bien... ça aide beaucoup de bien les connaître ! » « essayer de les motiver ! Surtout ! » « essayer de faire des choses ensemble ! »</p> <p>« j'explique qu'on ne met pas l'enfant au régime... » « j'essaie d'amener la chose gentiment, (...) il faut surtout pas les braquer... Non, une fois que vous rentrez en conflit, c'est fini ! » « J'essaie de ne pas les bloquer sur des questions de régime pour ne pas que ça soit une punition ! » « après ça devient vraiment fliquer ! » « il faut surtout pas être agressif. »</p> <p>« j'évite surtout c'est de culpabiliser l'enfant (...) j'essaie d'expliquer. » « Et puis les déculpabiliser... Oui, ça c'est important ! » « si à chaque fois tu la descends en lui disant ma patate... forcément l'enfant est dénigré et a une mauvaise opinion de soi. »</p>
<p>Responsabiliser</p>	<p>« Il faut qu'il se prenne au sérieux et qu'il soit sérieux. » « Il faut qu'ils s'impliquent un maximum. » « Je suis parfois un peu dur, du genre : « c'est pour toi, c'est pas mon problème, ça te concerne toi ! » » « c'est pas le prof qui dit : « fais-ci fais-ça » et puis je note ta copie ! » « Faut que les enfants soient investis un peu ! »</p>
<p>Attitude directive</p>	<p>« Ben dis donc, la limonade, c'est fini hein ! Maintenant tu bois de l'eau... ben ouais, je sais que c'est bon mais quand même ! » « Dîtes donc, quand vous allez faire les courses au supermarché, faudrait peut être pas mettre de coca dans le caddie ! » « Quand il s'est rien passé, je revois l'IMC, et si ça n'a pas changé, ben je fais un petit coup de gueule ! »</p>

3.3 Le rôle du médecin généraliste

- **Une place privilégiée**

Plusieurs médecins reconnaissent avoir une place privilégiée dans le parcours de soins de l'enfant obèse :

« Je pense que c'est le premier acteur parce que ailleurs je ne pense pas qu'on y fasse gaffe... on est au premier plan. »

- **Sensibiliser au problème**

La plupart des médecins s'accordait sur la nécessité de sensibiliser les parents au problème de

poids et d'induire chez eux une prise de conscience :

« Alerter, et faire prendre conscience ! »

▪ **Dépister**

Deux médecins parlaient du rôle de dépistage du médecin généraliste :

« Central au niveau du dépistage (...) Peser, mesurer, le faire à chaque fois ! »

▪ **Modification de l'hygiène de vie**

Pour tous les médecins, ils avaient un rôle dans l'initiation de la prise en charge en donnant des informations sur les règles d'hygiène et d'activité physique à suivre :

« J'essaye d'expliquer, de dicter quelques mesures hygiéniques de base. »

▪ **Suivi**

Les médecins généralistes se disaient investis dans un rôle de suivi régulier de leurs patients obèses :

« Proposer aux parents de les revoir... pour voir comment ça évolue (...) je crois que c'est l'essentiel dans ce genre de problème, avant tout un suivi régulier. »

▪ **Orientation**

Ils orientaient les familles lors qu'ils le jugeaient nécessaire, en cas d'aggravation, de difficultés ou pour certains par manque d'implication.

« Si vraiment je vois qu'il y a une aggravation voir qu'il n'y a pas de possibilité d'évoluer, à ce moment j'oriente soit avec mon confrère, qui lui fait partie du REPOP, soit directement à l'hôpital d'enfants quand on a vraiment des choses spectaculaires ! »

Tableau 7 : Le rôle du médecin généralistes : sous-thèmes et UMS

Sous-thèmes	UMS
Une place privilégiée	<i>« C'est le premier qui est sur le terrain donc c'est le principal acteur de la prise en charge des enfants. » « il est en première ligne, c'est lui qui connaît les familles, il connaît le patient » « Ben toute façon on est au premier plan ! » « C'est le principal... Je pense que c'est le premier acteur parce que ailleurs je ne pense pas qu'on y fasse gaffe... On est au premier plan. » « On a un rôle primordial ! »</i>
Sensibiliser	<i>« Alerter, et faire prendre conscience... » « Alerter » « C'est déjà de leur dire au départ (...) qu'il y a un truc qui ne va pas (...) celui qui vient pour une amygdalite, ça ce n'est pas grave, mais être en surpoids, ça l'est ! » « déjà pour pointer le problème, parce que souvent ça n'en est pas un pour les gens ! » « pour leur montrer quand il y a un problème ! »</i>
Dépister	<i>« systématiquement il faut les peser, les mesurer et voir la cinétique de la courbe. » « central au niveau du dépistage (...) Peser, mesurer, le faire</i>

	<i>à chaque fois »</i>
Modification de l'hygiène de vie	<i>« dicter quelques mesures hygiéniques de base »</i> <i>« J'explique qu'il va falloir faire attention »</i> <i>« On essaie d'éviter au maximum la malbouffe et on enseigne les choses de bases, en disant de faire attention »</i> <i>« Essayer de faire des modifications éducatives... et de les suivre »</i> <i>« les grands principes, il mange bien, il fait du sport... »</i> <i>« je leur donne des grandes lignes, les remettre à l'activité physique, bon éviter les grignotages, d'éviter certains aliments »</i> <i>« ce qu'il faut éviter, ce qu'il faut faire, surveiller les apports et puis faire des exercices, activités physiques »</i> <i>« en pratique c'est vraiment des conseils généraux sur l'hygiène de vie. »</i>
Suivi	<i>« proposer aux parents de les revoir... pour voir comment ça évolue (...) je crois que c'est l'essentiel dans ce genre de problème, avant tout un suivi régulier »</i> <i>« Je leur dis de revenir et qu'on refera le point à la consultation suivante »</i> <i>« on se revoit pour en discuter »</i> <i>« Je leur propose de revenir et ils reviennent. »</i>
Orientation	<i>« on est là pour les guider »</i> <i>« J'hésites pas à passer la main à mon collègue, qui lui est avec le REPOP »</i> <i>« on a adressé au réseau pédiatrique »</i> <i>« si vraiment je vois qu'il y a une aggravation voir qu'il n'y a pas de possibilité d'évoluer, à ce moment j'oriente soit avec mon confrère, qui lui fait partie du REPOP, soit directement à l'hôpital d'enfant quand on a vraiment des choses spectaculaires »</i> <i>« quand je patauge, j'envoie direct au pédiatre ! Et le REPOP (...) moi je suis un fainéant donc euh, je passe la main »</i> <i>« Si eux ça fait longtemps qu'ils ont ce problème et qu'en effet ça devient de plus en plus important, je les envoie en pédiatrie (...) j'ai fait la formation et ça m'est arrivé de leur adresser des patients »</i>

3.4 Objectifs et résultats

▪ Des objectifs variés

Pour deux des médecins interrogés, l'objectif de la prise en charge était de maigrir :

« Il faut commencer à maigrir »

D'autres médecins visaient la stabilisation du poids :

« On les accompagne et on apprend à stabiliser la prise de poids »

Enfin, 2 médecins évoquaient avoir pour objectif le bien-être de l'enfant :

« L'objectif ça serait qu'il s'accepte ou qu'il fasse quelque-chose pour mieux s'accepter »

(...) se sentir mieux, pouvoir s'habiller comme les autres, pouvoir bouger, courir, c'est déjà ça ! »

▪ **Résultats hétérogènes**

Certains médecins déploraient avoir peu de résultats :

« Allez... un sur dix ! (...) à l'échelle individuelle, c'est peu de résultats ! »

D'autres estimaient avoir des résultats :

« On arrive quand même à faire, à réorienter la courbe. Voilà, ça s'améliore ! »

▪ **Ressenti du médecin sur ses résultats**

Seuls 2 médecins exprimaient une satisfaction dans leur prise en charge, les autres médecins ayant un sentiment d'insatisfaction :

« Je ne suis pas satisfait de ce que je fais. »

Tableau 8 : Objectifs et résultats : sous-thèmes et UMS

Sous-thèmes	UMS
Des objectifs variés	<p><i>« Il faut qu'il maigrisse »</i></p> <p><i>« il faut commencer à maigrir »</i></p> <p><i>« Avec la croissance, si il arrive à stabiliser son poids, ça ne posera plus de problème »</i></p> <p><i>« C'est plus une stabilisation de la courbe »</i></p> <p><i>« on apprend à stabiliser la prise de poids »</i></p> <p><i>« il faut des objectifs simples, pas des choses inatteignables, des choses qui soient faisables pour les enfants, qui soient faisables pour les parents, pour qu'il y ait un bien être à la maison »</i></p> <p><i>« Ne prenez pas, n'essayez pas de maigrir mais essayez de ne pas prendre »</i></p> <p><i>« Au début ne pas leur donner des objectifs trop énormes »</i></p> <p><i>« L'objectif ça serait qu'il s'accepte ou qu'il fasse quelque-chose pour mieux s'accepter (...) se sentir mieux, pouvoir s'habiller comme les autres, pouvoir bouger, courir, c'est déjà ça ! »</i></p>
Résultats hétérogènes	<p><i>« Allez... un sur dix ! (...) à l'échelle individuelle, c'est peu de résultats »</i></p> <p><i>« Y'en a qui ont fait des efforts, oui... mais très peu »</i></p> <p><i>« Oui on a quand même d'assez bons résultats »</i></p> <p><i>« Oui, y'a des résultats, y'a des transformations corporelles et y'a des encouragements qui sont donnés à des enfants qui ne se sentent pas très bien dans leur corps »</i></p> <p><i>« J'ai de bons résultats »</i></p> <p><i>« on arrive quand même à faire, à réorienter la courbe... voilà, ça s'améliore »</i></p> <p><i>« je ne peux pas dire que j'ai 100 % de réussite autrement, je serais trop contente ! »</i></p> <p><i>« C'est très aléatoire, y'a des bons et des mauvais résultats ! »</i></p>
Ressenti du médecin	<p><i>« Les résultats sont difficiles à obtenir, je vois plus avec une prise en charge pluridisciplinaire. »</i></p>

