



HAL
open science

Surpoids infantile en médecine générale; étude qualitative auprès de 10 médecins généralistes du 83

Camille Puddu

► **To cite this version:**

Camille Puddu. Surpoids infantile en médecine générale; étude qualitative auprès de 10 médecins généralistes du 83. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01875611

HAL Id: dumas-01875611

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01875611v1>

Submitted on 17 Sep 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.

**Surpoids infantile en médecine générale ; étude qualitative auprès de
10 médecins généralistes du 83.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 10 Octobre 2017

Par Madame Camille PUDDU

Née le 1er février 1988 à Agen (47)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LAUNAY Franck

Président

Monsieur le Professeur MERROT Thierry

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) FABRE Alexandre

Assesseur

Madame le Docteur METZLER Hélène

Directeur

**Surpoids infantile en médecine générale ; étude qualitative auprès de
10 médecins généralistes du 83.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 10 Octobre 2017

Par Madame Camille PUDDU

Née le 1er février 1988 à Agen (47)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LAUNAY Franck

Président

Monsieur le Professeur MERROT Thierry

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) FABRE Alexandre

Assesseur

Madame le Docteur METZLER Hélène

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
MM POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-
Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikael	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**CARDIOLOGIE 5102**

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
 MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

 EBBO Mikael (MCU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

 BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

 JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	PHYSIOLOGIE 4402
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements :

A ma présidente de jury Madame le Professeur Rachel Reynaud,
Service de pédiatrie multidisciplinaire, Timone,

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse,
Veuillez trouver l'expression de mon profond respect et de ma considération

A Monsieur le Professeur Gérard Michel,
Service de pédiatrie et hématologie pédiatrique, Timone

Merci de me faire l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury,
Veuillez trouver l'expression de mon profond respect et de ma considération,

A Monsieur le Professeur Franck Launay,
Service de chirurgie orthopédique et pédiatrique, Timone

Merci de me faire l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury,
Veuillez trouver l'expression de mon profond respect et de ma considération,

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Hélène Metzler,

Merci d'avoir accepté de faire partie de cette aventure, de m'avoir aidé et corrigé,
Merci de m'avoir soutenue durant ces mois difficiles,
Merci de m'avoir accueillie dans ton cabinet et de m'avoir fait confiance,
J'espère à très vite avec ta petite famille sur mon île

A ma petite famille,

A mes parents Annie et Christian, qui ont toujours été présents et n'ont jamais doutés de moi,

A vous pour qui j'ai une profonde admiration, un respect et un amour infini,

A ma sœur Coralie, mon double, ma moitié, qui a traversé la moitié du globe pour moi, une histoire se termine enfin, bientôt une nouvelle aventure ensemble, j'ai tellement hâte,

A mon frère Anthony, qui a toujours su resté présent malgré la distance, peu importe ta nouvelle destination je viendrai te voir,

A ma mémère qui aurait été tellement fière, et mon pépère,

Au reste de ma famille que je n'oublie pas, mon parrain Lucien, je te remercie pour ton soutien depuis le début, d'être toujours le même avec un peu de folie,

A mes grands-parents, merci d'être là,

A ma Julie, mon âme sœur, merci pour toutes ces années, toi qui est là depuis toujours, merci d'être toi, on se retrouvera vite peu importe où,

A ma deuxième famille normande les Frigout, qui est dans mon cœur,

A ma Morgane, merci d'être ce que tu es et d'avoir toujours cru en moi, je t'attends à ma prochaine destination

Aux Sagory qui m'ont toujours accueilli avec tant d'amour,

A mes amis de médecine, qui m'ont permis d'être ce que je suis devenue, Stéphan, Nesty, Capu, Tibo, Julie...les caennais,

A tous les médecins qui m'ont permis de faire cette thèse et m'ont accordé de leur temps,

A tous les chefs qui m'ont accueilli dans leur service, en corse Mme Amoros, dans les alpes Christelle, les gynéco réunionnais Cyril, Vincent, les urgentistes de Hyères, Stéphanie, Cécilia, Sophie, Marie-Agnès, le CHU Anne, Brice,

A tous mes co-internes, Marc an, Oli, Camille, Lionel, Stefan, les urgences,

A mes externes qui m'ont fait apprécier le CHU et en particulier à Jean-Edouard,

A toutes les infirmières que j'ai rencontrées durant ces années et qui m'ont tant appris, Nadège, Mumu, les corses, les urgences...