	<p>« Si on est focalisé là-dessus, du coup ça devient un peu une obsession et y'a pas les résultats qui suivent ! »</p> <p>« Peu efficace pour ceux que ça intéresserait vraiment ! »</p> <p>« Je ne suis pas satisfait de ce que je fais, le problème c'est qu'après ça devient une question de temps. »</p> <p>« Je suis quand même satisfait mais ça pourrait être mieux ! »</p> <p>« Je suis satisfaite. »</p> <p>« Je pense que ça peut le faire, je suis plutôt optimiste. »</p>
--	--

4. LES DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE SELON LES MEDECINS

4.1 En rapport avec le patient et ses parents

▪ Le manque de motivation

D'après plusieurs médecins, les parents et l'enfant n'étaient pas toujours motivés à se prendre en charge :

« La motivation de l'enfant lui même, parce que si lui il a pas conscience, si il n'est pas motivé, on peut faire ce qu'on veut. »

▪ L'absence de prise de conscience

Les médecins rapportaient des difficultés à faire prendre conscience aux parents le problème d'obésité de leur l'enfant :

« C'est difficile de leur faire prendre conscience qu'il faut changer (...) ils sont bien comme ça... ils sont tranquilles, il n'y a pas de problème ! »

▪ L'adhésion au projet et cohésion familiale

Une des difficultés selon les médecins interrogés concernait l'implication de la famille dans le respect des conseils que les médecins donnaient. Ils rapportaient un manque de cohésion intra-familiale.

« Oui, mais faut que tout le monde soit d'accord aussi, comment voulez vous donner, dire au gosse de ne pas boire du coca, si vous, vous en achetez, que vous buvez devant lui et que y'en a dans le frigo ! »

▪ Leur représentations du poids et de l'alimentation :

Les représentations des parents sur le poids de leur enfant, mais aussi sur l'alimentation et la santé constituaient une difficulté pour les médecins :

« Pour eux c'est normal, c'est normal, un enfant doit être gros, un enfant qui va bien doit être gros, c'est comme ça ! »

D'autres médecins évoquaient le lien entre nourrir son enfant et la pression sociale :

« c'est important pour le parent de satisfaire l'enfant par la nourriture et que si il ne fait pas comme tout le monde, à donner un bon goûter à ses enfants, ou un jus de fruit ou une autre boisson sucrée... il ne sera pas un bon parent ! »

Tableau 9 : Les difficultés en lien avec les parents et l'enfant: sous-thèmes et UMS

Sous-thèmes	UMS
Le manque de motivation	<p>« l'action par contre... derrière il ne se passe jamais rien ! »</p> <p>« ça dépend vraiment vraiment de la motivation de chacun (...) je peux pas être derrière eux tout le temps non plus. »</p> <p>« la motivation de l'enfant lui même, parce que si lui, il a pas conscience, si il n'est pas motivé, on peut faire ce qu'on veut... »</p> <p>« et puis d'un seul coup on ne sait pas pourquoi, tout le monde se relâche, et puis ça redémarre ! »</p> <p>« les motiver à faire du sport, beaucoup plus que d'autres. »</p> <p>« souvent ils baissent les bras, ils ne vont plus. »</p>
L'absence de prise de conscience	<p>« Ils en ont conscience, enfin, euh rapidement ! »</p> <p>« J'ai pu évoquer le sujet ! Et ça ne les perturbait pas... »</p> <p>« Il y a des parents qui sont complètement aveugles par rapport à tout ça ! »</p> <p>« Ils ne voient pas leur enfant grossir, il le voit grossir progressivement, ils se rendent pas compte forcément ! »</p> <p>« Les enfants... Euh, c'est toujours, pareil... eux ils sont bien eux comme ça ! C'est difficile de leur faire prendre conscience qu'il faut changer (...) Ils sont bien comme ça... Ils sont tranquilles, il n'y a pas de problème ! »</p>
L'adhésion au projet et la cohésion familiale	<p>« Oui, mais faut que tout le monde soit d'accord aussi, comment voulez vous donner, dire au gosse de ne pas boire du coca, si vous, vous en achetez, que vous buvez devant lui et que y'en a dans le frigo ! »</p> <p>« Ben c'est quand les parents ils adhèrent pas hein ! Ah c'est clair, enfin je pense que ça passe quand même par les parents »</p> <p>« Les parents d'un côté ils se sentent coupable mais d'un autre si ils les privent trop ils ont l'impression de les martyriser »</p> <p>« C'est toute la famille qui est un peu en surpoids et qu'il faut motiver à faire à manger »</p> <p>« Leur faire comprendre qu'effectivement qu'il faut qu'à la maison il n'y ait pas de choses tentantes pour l'enfant qui soient néfastes, alors ouais mais pour les autres, alors ils ne mangeront pas de gâteaux »</p> <p>« En fait un enfant qui a un problème de poids, il ne faut plus de chocolat à la maison, il ne faut plus de gâteaux à la maison... Or, le reste de la famille n'est pas prêt à se sacrifier. »</p>
Leur représentations du poids et de l'alimentation :	<p>« C'est normal qu'il soit gros ! »</p> <p>« Il faut un bel enfant, l'enfant c'est un enfant avec de belles joues hein, quand même ! Les petits bébés qui sont un peu secs, ils aiment pas trop... Ils sont pas nourris ! »</p> <p>« Pour eux c'est normal, c'est normal, un enfant doit être</p>

	<p><i>gros, un enfant qui va bien doit être gros, c'est comme ça. »</i></p> <p><i>« Pour eux c'est comme ça, c'est tout ! Ils font avec et ils ont peut-être aussi dans la notion que c'est un bel enfant, que c'est un enfant costaud et c'est tout ! Il y a ça aussi qui joue beaucoup. »</i></p> <p><i>« c'est important pour le parent de satisfaire l'enfant par la nourriture et que si il ne fait pas comme tout le monde, à donner un bon goûter à ses enfants, ou un jus de fruit ou une autre boisson sucrée... il ne sera pas un bon parent ! »</i></p> <p><i>« Il y a peut-être des gens qui pensent qu'en donnant ce que l'enfant veut manger il sera plus aimé. »</i></p> <p><i>« Y'a aussi les croyances... »</i></p>
--	--

4.2 En lien avec l'environnement

▪ Les nouvelles habitudes alimentaires des réunionnais

Le comportement alimentaire et les habitudes de consommation des réunionnais étaient pointés du doigt et constituaient une difficulté pour les médecins :

« Ils ont, la bouteille de limonade, ils ont le croissant, ou alors c'est dès le matin, ils ont le paquet de croquettes... Et c'est culturel ! On a les jeunes enfants qui marchent à peine avec les biberons rempli de coca ou de jus de fruit ! »

▪ L'influence des grands parents

Trois médecins évoquaient une influence négative des grands-parents sur le comportement alimentaire de leurs petits enfants constituant ainsi un obstacle aux efforts réalisés par les parents eux-mêmes :

« C'est l'influence des grands-parents sur la notion d'obésité (...) au sortir de l'école, c'est les grands-parents qui gardent le petit et quand vous creusez un peu, c'est juste la cata totale quoi ! »

Tableau 10 : Les difficultés en lien avec l'environnement : sous-thèmes et UMS

Sous-thèmes	UMS
Les nouvelles habitudes alimentaires des réunionnais	<p><i>« Ils débarquent souvent au cabinet, euh, ils arrivent après l'école, et ils ont, la bouteille de limonade, ils ont le croissant, ou alors c'est dès le matin, ils ont le paquet de croquettes... Et c'est culturel ! On a les jeunes enfants qui marchent à peine avec les biberons rempli de coca ou de jus de fruit »</i></p> <p><i>« Maintenant ils prennent la voiture et ils ont l'entrée, le fromage, le dessert, etc, donc ça y'avait pas avant (...) il n'y avait pas de Macdo, pas de supermarché ni hypermarché, il n'y avait pas tout ça »</i></p> <p><i>« Les gens rattrapent la société de consommation (...) goûter avec le COT, le Fanta, le Diego, le Coca... »</i></p> <p><i>« C'est sur que le régime créole associé à ce qu'on rajoute maintenant au niveau sodas et aux goûts sucrés, très sucrés que les gens ont ici, euh, ça doit pas aider ! »</i></p> <p><i>« A une époque on mettait les petits gros dans le caddie à</i></p>