Aux sages-femmes réunionnaises, Franceline, Marie-Pierre, pour avoir essayé de m'apprendre le créole,

A toi Marie-Laure, la première à m'avoir ouvert son cabinet,

Table des matières

1. INTRODUCTION	2
1.1. Que connaît-on sur le sujet	2
1.1.1. Les enfants en France	3
1.1.2. L'obésité adulte en France et dans le Monde.....	4
1.1.3. Connaissances élémentaires.....	5
1.2. Les répercussions sur l'avenir	7
1.3. Objectif principal	8
2. MATERIELS ET METHODES	9
2.1. Introduction	9
2.2. Type d'étude	10
2.3. Justification de l'étude	10
2.4. Population étudiée	11
2.4.1. Critère d'inclusion	11
2.4.2. Critère d'exclusion	11
2.4.3. Nombre de sujet nécessaire	11
2.4.4. Mode de recrutement.....	11
2.5. Le guide d'entretien	12
2.6. Réalisation des entretiens	12
2.7. Analyse des entretiens	13
3. RESULTATS	14
3.1. Présentation de la population	14
3.2. Présentation des résultats	16
3.2.1. L'approche de l'enfant en consultation de médecine générale	16
3.2.2. L'enfant en surpoids, premier abord	21
3.2.3. Prise en charge.....	23
3.2.4. L'information et la formation face à un enfant en surpoids	30
3.2.5. Le ressenti du médecin généraliste face au surpoids infantile	32
3.2.6. Quelles sont les solutions proposées	38
3.2.7. Place du médecin, coordinateur ?	42
4. DISCUSSION	45
4.1. A propos de la méthode qualitative	45
4.1.1. Avantage de la méthode qualitative.....	45
4.1.2. Limites de la méthode qualitative	46
4.2. L'Indice de Masse Corporelle, IMC	47
4.3. Le médecin généraliste, acteur de la prise en charge	48
4.4. Principes généraux de la prise en charge	51
4.4.1. Prise en charge alimentaire	51
4.4.2. Prise en charge sur l'activité physique.....	52
4.4.3. Prise en charge psychologique.....	54
4.4.4. Prise en charge médicale et chirurgicale.....	55
4.4.5. Limites du médecin généraliste	56
4.5. Recommandation HAS et campagnes de l'Etat	58
4.6. Pistes de réflexion	59
5. CONCLUSION	60
Bibliographie	61
Annexes	64
Abréviations	73

1. INTRODUCTION

1.1. Que connaît-on sur le sujet

L'un des plus grands défis d'un point de vue de santé publique de nos jours, est bien la prise en charge de l'obésité infantile. Il constitue une réelle problématique à l'échelle nationale et mondiale, et affecte de nombreux pays qu'ils soient à revenu faible ou intermédiaire et plus particulièrement au niveau rural.(1) L'obésité adulte est en forte croissance et d'ici 2030 selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) les personnes en surpoids devraient atteindre 3,3 milliards : le fait de prendre en charge le surpoids et l'obésité infantile permettrait de casser cette inflation. (2)

« La prévalence a augmenté à un rythme plus qu'alarmant. En effet on compte en 2010 dans le monde plus de 42 millions d'enfants en surpoids. Parmi eux près de 35 millions de ces enfants vivent dans des pays en voie de développement. »

Malheureusement ces jeunes enfants qu'ils soient obèses ou en surpoids risquent de le rester à l'âge adulte et sont plus susceptibles de développer de lourdes maladies chroniques tel que le diabète ou des maladies cardiovasculaires à un âge jeune. (1) (3)

Or on sait que l'attitude la plus efficace pour éviter cette situation est la prévention primaire : le médecin se doit de reconnaître ces enfants à risque. (4)

Voici une liste, non exhaustive, des facteurs qui peuvent être associés au risque de surpoids et d'obésité commune de l'enfant et de l'adolescent (5) :

- Surpoids et obésité parentaux notamment de la mère au début de la grossesse.
- Grossesse : prise de poids excessive, tabagisme maternel, diabète maternel quel que soit son type.
- Excès ou défaut de croissance fœtale (macrosomie / hypotrophie).

- Gain pondéral accéléré dans les deux premières années de vie d'autant plus important que la période de gain pondéral accéléré est longue.
- Difficultés socio-économiques des parents et cadre de vie défavorable.
- Manque d'activité physique et sédentarité.
- Manque de sommeil.
- Attitudes inadaptées de l'entourage par rapport à l'alimentation (restrictives ou au contraire trop permissives).
- Facteurs psychopathologiques : dépression chez les filles, hyperphagie boulimique.
- Négligences ou abus physiques ou sexuels dans l'enfance ou l'adolescence.
- Handicap (moteur ou mental).