	<i>Jumbo pendant qu'on fait les courses pendant qu'il grignote » « Dès tout petit, boire des limonades, et puis prendre des chips ou des trucs comme ça, euh... ou des bouchons gratinés dès le matin... »</i>
L'influence des grands-parents	<i>« C'est l'influence des grands-parents sur la notion d'obésité : au sortir de l'école, c'est les grands-parents qui gardent le petit et quand vous creusez un peu, c'est juste la cata totale quoi ! » « par contre toutes les 6 semaines il y a les vacances scolaires et les enfants ils vont chez leurs grands parents... et là c'est la catastrophe... parce que les mamies gâteaux, y'en a beaucoup et du coup, les mamies, elles ne connaissent pas ! (...) un enfant en surpoids pour elle, c'est un bel enfant, qui est bien nourri, etc. Elles ne comprennent pas du tout qu'il ne faut pas nourrir les enfants. » « les grands-parents c'est la principale difficulté ! » « Mais quand il va chez sa mamie, il fait ce qu'il veut comme il le veut ! Et souvent j'ai demandé à ce que les grands-parents viennent, mais ils ne viennent pas forcément. Ça ne sert à rien de donner des conseils aux parents si derrière ce sont les grands-parents qui gardent. »</i>

4.3 En lien avec le médecin

▪ **Prise en charge chronophage**

Sept médecins évoquaient le caractère chronophage des consultations au cours desquelles ils s'occupaient des enfants obèses :

« on a beaucoup de choses à faire en peu de temps ! C'est à dire qu'il nous faut des journées à rallonge ! »

▪ **Motif de consultation**

Pour 4 des médecins interrogés, le poids de l'enfant ne constituait pas un motif de consultation chez le médecin généraliste.

« les vrais patients qui consultent pour ça je trouve qu'il n'y en a pas. »

▪ **Un manque de compétences**

Un médecin évoquait un manque de compétences dans le domaine de l'obésité infantile :

« je ne me sens pas compétente pour les prendre en charge ! »

Tableau 11 : Les difficultés en lien avec le médecin :sous-thèmes et UMS

Sous-thèmes	UMS
Prise en charge chronophage	<i>« J'ai peur de perdre du temps ! Déjà qu'avec ceux qui sont un peu conscients du phénomène, on perd du temps avec ça ! » « Il faudrait pouvoir effectivement faire très régulièrement et avoir du temps pour le faire correctement (...) on a matériellement pas le temps de le faire ! »</i>

	<p><i>« Au niveau du nombre de consultants, je ne peux pas faire revenir les gens tous les mois, hein, ou tous les 15 jours ! C'est pas possible ! »</i></p> <p><i>« Par manque de temps »</i></p> <p><i>« Ca demande beaucoup de temps quoi ! »</i></p> <p><i>« On a beaucoup de choses à faire en peu de temps ! C'est à dire qu'il nous faut des journées à rallonge ! »</i></p>
Motif de consultation	<p><i>« Ils vont revenir 6 mois après parce que l'enfant sera enrhumé mais certainement pas parce qu'il est en surpoids ! »</i></p> <p><i>« les vrais patients qui consultent pour ça je trouve qu'il n'y en a pas ! »</i></p> <p><i>« Je n'ai jamais vu un enfant qui venait avec ses parents dans le but, que les parents me disent : « il est surpoids, il faut faire quelque chose », ça n'est jamais arrivé ! »</i></p> <p><i>« le motif de consultation, ce n'est pas ça, c'est tout autre chose ! »</i></p>
Un manque de compétences	<p><i>« Je ne me sens pas compétente pour les prendre en charge ! »</i></p>

5. LES PISTES DES MEDECINS POUR MIEUX FAIRE

5.1 Renforcer la promotion de la santé et la prévention

Pour plusieurs médecins de l'étude, améliorer la prise en charge de l'obésité infantile passait par des actions de prévention, à différentes échelles, que ce soit au niveau des médias :

« Faudrait passer des spots en créole, régulièrement avec l'humour créole évidemment »

A l'échelle scolaire :

« passer dans les écoles je pense que ça serait aidant, pour faire de l'information »

Ou encore dans les structures de soins où il faudrait faire passer des messages clés :

« L'information des parents, dès le plus jeune âge, dans les maternités ou chez le pédiatre, leur expliquer que avoir des boissons sucrées c'est pas indispensable, c'est pas nécessaire et que c'est mauvais pour la santé. »

5.2 Créer un centre de soin dédié

Deux médecins évoquaient l'idée de créer une structure de soins dédiée à l'enfant obèse :

« Faire une maison comme ils ont fait pour Oméga, à la limite une maison libre où je viens quand j'ai envie d'y aller (...) une maison pour les enfants. »

5.3 Mieux dépister

Deux médecins évoquaient la nécessité de s'investir dans le dépistage de l'obésité infantile :

« Systématiquement il faut les peser, les mesurer et voir la cinétique de la courbe. Il faut s'intéresser à ça ! »

Tableau 12 : Les pistes d'amélioration de la prise en charge évoquées par les médecins: sous-thèmes et UMS

Sous-thèmes	UMS
La nécessité d'un dépistage précoce	<p>« systématiquement il faut les peser, les mesurer et voir la cinétique de la courbe. Il faut s'intéresser à ça ! »</p> <p>« toujours au niveau du dépistage, plus on accompagnera les parents tôt, mieux c'est ! »</p>
Renforcer la prévention et la promotion de la santé	<p>« l'information des parents, dès le plus jeune âge, dans les maternités ou chez le pédiatre, leur expliquer que boire des boissons sucrées c'est pas indispensable, c'est pas nécessaire et que c'est mauvais pour la santé »</p> <p>« condamner la malbouffe, expliquer que c'est mauvais, il faut pas avoir honte et arrêter avec les lobbyings, avoir l'honnêteté de dire que ce sont des saloperies et que c'est pas interdit d'en consommer... non c'est pas un problème de culture... on n'est pas condamné à consommer ça ! »</p> <p>« arrêter les conneries, les goûters, les distributeurs de sodas, les MacDo... la consommation quoi ! Et puis surtout la tentation ! »</p> <p>« déjà rien que les boissons sucrées, si on en mettait moins de sucre, ça serait déjà énorme ! »</p> <p>« faudrait passer des spots en créole, régulièrement avec l'humour créole évidemment (...) »</p> <p>« Par exemple MacDo, plutôt que de donner des yaourts ou des trucs ne devraient mettre que des fruits dans les desserts pour les enfants ! »</p> <p>« passer dans les écoles je pense que ça serait aidant, pour faire de l'information, les enfants ils sont capables de comprendre et le faire en dehors de la maison ça peu, y'a pas l'influence des parents »</p> <p>« Le milieu scolaire »</p> <p>« l'éducation à l'école. J'ai entendu parler des goûters obligatoires à base de fruit... Mais ça ne concerne pas toutes les écoles! »</p>
L'idée d'un centre de soins dédié aux enfants	<p>« Si il y avait un centre un peu comme il y a pour Oméga, pour les adultes, un centre qui soit un peu ouvert où les gens pourraient ne serait-ce que passer et demander des renseignements ou venir pour des conseils (...) où ça soit libre d'accès et surtout pas payant, où on pourrait expliquer aux gens et leur montrer un peu comment cuisiner, et tout ça ! »</p> <p>« Faire une maison comme ils ont fait pour Oméga, à la limite une maison libre où je viens quand j'ai envie d'y aller (...) une maison pour les enfants, ouais, je ne sais pas de 10 ans ou de 5ans, jusqu'à 16-17 ans, j'y vais quand je veux, j'ai des ateliers de cuisine, j'ai des films qui m'expliquent... »</p>

III-DISCUSSION

1. Déterminants et représentations

1.1 Déterminants de l'obésité selon les médecins

Pour les médecins généralistes de la Possession, les déterminants de l'obésité infantile étaient multifactoriels. Le comportement alimentaire, la sédentarité, l'hérédité et la génétique étaient évoqués par les médecins et ils étaient largement retrouvés dans la littérature (1,28,29,30,31). La responsabilité familiale et les problématiques sociales étaient également évoquées.

Plusieurs médecins pensaient que l'obésité infantile était liée à la responsabilité des parents notamment à travers une mauvaise gestion de l'alimentation (connaissance, disponibilité...). Ils plaçaient ainsi les parents dans un rôle de coupable et partageaient la vision des médecins anglo-saxons sur la causalité de l'obésité, attribuée à un manque de contrôle et de volonté de la part du patient (14,32). Pour ces médecins, l'obésité infantile relevait en partie du rôle éducatif des parents. Il semble que le médecin ait du mal à trouver sa place, n'ayant pas de compétences dans un domaine qui relève de la guidance parentale.

Il y a peu de médecins qui évoquaient le caractère social de l'obésité alors que la Réunion présente des disparités sociales et une pauvreté importante (33). Cette absence de référence sociale pourrait expliquer l'absence de lien avec les structures d'aides sociales telle que le Centre communal d'action sociale (CCAS). Le CCAS est pourtant un partenaire privilégié dans l'aide aux familles en difficulté sociale (34).

1.2 L'obésité infantile comme problème de santé

Les médecins généralistes associaient l'obésité infantile à un problème de santé mais le statut de maladie n'était pas partagé par tous. Néanmoins, ils s'accordaient sur la notion de souffrance de l'enfant en lien avec les complications qu'engendre l'obésité (1,35). Plusieurs médecins évoquaient ainsi la stigmatisation dont les enfants pouvaient être victimes, retrouvée dans la littérature (15,36). Ils semblaient attentifs à ne pas reproduire eux-même ce phénomène. Ils décrivaient avoir une attitude dédramatisante et déculpabilisante. Des biais déclaratifs pourraient cependant exister.

1.3 Le ressenti des médecins à propos de l'obésité infantile

Il était influencé par la formation des médecins.

- Les médecins n'ayant pas réalisé la formation proposée par le réseau pédiatrique exprimaient des sentiments plutôt négatifs comme du découragement et de l'impuissance, notions retrouvées dans la méta-synthèse qualitative de Lachal et Al (9). Certains évoquaient de la tristesse et d'autres des regrets quant à la santé des enfants obèses.

Cela contraste avec les médecins ayant réalisé la formation proposée par le RP974 qui exprimaient plus de la bienveillance et de l'empathie. Il semblerait que la formation contribuerait à une vision plus positive de l'obésité, comme décrit dans l'étude de Franc et Al (37).

- On constate que les médecins non formés étaient pessimistes et associaient la prise en charge à un échec annoncé, vision négative retrouvée la littérature (8,9,19,38,39). Les médecins ayant réalisés la formation proposée par le RP974 constataient avoir des résultats sans en être toutefois pleinement satisfaits.
- Les médecins non formés par le RP974 évoquaient plus la complexité de la prise en

charge. Cette notion de complexité était retrouvée dans la littérature (16,18,40). Elle témoigne, pour les médecins de notre étude d'un besoin de soutien dans la prise en charge, les médecins se sentant dépassés.

Notre étude laisse paraître les bénéfices de la formation proposée par le Réseau pédiatrique 974. Cette formation semble donner une vision globale plus optimiste. La prise en charge de l'obésité infantile est vécue comme moins complexe probablement par l'intervention de différents acteurs tels que le psychologue, la diététicienne, les enseignants d'activité physique adaptée et la coordination par le réseau. Ces données devront être confortées par des études spécifiques.

2. Prise en charge de l'obésité infantile par les médecins généralistes

2.1 Aborder le problème du poids

Les médecins abordaient la question de l'obésité sans difficultés, s'aidant de la courbe de corpulence. Ils tenaient compte du vécu de l'enfant et portaient une attention particulière aux mots employés.

- Les médecins de notre étude utilisaient les mesures anthropométriques comme manière d'aborder le problème de poids et s'aidaient ensuite de la courbe de corpulence comme outil d'annonce diagnostique. Ils partageaient les pratiques de leurs collègues métropolitains (41,42). Ils ont une façon objective d'aborder un sujet considéré comme sensible chez les médecins anglo-saxons (16,21,43).

Les médecins de la Possession n'exprimaient pas de difficultés ni d'appréhension à parler du poids tout comme leurs homologues métropolitains (37,39,41).

- Plusieurs médecins décrivaient avoir une approche dédramatisante en évoquant un « problème de poids » plutôt que de prononcer le mot « obésité ». Les médecins français adoptaient la même attitude d'après la thèse de Lime et Pontier (41). Plusieurs études qui se sont intéressées au vécu du patient lors de l'annonce d'un problème de poids s'accordaient à dire que les patients étaient très sensibles aux mots prononcés par le médecin. Les mots « obèse » ou « gros » étaient perçus de manière négative et violente (44,45,46). L'annonce est donc une étape clé dans l'établissement du dialogue médical autour de la problématique du poids et il est important d'utiliser des mots respectant la sensibilité des patients (47).

Cependant, cette façon d'aborder le problème d'obésité sans le nommer peut finalement traduire une difficulté pour les médecins d'aborder le poids et pourrait concourir à minimiser la problématique, aussi bien du côté du médecin que de celui du patient. L'étude de Tailor (45) montre que les patients prennent le problème plus sérieusement lorsqu'on parle d'obésité plutôt que d'utiliser un euphémisme, ce qui va à l'encontre des autres références bibliographiques. Il est difficile de conclure et il serait nécessaire de s'intéresser à la manière dont les médecins annoncent le diagnostic d'obésité et les conséquences de cette annonce sur l'adhésion des parents et des enfants à la prise en charge proposée.

2.2 La relation de soins

Les attitudes des médecins différaient selon qu'ils avaient réalisés ou non la formation du RP974.

- Les non formés décrivaient une approche plus directive. Ils avaient une attitude proche du modèle paternaliste et étaient plus dans une tentative de responsabilisation de l'enfant. D'ailleurs ces médecins disaient avoir moins de résultats et étaient les plus pessimistes au sujet de la prise en charge de l'obésité infantile.

- Les médecins formés avaient une attitude traduisant une volonté de créer une alliance thérapeutique à travers une relation de confiance. L'attitude d'empathie et de soutien était relevée chez les médecins qui suivaient activement les enfants dans le cadre du RP974. Les médecins non référents expliquaient avoir une attitude d'évitement de conflit suite à des expériences passées négatives au cours desquelles le conflit s'est soldé par un échec. Une façon pour eux de faciliter l'alliance.
- Les médecins référents du réseau pédiatrique soulignaient la place centrale du médecin traitant qui connaît et suit les enfants depuis longtemps. La possibilité de voir régulièrement les enfants et leur famille facilite les échanges et entretient la motivation du patient (1). Cette place centrale du médecin généraliste traitant était un véritable levier selon les médecins référents du réseau.
Faut-il interpréter qu'une prise en charge d'un enfant, qui ne fait pas partie de sa patientèle, soit ressentie comme moins efficace par le médecin référent du réseau ? Il serait nécessaire d'étudier si des différences de prise en charge peuvent exister selon qu'elle soit réalisée ou pas par le médecin généraliste traitant de l'enfant, en étudiant par exemple le ressenti des médecins sur la relation médecin-patient-famille ou leurs résultats obtenus.

Malgré tout, ces résultats renforcent la nécessité de développer des partenariats avec le réseau pédiatrique, de développer la formation des médecins généralistes traitants par le réseau pédiatrique et de développer des formations d'éducation thérapeutique.

2.3 Le rôle du médecin généraliste

- Pour les médecins généralistes, leur rôle consistait à diagnostiquer l'obésité infantile et à faire prendre conscience du problème du poids à l'enfant et sa famille. Ils avaient ensuite un rôle dans l'initiation de la prise en charge en délivrant aux familles des conseils hygiéno-diététique de base et organisent également un suivi régulier. En cas de difficultés, de manque de compétence ou encore de motivation, ils orientaient les patients vers les pédiatres, le réseau pédiatrique 974 ou encore les services hospitaliers. Ils connaissaient donc bien ces acteurs du parcours de soins.
La thèse de Ronco F. portant sur le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité infantile (18) retrouvait globalement les mêmes missions, à la différence des médecins anglais (48), pour qui leur rôle se limitait à soulever le problème et orienter les patients.
- Les médecins de notre étude partageaient l'avis de la place importante des soins premiers dans la gestion de l'obésité infantile (49). Ils semblaient impliqués dans cette problématique, bien que de récentes études ont montré que le diagnostic n'était posé qu'une fois sur deux et seulement un patient sur trois recevait l'aide nécessaire (50). Un biais déclaratif pourrait exister.
- Il a été remarqué que les termes « dépistage » ou « rebond d'adiposité précoce » n'étaient utilisés que par les médecins référents du réseau car ils ont été particulièrement sensibilisés au dépistage. Cela laisse supposer que les autres médecins ne réalisaient pas de dépistage précoce, comme il est souvent retrouvé dans la littérature (30,40,51,52,53).
Il semble que les médecins de cette étude diagnostiquaient plus qu'ils ne dépistaient. Une enquête d'opinions portant sur les pratiques des médecins généralistes dans l'obésité infantile (38) a montré, en effet, que seuls 12 % des médecins calculaient l'IMC de l'enfant quelque soit le motif de consultation. Une étude qualitative sur le ressenti des médecins concernant le dépistage est nécessaire afin de comprendre ce peu de réalisation.

3. Les difficultés de prise en charge évoquées par les médecins

Elles étaient nombreuses et concernaient le patient et sa famille, l'environnement ou encore le médecin lui-même. Elles rendent la prise en charge peu attrayante et participent au manque de motivation du médecin.

3.1 En lien avec le patient et ses parents:

3.1.1 La prise de conscience du problème de poids et les représentations des parents :

Selon les médecins de l'étude, les parents ne percevaient pas l'état d'obésité de leur enfant. Cela a été décrit dans plusieurs études (15,54). Les parents avaient une perception différente de celle du médecin, en lien avec leur propres représentations du surpoids et de son origine, de la santé ou encore de la nourriture. Pour certains parents être « gros » relevait de la normalité car l'obésité était héréditaire et liée au métabolisme de chacun (15). Il y a donc un sentiment de fatalité, que le médecin considère comme un frein, également décrit dans la thèse de Goujeon O. portant sur les difficultés de l'initiation de la prise en charge (55).

D'autres parents partageaient cette représentation ancienne du « gros bébé » en bonne santé, commune à plusieurs cultures et qui les encourageaient à « bien nourrir » l'enfant en quantité plus qu'en qualité. Cette représentation a été très influente sur le comportement alimentaire des mères réunionnaises (29,56). Enfin, certains parents associaient le poids de l'enfant, synonyme de bonne santé, à la compétence parentale (15).