Enfin l'allaitement maternel semble avoir un effet protecteur de faible importance.

1.1.1. Les enfants en France

Selon les chiffres des dernières recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) de septembre 2011, on constate qu'en France la proportion d'enfants se situant entre 5 et 12 ans en surpoids, c'est-à-dire supérieure au 97^e percentile sur les courbes de référence, a progressé de 6%, à la fin des années 1970, à 13%, en 1996. (5)

Depuis les années 2000 les observations montrent une stabilisation de ces chiffres chez l'enfant. (5)

En 2006, la prévalence estimée du surpoids incluant l'obésité était, selon les références IOTF (International Obesity TaskForce), de 18 % chez les enfants de 3 à 17ans, dont 3,5% présentaient une obésité. (3) (5)

En comparaison, selon l'enquête « Individuelle et Nationale sur les Consommations Alimentaire (INCA) », en 1998-99, 11,6% des enfants étaient en surpoids et 3,5% obèses. (5)

De plus, on constate que la proportion d'enfants en surpoids ou obèses est supérieure dans les populations défavorisées en France. (4) (5)

Pour finir, le surpoids en quelques chiffres selon le site de l'assurance maladie, chez les

enfants en grande section de maternelle en 2013, soit âgés de 5 à 6 ans (6):

- 9,7 % des filles et 7,3 % des garçons étaient en surpoids, mais n'étaient pas obèses ;
- 3,8 % des filles et 3,1 % des garçons étaient atteints d'obésité.

La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20% à 50 % avant la puberté, à 50% à 70 % après la puberté. (5)

1.1.2. L'obésité adulte en France et dans le Monde

Il est important de noter que l'obésité ne touche pas que les enfants. Il est donc important de connaître les chiffres chez l'adulte autant en France, que dans le monde.

Aujourd'hui en France, on a des millions d'adultes obèses et tout autant d'enfants en surpoids et obèses. Si on touche la population infantile cela se répercutera sur le nombre d'obèses adultes et donc sur le coût de la santé. En effet chaque année, « *5,6 milliards d'euros sont déboursés par l'Etat pour le traitement des patients, soit 4% des dépenses de santé, en 1992, les études officielles chiffreraient ces coûts à 2%* ». (7)

Selon une enquête épidémiologique ObEpi-Roche, en 2009, 6,5 millions de personnes sont considérées comme obèses (soit 14,5% de la population adulte) alors que la proportion est de 8,5% en 1997. (2) (8)

En 2012, selon l'OMS, l'obésité concerne 15% des adultes en France.

Cette augmentation du nombre d'obèses en France est constatée dans toutes les tranches d'âge, de manière toutefois plus importante chez les femmes (15,1%) que chez les hommes (13,9%). (2)

En 2014 selon l'OMS, le surpoids concerne plus de 1,9 milliard de personnes de 18 ans et plus dans le monde et parmi eux 600 millions sont obèses. Quant aux enfants de moins de 5 ans, le surpoids et l'obésité en touche 41 millions.(9)

Il semblerait que d'ici 2030, le nombre de personnes en surpoids devrait atteindre 3,3 milliards. (2)

Fait encore plus important, « *le surpoids et l'obésité représentent le cinquième facteur de risque de décès au niveau mondial et fait au minimum 2,8 millions de victimes chaque année* ». (2)

Enfin, en 2016, une étude publiée dans le prestigieux journal *The Lancet* qui s'est appuyée sur pas moins de 10 millions de personnes, avait montré « *qu'une obésité modérée conduisait à une réduction de trois ans de l'espérance de vie... soit la moitié de l'écart existant entre un ouvrier et un cadre* ». (10)

Ces chiffres plutôt alarmants sont à prendre comme une sonnette d'alarme.

1.1.3. Connaissances élémentaires

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'OMS comme une « *accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé* ». (5) (11)

Selon les études épidémiologiques de l'HAS, le fait d'être obèse durant l'enfance ou à l'adolescence augmente de manière importante le risque de morbidité et d'obésité à l'âge adulte.

Toujours selon l'HAS, il est recommandé de dépister tôt et de proposer une prise en charge adaptée aux enfants présentant un surpoids, pour éviter l'apparition d'une obésité à l'âge adulte et ces complications métaboliques.