Le domaine des représentations et croyances est essentiel à explorer afin de mieux comprendre les comportements de santé adoptés par les parents pour eux-mêmes et leurs enfants. Le médecin, seul, ne peut agir sur ces représentations à l'échelle du cabinet médical. Il serait alors intéressant de mener des actions de sensibilisation des parents dans le cadre de la promotion de la santé afin d'agir sur ses représentations. L'association REUNIR, centre d'éducation thérapeutique basé sur la nutrition qui suit des enfants obèses et leur famille, située à St Pierre, réalise déjà ces actions de promotion de la santé, avec la création d'affiches (cf Annexe 2). Une diffusion des affiches de REUNIR au niveau régional et dans différents lieux (pharmacie, école, cabinet médicaux, PMI, spot publicitaire audio et télévisés) serait indispensable pour une prise de conscience générale. L'impact de cette communication devra être évalué.

3.1.2 Motivation et cohésion familiale :

- Les enfants et leur famille n'étaient pas toujours très motivés à être pris en charge d'après la plupart des médecins, comme il était décrit dans la littérature (16,20,37,42,57). La motivation des enfants selon leur âge est essentielle tout au long de la prise en charge et il est important que le médecin l'évalue et l'entretienne notamment grâce à la relation de soin qu'il aura pu mettre en place. Au delà de la motivation des enfants, celle des parents et de la famille est essentielle.
- Il existerait un manque de cohésion au sein des familles qui empêcherait le bon déroulement de la prise en charge : plusieurs médecins évoquaient l'absence d'implication de l'autre parent ou d'autres membres de la famille où, par exemple un aliment déconseillé était largement consommé par les autres. Goujeon O. parlait ainsi de discordance parentale (55).

Le médecin a donc besoin que chaque membre de la famille s'implique mais c'est une tâche difficile car on remet en question toute la dynamique familiale, l'organisation de la vie à la maison, les principes éducatifs des parents. Des ateliers de guidance parentale, proposés par la mairie ou encore d'éducation thérapeutique proposés par le RP974 et autres associations, ont donc toutes leurs places dans cette prise en charge.

3.2 En lien avec l'environnement et les grands-parents

Pour les médecins interrogés, l'environnement obésogène dans lequel évoluent les enfants était un obstacle. Leur comportement alimentaire influencé par les mauvaises habitudes de consommation et de sédentarité étaient difficiles à combattre. Il semblerait qu'à la Réunion, les grands-parents participent à créer cet environnement inadapté.

Souvent au contact des enfants, à la sortie de l'école ou lors des vacances scolaires, ils participent à l'éducation des enfants et donnent souvent accès à des mauvais aliments. Cela vient probablement du fait que les grands-parents, ayant connus des périodes de famine et de carence, particulièrement à la Réunion (29,58), éprouvent le besoin de nourrir leurs petits-enfants par peur qu'ils ne manquent.

L'influence des grands parents sur le comportement alimentaire des enfants a été étudiée principalement en Chine (où l'on note toutefois que le modèle familial de l'enfant unique diffère du modèle réunionnais). Plusieurs articles évoquaient qu'ils avaient une mauvaise perception des bonnes habitudes alimentaires et des comportements inadaptés avec les enfants. Ils encourageaient à manger sans faim ou encore utilisaient la nourriture comme moyen d'exprimer leur amour et leur attention (59,60).

Une étude européenne a montré que les enfants qui vivaient avec leurs grands-parents avaient tendance à avoir un IMC plus important (61).

Il paraît donc logique de les inclure dans la prise en charge et les inviter aux consultations ou à des ateliers pédagogiques sur lesquels nous pourrions réfléchir et mettre en place au réseau pédiatrique ou à REUNIR.

3.3 En lien avec le médecin

Le caractère chronophage et l'absence de consultation pour motif de surpoids étaient des difficultés exprimées par les médecins interrogés.

3.3.1 Des consultations longues :

La prise en charge de l'obésité infantile était considérée comme chronophage par les médecins de l'étude. Ils partageaient l'avis des médecins anglais et français (8,9,38,55). Une enquête de la DRESS a montré que la durée moyenne des consultations de médecine générale était de 16 minutes (62), cela n'est pas suffisant pour aborder la totalité des points énoncés dans les recommandations de la HAS (1). Le médecin généraliste étant payé à l'acte, on peut comprendre que ces consultations, ne sont pas rentables pour lui, d'où son désintérêt. La revalorisation de ces consultations, à l'image de la consultation de suivi de l'obésité (CS0), mise en place en novembre 2017 et d'une valeur de 55,20€, pourra peut-être les sensibiliser davantage à la problématique du surpoids et l'obésité infantile.

Les médecins référents du réseau ne font pas allusion au caractère chronophage, c'est probablement parce que leurs consultations sont programmées et qu'ils y consacrent un temps dédié. De plus ils bénéficient d'une rémunération spécifique au suivi des enfants : 100€ à l'inclusion puis 50€ à chaque consultation de suivi.

3.3.2 Le non motif de consultation :

D'après les médecins, le poids des enfants était rarement un motif de consultation à part entière. Plusieurs travaux ont en effet montré que dans la grande majorité des cas c'est le médecin qui est à l'initiative du sujet du poids (41,48). Une fois de plus, la perception du poids en tant que problème de santé influence les comportements. Une des pistes serait alors de disposer au cabinet des médecins, d'affiches de promotion de la santé, un peu à la manière des campagnes anti-tabac avec comme slogan « le surpoids, parlons-en ». Une façon d'inciter les patients à consulter à ce propos.

3.3.3 Le manque de compétences :

Dans cette étude il n'a été évoqué par qu'un seul médecin, n'ayant pas participé à la formation du RP974. Il est pourtant retrouvé dans la littérature plusieurs études qui mentionnaient le manque de compétence comme un frein pour les médecins (38,48,63).

Comment expliquer cette différence avec la littérature ?

Une hypothèse est celle du biais déclaratif, il n'est peut être pas si facile d'avouer manquer de compétence pour médecin, surtout face à un autre médecin.

Une autre hypothèse est que la saturation des données n'ait finalement pas été atteinte concernant ce point.

4. Les pistes évoquées par les médecins

4.1. La prévention et la promotion de la santé

Plusieurs médecins évoquaient la nécessité de renforcer la prévention que ce soit dans le milieu médical, scolaire ou à travers les médias. Selon eux, il faudrait faire passer des messages clés aux patients sur la façon de mieux s'alimenter et de mieux consommer en général.

Différentes actions sont pourtant déjà menées à la Réunion et en particulier à la Possession dans ces domaines de prévention et promotion de la santé. Suivant les directives du PRAANS et des contrats locaux de santé, plusieurs écoles s'impliquent pour tenter d'influencer les comportements alimentaires des enfants, à l'image de l'opération « un fruit pour la Récré », auquel la commune de La Possession participe.

Des partenaires comme REUNIR, mènent des actions de prévention et d'éducation à la nutrition auprès des élèves, personnels de cantine ou enseignants.

Il semble donc que le médecin généraliste ne soit pas suffisamment informé sur ses différents plans d'actions. Il faudrait agir à ce niveau, mieux communiquer sur les actions et tout simplement inclure les médecins généralistes dans la réalisation de ces plans de santé.

Ce n'est pas que du seul ressort du médecin généraliste que de s'investir dans la prévention et il y a une nécessité de faire connaître au médecin tous les partenaires susceptibles de l'aider.

4.2. La création d'un centre de soins dédié aux enfants

Un peu à la manière de la clinique Oméga (clinique de prise en charge de l'obésité adulte située au Port), deux médecins évoquaient l'idée de créer un centre de soins dédié à l'obésité infantile, d'accès gratuit et libre, où plusieurs outils seraient mis à disposition des familles. Il est vrai que dans l'Ouest, les médecins ne bénéficient pas d'une structure type REUNIR. Cette idée sous-entend que le parcours de soins n'est pas suffisant, alors qu'il est pourtant bien étoffé grâce aux médecins du RP974 ou encore l'hôpital d'enfants de St Denis. Deux médecins ont évoqué des difficultés d'accès aux structures pour certaines familles, par manque de moyens ou en raison des contraintes de trafic routier particulièrement difficile dans cette région de l'île. La création d'une maison de santé pluri-professionnelle à la Possession, avec un programme d'éducation thérapeutique portant sur la prise en charge de l'obésité infantile pourrait répondre en partie à leurs attentes.

5. Forces et faiblesses de l'étude

5.1 Les forces

5.1.1 Intérêts de l'étude :

- Cette étude est originale car aucune étude n'a encore été réalisée sur les représentations de l'obésité infantile à la Réunion. C'est une force compte tenu du fait que notre département est une région pilote dans le domaine de l'obésité infantile par rapport au projet de prévention de la CGSS et que c'est un des quatre départements les plus touchés.
- Elle a permis de sensibiliser les médecins à l'obésité infantile qui sont des acteurs centraux dans le parcours de soins.
- Elle s'intègre dans une démarche globale de recherche-action : l'étude constitue un support en terme de connaissance du terrain et des acteurs principaux du parcours de soin à la Possession. Elle permettra la mise en place de différentes actions et renforce l'intérêt des actions et partenaires déjà existants.

5.1.2 Méthode :

- La recherche qualitative regroupe une diversité d'approches et de méthodes qui s'intéressent à l'expérience des personnes, leurs représentations, le sens qu'elles donnent à leurs actions, leur histoire et les relations qu'elles entretiennent. Elle s'intéresse donc à des phénomènes non quantifiables ou non mesurables (24). Afin d'appréhender les représentations des médecins généralistes à propos de l'obésité infantile et de sa prise en charge, le choix de la méthode qualitative paraissait le plus adapté.
- La méthode des entretiens semi-dirigés permet une certaine liberté d'expression pour les médecins.
- Le choix de l'analyse thématique est cohérent, de nombreuses sources bibliographiques sur le même thème ont également utilisé cette méthode d'analyse.
- Concernant l'échantillon : 9 médecins sur 14 ont été interrogés (au total 24 médecins en exercice au moment du déroulement de l'étude). Cela représente un tiers des médecins, l'échantillon est petit mais a été suffisant pour atteindre la saturation des données.
L'échantillon est diversifié en terme de localisation géographique, de genre ou d'âge du médecin.
- D'après Blanchet A (64), il était conseillé d'adopter une position naïve lors des entretiens. L'enquêtrice a donc fait en sorte de ne pas influencer les enquêtés par son point de vue ou ses hypothèses sur le sujet.

5.2 Les faiblesses

5.2.1 Biais de sélection :

La sélection des médecins s'est faite nécessairement sur la base du volontariat, les médecins ayant acceptés sont donc déjà sensibilisés à la problématique. Cela est d'autant plus vrai car 4 médecins ont un DU de médecine du sport et les médecins ayant participé à la formation du RP974 sont finalement majoritaires dans l'échantillon. Cependant deux médecins ont acceptés bien qu'ils ont avoués avoir peu d'intérêt pour le sujet.

5.2.2 Biais déclaratifs :

Ce type d'enquête auquel les médecins sont peu familiarisés, peut paraître impressionnant pour le médecin interrogé, et des biais de désirabilité peuvent exister. Il se trouve face un autre médecin, plus jeune, et il pourrait se sentir jugé dans sa pratique, ou également vouloir donner une bonne impression en donnant des « bonnes réponses ». Cela peut induire une perte

d'originalité dans ses propos.

De plus les propos des enquêtés sont influencés par leur capacité de réflexion, leur esprit de synthèse, ou encore leurs mécanisme de défense (18).

Par ailleurs, la disponibilité des médecins lors des entretiens est également importante à souligner car par manque de temps, bien que les entretiens aient été programmés, certains n'ont pas développé leurs idées. Il y a donc eu une perte d'information.

5.2.3 Biais liés à l'enquêtrice :

L'enquêtrice a découvert la méthodologie qualitative lorsqu'elle a débuté son travail de thèse. Elle a tenté de se familiariser avec les concepts de cette méthode à travers différentes références bibliographiques qui ne sont pas toujours concordantes et peut déstabiliser une novice. Il est évident que cela ne permet pas d'acquérir une expérience suffisante, notamment en ce qui concerne la façon dont il faut mener les entretiens (utiliser des questions ouvertes, avoir une position d'écoute...). Lors de la retranscription il a été remarqué que certains points n'ont pas été abordés. Il était parfois difficile de faire développer les idées quand les médecins n'étaient pas « inspiré » par la question. L'inexpérience est donc une source de biais.

6. Perspectives

6.1 Réponse à la question de de recherche

Notre étude a permis d'explorer les représentations des médecins généralistes de la Possession à propos de l'obésité infantile et de sa prise en charge.

Pour les médecins généralistes, l'obésité infantile était un problème de santé multifactoriel impliquant l'alimentation, la sédentarité, l'hérédité, la génétique, l'environnement social et familial. Ils avaient une vision globale du phénomène. Parfois considérée comme une maladie, ils avaient conscience des complications et de leurs conséquences pour l'enfant.

Le ressenti des médecins était influencé par leur participation à la formation proposée par le RP974 : les non formés exprimaient des sentiments plutôt négatifs, tels que de la tristesse ou des regrets pour la santé des enfants obèses. Ils avaient une vision négative de la prise en charge synonyme d'échec annoncé et étaient d'emblée découragés par cette problématique qu'ils considéraient comme complexe. Ils avaient une attitude plus directive.

Les médecins formés avaient une vision plus positive, et exprimaient de la bienveillance à l'égard des enfants obèses. Leur attitude était plus empathique et la relation médecin-patient-famille reposait sur l' alliance thérapeutique.

6.2 Les actions existantes à renforcer et à mettre en place sur le terrain

Ce travail de thèse constitue un support pour le contrat local de santé (CLS) mis en place sur la commune de la Possession en 2016. La connaissance du terrain, à travers le point de vue des acteurs locaux, les médecins généralistes, a permis d'identifier certaines problématiques pouvant valoriser des actions déjà existantes ou aboutir à la mise en place de nouvelles actions dans le cadre du parcours de soins de l'obésité infantile à la Possession.

6.2.1 Les actions existantes à renforcer :

- La guidance parentale

Des ateliers de guidance parentale ont été mis en place à l'initiative de la mairie de la Possession, dans le cadre du CLS. Appelés Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PFSP), ils ont pour but d'acquérir et de renforcer les compétences familiales. Ils

permettent aux médecins d'orienter les familles lorsqu'une problématique éducative est sous-jacente.

- Le médiateur familial

Le CCAS de la Possession met à disposition des familles un médiateur familial. La médiation familiale est mobilisée pour les situations telles que les divorces, les séparations, les décès, les situations de conflits et les ruptures de communication au sein de la famille. Une aide précieuse pour les médecins lorsqu'ils rencontrent des difficultés à ce niveau.

Des actions de communication devraient être menées auprès des médecins généralistes afin qu'ils puissent être informés et offrir une solution aux familles en difficultés.

- La pratique et les actions du RP974

Cette thèse justifie et étaye le travail mené par le réseau pédiatrique : la formation qu'il propose semble modifier les représentations des médecins sur l'obésité infantile. En effet, la prise en charge est perçue de manière plus positive, les attitudes sont plus empathiques et bienveillantes, les résultats sont plus positifs et la vision globale est moins complexe. Il faudrait poursuivre ce travail afin de sensibiliser et recruter des médecins référents.

Les médecins ayant une attitude paternaliste, sont plus pessimistes dans la prise en charge de l'obésité infantile. Développer l'éducation thérapeutique permettrait de modifier l'attitude paternaliste des médecins et engendrer plus d'empathie et de bienveillance, bénéfique pour le patient et le médecin lui-même (65).

6.2.2 Les actions nouvelles à mettre en place :

- Création d'ateliers avec les grands-parents :

Devant leur influence sur le comportement alimentaire des enfants, il paraît logique de les inclure dans les prises en charge. Des ateliers grands-parents/enfants pourraient ainsi voir le jour au sein des différentes structures. L'enquêtrice, étant médecin coordonnateur de l'association REUNIR, mènera une réflexion à ce propos, en concertation avec l'ensemble de l'équipe et des autres acteurs du parcours de soins.

- Mettre à disposition des médecins et des écoles des « kits de promotion de la santé » :

Plusieurs affiches promotionnelles pourraient être fournies au médecin, issues d'un travail mené avec les différents acteurs : RP 974, IREPS, REUNIR, afin de partager les documents existants avec une multiplicité des supports (papiers, spot publicitaires audio ou vidéo, réseaux sociaux). L'impact de la communication par ces affiches devra être évalué.

- Mieux informer les médecins sur les plans de santé :

Les médecins ne semblaient pas informés des différentes actions de promotion de la santé.

Un peu à la manière du projet « Mission retrouve ton cap », les délégués médicaux de la caisse générale de la sécurité sociale pourraient aller à la rencontre des médecins généralistes afin de les informer des différents plans locaux et régionaux sur la nutrition et la santé (PNNS version 4, PRAANS...).

Le projet « Mission retrouve ton cap » est un projet de prévention de l'obésité infantile dont le but est de prendre en charge des enfants de 3 à 8 ans en risque avéré d'obésité. On leur propose un accès à des consultations avec une diététicienne et/ou une psychologue, prises en charge à 100 % par la sécurité sociale. Les médecins généralistes doivent identifier et adresser les enfants au réseau pédiatrique, à REUNIR ou à la MSP des Tamariniers de l'Etang-salé-les-hauts. Ce projet a été lancé en janvier 2018 pour prendre fin en décembre 2019. Il sera d'ailleurs intéressant de se pencher sur les résultats obtenus.

6.3. Des études à réaliser pour le futur

- Les médecins étaient attentifs aux mots employés lors de l'abord du poids. Il serait

opportun de s'intéresser à l'annonce du diagnostic d'obésité et les conséquences de cette annonce sur l'adhésion à la prise en charge de la famille et l'enfant.

- Les représentations des médecins formés semblaient plus positives. Il serait intéressant de réaliser une étude dédiée à l'impact de la formation théorique proposée par le RP974 sur la prise en charge de l'obésité infantile et les résultats obtenus.
- La relation privilégiée des médecins généralistes traitants est un levier selon les médecins référents. On pourrait étudier s'il existe des différences de prise en charge selon qu'elle soit réalisée par le médecin généraliste traitant référent du réseau ou par un médecin référent qui ne soit pas le médecin généraliste traitant de l'enfant et de la famille (en terme de relation, de résultats...).
- Evaluer l'apport de la MSP dans le parcours de soins de l'obésité infantile à la Possession.
- Mesurer l'impact de la CSO : mise en place depuis novembre 2017 auprès des médecins généralistes conventionnés en secteur 1, la cotation de suivi de l'obésité infantile doit valoriser un acte considéré comme complexe. Il serait donc particulièrement intéressant d'évaluer son impact sur les pratiques des médecins généralistes : est-elle connue ? Utilisée ? Motive-t-elle plus le médecin à prendre en charge un enfant obèse ?

IV- CONCLUSION

La méthode qualitative, à travers la réalisation d'entretiens semi-dirigés, a permis d'explorer les représentations des médecins généralistes à propos de l'obésité infantile et de sa prise en charge. Il a été constaté que ces représentations n'étaient pas aussi négatives que l'on aurait pu le penser et qu'elles étaient influencées par la participation des médecins à la formation du RP974.

Les difficultés rencontrées et exprimées par les médecins étaient nombreuses. Le manque de motivation et cohésion familiale ou encore le défaut de prise de conscience du problème de poids en lien avec les représentations des parents étaient des freins majeurs.

Les médecins évoquaient comme pistes d'amélioration le dépistage, la prévention et la promotion de la santé ou encore la création d'un centre de soins dédié aux enfants obèses. Ces résultats légitiment la création d'une MSP orientée vers l'obésité infantile et renforce l'idée de partenariat à créer ou à valoriser avec les acteurs médico-socio-associatif ainsi qu'avec les réseaux de santé.

Ce type d'étude constitue un impératif en soins premiers car elle place les acteurs locaux au centre d'une démarche qui permet d'identifier des enjeux issus du terrain. Des actions pratiques ont ainsi pu être dégagées. Des études de ce type seraient nécessaires en amont de la réalisation de contrats locaux de santé.

Conflits d'intérêts :

- Aucun financement n'a été reçu pour la réalisation de cette étude.
- Je porte un intérêt particulier dans la problématique de l'obésité infantile en tant que médecin coordonnateur de l'association REUNIR depuis octobre 2017.
- Le Dr Palma Vanessa, directrice de thèse est médecin référente du réseau pédiatrique, en voie de création d'une MSP à la Possession dédiée à la prise en charge de l'obésité infantile et en charge de la création d'une formation initiale en éducation thérapeutique pour les étudiants des filières santé.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de santé (HAS), Recommandations de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011. [cité 10 mai 2017]. p. 1-218. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_-_argumentaire.pdf
2. Programme national nutrition santé 2011-2015. Paris: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011. [cité 10 mai 2017]1. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
3. Programme alimentation activités nutrition santé (PRAANS) Volet Réunion 2013-2016. ARS OI; 2012 .[cité 10 mai 2017]. Disponible sur : https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/PRS_PRAANS_def_modifie.pdf
4. La Ville de La Possession signe son Contrat local de santé pour mieux coordonner la politique de santé [Internet]. [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.ocean-indien.ars.sante.fr/la-ville-de-la-possession-signe-son-contrat-local-de-sante-pour-mieux-coordonner-la-politique-de>
5. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(13):234-41.
6. Plateforme d'information des Etudes en Santé. La corpulence des enfants en classe de 6ème et des enfants en grande section de maternelle à la Réunion en 2011-2012.
7. Soum R. Approche des représentations de l'obésité en médecine générale: une étude qualitative à Paris [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
8. Brable P. Etude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Aube: La représentation de l'enfant obèse, méthodes de dépistage et de prise en charge en cabinet libéral [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.
9. Lachal J, Orri M, Sibeoni J, Moro MR, Revah-Levy A. Méta-synthèse qualitative de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. Mai 2015;63(3):183-91.
10. Carof S. Les représentations sociales du corps « gros » : un enjeu conflictuel entre soignants et soignés. Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé [Internet]. 9 févr 2017 [cité 11 mars 2017]; Disponible sur: <https://anthropologiesante.revues.org/2396>
11. Avignon A, Attalin V. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité. Cahiers de Nutrition et de Diététique. avr 2013;48(2):98-103.
12. Barthassat V, Lager G, Golay A. Représentations, comportements et obésité. Revue médicale suisse. 2008;(151):848-853.
13. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. Obesity (Silver Spring). mai 2009;17(5):941-64.

14. Cornet P. Corps obèse et société. Regards croisés entre médecins et patients [Thèse de doctorat]. [2015 France] : Université Paris-Est; 2015
15. Pelicand J, Doumont D. Quelles sont les représentations de l'alimentation et de l'obésité chez les parents et les enfants? Implication et influence dans les stratégies éducatives. UCL-RESO Unité d'Education pour la Santé, (Réf.: 05-36). Série de dossiers techniques, Ecole de santé Publique–Centre «Recherche en systèmes de santé; 2005.
16. Walker O, Strong M, Atchinson R, Saunders J, Abbott J. A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. *BMC Fam Pract.* 3 sept 2007;8:50.
17. Lehr-Drylewicz A. , Renoux C, Savan L. ,Lebeau J ,La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ,*Exercer* 2010;94:132-7.
18. Ronco F, Lefetz A. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile: étude qualitative menée auprès de 10 médecins généralistes exerçant en Picardie.[Thèse de d'exercice]. Amiens, France : Université de Picardie; 2015.
19. Villeroy-Reville M, Vergé F. 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. Nice, France : Université de Nice Sophia Antipolis; 2015.
20. Turner KM, Shield JP, Salisbury C. Practitioners' views on managing childhood obesity in primary care: a qualitative study. *British Journal of General Practice.* 1 nov 2009;59(568):856-62.
21. King LA, Loss JH, Wilkenfeld RL, Pagnini DL, Booth ML, Booth SL. Australian GPs' perceptions about child and adolescent overweight and obesity the Weight of Opinion study. *Br J Gen Pract.* 2007;57(535):124–129.
22. Assurance maladie. Annuaire santé. [Internet]. [cité 2 septembre 2017]. Disponible sur: http://annuaire.sante.ameli.fr/professionnels-de-sante/recherche-1/liste-resultats-page-5-par_page-20-tri-distance_asc-bed29c6a41482ad4f513bc36401ad237.html
23. Rat C, Tudrej B, Kinouani S, et Al. Encadrement réglementaire des recherches en médecine générale. *Exercer* 2017;135:327-34.
24. Joelle Kivits, Frederic Balard, Cecile Fournier, Myriam Winance. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin. 2016.
25. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11 - L'analyse thématique. *U.* 9 mars 2016;231-314.
26. Intissar S, Rabeb C. Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière.* sept 2015;1(3):161-8.
27. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;84(19):142–5.

28. Balcou-Debussche, Maryvette. Manger et se soigner, entre manque et excès. La Réunion, une société en mutation. Paris: Economica : Anthropos; 2010.
29. Pourchez L. Comportements alimentaires, petite enfance et grande distribution. Journal des anthropologues Association française des anthropologues. 1 déc 2006; (106-107):145-67.
30. Garandau P. L'OBÉSITÉ INFANTILE Que fait-on pour la prévenir et la prendre en charge ? EXPRESSIONS. : 49.
31. Alliot X, Fianu A, Papoz L, Favier F. Trends and sociocultural factors for childhood overweight in La Reunion Island. Diabetes & Metabolism. nov 2007;33(5):347-53.
32. Ogden J, Bandara I, Cohen H, Farmer D, Hardie J, Minas H, et al. General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it? Patient education and counseling. 2001;44(3):227-233.
33. Programme National Nutrition Santé 2011-2015, Plan Obésité 2010-2013 à destination des populations d'Outre-mer. Paris : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_PO_DOM.pdf
34. L'aide sociale (CCAS) [Internet]. Ville de la possession. 2018 [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.lapossession.re/vivre-a-la-possession/environnement-solidarite/laide-sociale-ccas.html>
35. Swallen KC. Overweight, Obesity, and Health-Related Quality of Life Among Adolescents : The National Longitudinal Study of Adolescent Health. PEDIATRICS. 1 févr 2005;115(2):340-7.
36. Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. Psychological Bulletin. 2007;133(4):557-80.
37. Franc C, Van Gerwen M, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. French pediatricians' knowledge, attitudes, beliefs towards and practices in the management of weight problems in children. Health Policy. Juill 2009;91(2):195-203.
38. Ducos G, Bastet M, Pétregne F. Le médecin généraliste et l'obésité de l'enfant. Une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes aquitains. Médecine. 2010;6(3):131-134.
39. Thibault H, Desbrest-Bastet M, Ducos G, Saubusse E, Maurice-Tison S. Pratiques et attentes des médecins. Une enquête du réseau RÉPPOP Aquitaine. Concours med 2007; 129 (33- 34): 1181-4.
40. Larsen LM, Ledderer L, Jarbøl DE. Management of Overweight during Childhood: A Focus Group Study on Health Professionals' Experiences in General Practice. International Journal of Family Medicine. 2015;2015:1-6.
41. Pontier L, Lime F, Zorzi F. Annonce du diagnostic d'obésité infantile: regards croisés médecins patients.[Thèse d'exercice]. Lyon, France; 2017.
42. Lambou F. La prise en charge et le dépistage de l'obésité infantile: pratiques et

attentes des médecins généralistes des landes en 2013 [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2013.

43. Findholt NE, Davis MM, Michael YL. Perceived Barriers, Resources, and Training Needs of Rural Primary Care Providers Relevant to the Management of Childhood Obesity: Perceived Barriers to Treating Childhood Obesity. *The Journal of Rural Health*. août 2013;29(s1):s17-24.
44. Lebaron A. Ressenti et vécu des parents à l'annonce d'un surpoids chez leur enfant [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2014.
45. Tailor A, Ogden J. Avoiding the term 'obesity': An experimental study of the impact of doctors' language on patients' beliefs. *Patient Education and Counseling*. août 2009;76(2):260-4.
46. Wadden TA, Didie E. What's in a name? Patients' preferred terms for describing obesity. *Obesity*. 2003;11(9):1140–1146.
47. Guérin R, Lasserre É, Moreau A, Guïoux A, Le Goaziou M-F, Laville M, et al. Surpoids de l'adulte jeune: le poids des mots, le choc des représentations. *Exercer* 2008;84:135-41.
48. O'Donnell JE, Foskett-Tharby R, Gill PS. General practice views of managing childhood obesity in primary care: a qualitative analysis. *JRSM Open*. juin 2017;8(6):205427041769396.
49. Mazur A, Matusik P, Revert K, Nyankovskyy S, Socha P, Binkowska-Bury M, et al. Childhood Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of European Pediatric Care Providers. *PEDIATRICS*. 1 juill 2013;132(1):e100-8.
50. Vallée J-P, Gallois P, Le Noc Y. Obésité de l'enfant: un petit peu mieux en 2014 ... *Médecine*. 2014;10(10):454–458.
51. Benoteau A-C, Le Vaillant P. Repérer l'enfant à risque d'obésité en médecine générale La formation fait bouger les pratiques. *Médecine*. 2009;5(9):415–419.
52. Gilliers S. L'obésité de l'enfant est-elle « affaire de généraliste » ? *Médecine*. 2009;5(9):420-421.
53. Duplomb I. Prévention et dépistage de l'obésité de l'enfant: enquête de pratiques auprès de 50 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2009.
54. Doolen J, Alpert PT, Miller SK. Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: A metasynthesis of the current research. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. mars 2009;21(3):160-6.
55. Goujeon O. Les freins au dépistage et à l'initiation de la prise en charge de l'obésité infantile: enquête auprès des médecins généralistes de Maine-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2016.
56. Stojcic I, Hubert-Baré A., La représentation du corps à l'île de la Réunion [Mémoire de

maîtrise Anthropologie].[France]:Université de Bordeaux II ; 1993.

57. Story MT, Neumark-Stzainer DR, Sherwood NE, Holt K, Sofka D, Trowbridge FL, et al. Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. *Pediatrics*. juill 2002;110(1 Pt 2):210-4.
58. Alliot X, Fianu A, Favier F. Évolution des disponibilités alimentaires à la réunion Depuis 1975. *Cah Nutr Diététique*. Sept 2006;41(4):203- 9.
59. Jingxiong J, Rosenqvist U, Huishan W, Greiner T, Guangli L, Sarkadi A. Influence of grandparents on eating behaviors of young children in Chinese three-generation families. *Appetite*. Mai 2007;48(3):377-83.
60. Li B, Adab P, Cheng KK. The role of grandparents in childhood obesity in China - evidence from a mixed methods study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* [Internet]. déc 2015 [cité 31 janv 2018];12(1). Disponible sur: <http://www.ijbnpa.org/content/12/1/91>
61. Formisano A, Hunsberger M, Bammann K, Vanaelst B, Molnar D, Moreno LA, et al. Family structure and childhood obesity: results of the IDEFICS Project. *Public Health Nutrition*. oct 2014;17(10):2307-15.
62. Breuil-Genier P, Gofette C. La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes et résultats*. Avril 2006; 481:1-8 .
63. Cailliez É, Fanello S, Gérard S, Pietri M. Obésité infantile et médecine générale. *Soins Pédiatrie/Puériculture*. juill 2012;33(267):41-5.
64. Alain Blanchet, Anne Gotman. *L'enquête et ses méthodes, l'entretien*. Armand Colin. 2010. (2^{ème} édition refondue).
65. Lagger G, Haenni Chevalley C, Lasserre Moutet A, et al. L'éducation thérapeutique du patient : une tension entre alliance thérapeutique et techniques pédagogiques. *Médecine des maladies Métaboliques* 2017;11:72-6.

Annexe 1 : Guide d'entretien

RECUEIL DES CARACTÉRISTIQUES DU MEDECIN :

- Age
- Sexe
- Années d'exercice
- Formations type DU- formation obésité RP974
- Appartenance à un réseau de soin

1- PERCEPTION DE L'OBESITE INFANTILE :

- Qu'est-ce que c'est pour vous l'obésité infantile ? Pensez-vous que c'est une maladie ?

2- LES DETERMINANTS DE L'OBESITE INFANTILE :

- Comment pensez-vous qu'un enfant devienne obèse en général et particulièrement à la Réunion ?

3- VOTRE REGARD SUR UN ENFANT OBESE :

- Quel regard portez-vous sur un enfant obèse ?

4- VOTRE PRISE EN CHARGE :

- Comment abordez-vous le problème ? Quels sont vos mots ?
- Comment vivez-vous d'aborder le problème de poids d'un enfant ?
- Quelle attitude avez-vous avec l'enfant et les parents ?
- Quels sont vos objectifs ? Quels recours utilisez-vous ?
- Quels sont vos résultats et qu'en pensez-vous ?
- Finalement, quel rôle pensez-vous avoir dans le problème de l'obésité infantile ?

5- VOS PRINCIPALES DIFFICULTES :

- Quelles sont les principales difficultés auxquelles vous avez été confrontées dans votre pratique ?

6- AMELIORER LA PRISE EN CHARGE :

- Que pourrait-on faire pour améliorer la prise en charge selon vous ?

Annexe 2 : Affiche promotionnelle réalisée par Réunir (2011)



Mi aïm a ou,
Mi donne a ou
moins de
bonbons et plus
de bïsous.

Association REUNIR : Réseau d'Éducation Nutritionnelle Infantile de la Réunion
9, Allée des Aubépines Terre-Sainte— 97410 Saint-Pierre
☎ 0262 35 08 35 — Fax : 0262 35 08 36 - ✉ agreunirsud@wanadoo.fr
Site internet : www.agreunirsud.fr

Serment Médical

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

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

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

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

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

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

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

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

Résumés

RESUME EN FRANCAIS :

L'obésité infantile : un problème de poids pour les médecins généralistes.

Introduction : le contrat local de santé de la Possession demande une prise en charge prioritaire de l'obésité infantile. Une maison de santé pluri-professionnelle centrée sur la prise en charge de l'obésité est prévue en 2018 à la Possession.

L'objectif de ce travail était d'explorer les représentations des médecins à propos de l'obésité infantile, d'identifier les freins et les leviers rencontrés par les médecins généralistes.

Méthode : une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 9 médecins a été menée. Les résultats ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Résultats : les médecins reconnaissaient la multi-factorialité du phénomène et ses complications. Des sentiments négatifs, d'échec annoncé et de complexité étaient exprimés par des médecins non formés par le réseau pédiatrique. La plupart des médecins souhaitaient créer une alliance, basée sur une relation de confiance. Ils considéraient avoir un rôle de diagnostic, de suivi et d'orientation. Les représentations des parents, le manque de motivation et de cohésion familiale, l'influence des grands-parents et le caractère chronophage des consultations étaient les principales difficultés rencontrées.

Discussion : Chaque frein énoncé par les médecins peut être levé par l'intermédiaire d'actions menées ou à entreprendre par les différents partenaires du parcours de soins (CCAS, REUNIR, RP974). Cela nécessite de mieux communiquer et de coordonner les partenariats au centre duquel se trouve le médecin généraliste.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS CLES : obésité pédiatrique- médecine générale- représentations- recherche qualitative- Réunion- réseau coordonné

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R.: U.F.R des sciences médicales - Université Bordeaux II - Victor Segalen - 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux cedex France

RESUME EN ANGLAIS :

Childhood obesity : a weight for the general practitioners.

Introduction : La Possession's Local contract of health asks for a priority care of childhood obesity. A Multi-professional community health center based on obesity management is planned in 2018 in la Possession. The aim of the study was to explore general practitioner's representations about childhood obesity and to identify brakes and levers met by the GPs.

Method : A qualitative study using semi-structured interviews with 9 GPs was made. The results were the object of a thematic analysis.

Results : Doctors acknowledged the multifactorial nature of the phenomenon and his complications. Negative feelings including announced failure and complex nature were expressed by doctors who were not trained by the pediatric care network. Most of the GPs wished to create a therapeutic alliance based on trust relationship. They regarded their role as to diagnose, to follow up and to refer the child and their family. Parent's representations, lack of motivation and family unity, the influence of the grandparents, the very time-consuming character of the consultation were the main difficulties according to the GPs.

Discussion : Each difficulty can be raised by measures carried out or actions to be taken by every partner in the care course (CCAS, REUNIR, RP974). It requires a better communication and the coordination of each partners with the general practitioner at its core.

KEYWORDS : childhood obesity- general practice- representations- qualitative research- Reunion Island- health network- community health center