La surveillance systématique de l'IMC (Indice de Masse Corporel) chez tous les enfants et adolescents quels que soient leur âge, leur corpulence apparente et le motif de la consultation, doit être un automatisme chez tous les praticiens. Plus particulièrement chez les enfants présentant des facteurs de risque précoces de surpoids et d'obésité ou chez les enfants de familles en situation de vulnérabilité. (5)

Celui-ci reflète de la corpulence est couramment utilisé pour estimer l'adiposité

$$\text{IMC} = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m}^2\text{)} \text{ (1)}$$

Chez l'enfant l'IMC s'interprète à l'aide des courbes de corpulence en fonction de l'âge et du sexe (5):

- 1 Courbe de corpulence de PNNS (Programme National Nutrition Santé) 2010 adapté à la pratique clinique chez les filles de 0 à 18 ans (Annexe 1, figure 1)
- 2 Courbe de corpulence de PNNS 2010 adapté à la pratique clinique chez les garçons de 0 à 18 ans (Annexe 1, figure 2)
- 3 Courbe de terme et seuils recommandé pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans selon les courbes de corpulences de PNNS (INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), (Annexe 1, figure 3)

Comme précisé ci-dessus les seuils recommandés en pratique clinique pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans sont ceux des courbes de corpulence du PNNS 2010. Ces seuils sont issus à la fois des références françaises et des références de l'IOTF. (5) (12)

La fréquence conseillée pour effectuer les mesures est la suivante (5):

- de la naissance à 2 ans : au minimum 3 fois par an ;
- après l'âge de 2 ans : au minimum 2 fois par an.

En plus du calcul de l'IMC, il est souhaitable de (5):

- peser et mesurer l'enfant ;
- tracer les 3 courbes : courbe de corpulence (= courbe d'IMC) ; courbe de taille ; courbe de poids.

Il convient également d'être vigilant à la courbe d'IMC et aux signes d'alerte suivants (5):

- a) Ascension continue de la courbe depuis la naissance
- b) Rebond d'adiposité précoce
- c) Changement rapide de couloir vers le haut

En effet ces signes sont associés à un risque plus élevé de développer un surpoids et une obésité.

Le rebond d'adiposité (Annexe 1, figure 4), est un indice intéressant. En effet «*au cours de la croissance, la corpulence varie de manière physiologique. En moyenne, elle augmente la 1ere année de la vie puis diminue jusqu'à l'âge de 6 ans et croit à nouveau jusqu'à la fin de la croissance.*

La remontée de la courbe de l'IMC observée en moyenne à l'âge de 6 ans est appelée rebond d'adiposité.

L'âge au rebond d'adiposité est corrélé à l'adiposité à l'âge adulte : plus il est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé. » (11)

Enfin l'excès de graisse abdominale est corrélé à un risque cardio-vasculaire et métabolique augmenté.

Il faudrait mesurer le tour de taille (périmètre abdominal) et le rapporter à la taille pour évaluer la répartition de la masse grasse.

=> Le tour de taille est mesuré sur un enfant debout, à mi-distance entre la dernière cote et la crête iliaque ou au niveau du périmètre abdominal le plus petit.

=> Si le rapport tour de taille / taille est supérieur à 0,5, l'enfant présente un excès de graisse abdominale.(5) (13)

1.2. Les répercussions sur l'avenir

On peut citer plusieurs conséquences sur le long terme, d'une mauvaise prise en charge des enfants en surpoids ou obèses.

- L'augmentation du nombre de maladies telles que le diabète, l'HTA (Hypertension Artérielle), les maladies cardio-vasculaires, les apnées du sommeil, les problèmes articulaires, l'ostéonécrose de la tête du fémur (14) (4).
- La « superobésité », pointé du doigt par le Docteur Gianpolo De Filippo, endocrinologue pédiatre à l'hôpital Bicêtre (APHP, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris). Qui est défini par un IMC de 50 à l'âge adulte. (15)
Il s'agit d'adolescents qui ont un poids qui dépasse souvent les 120 kg (par comparaison, le poids normal moyen d'un garçon de 16 ans se situe aux alentours de 60 kg).

- L'augmentation du nombre d'adultes obèses (4)

Que vont donc devenir ces enfants ?

Toujours selon le Dr Gianpolo De Filippo, « *jusqu'à une époque récente, la plupart des maladies connues pour être liées à l'obésité étaient considérées comme étant l'apanage de l'âge adulte. Or, non seulement on peut retrouver dès le plus jeune âge une hypertension artérielle, mais aussi une stéatose hépatique, des apnées du sommeil, voire une prédisposition au diabète. Ces adolescents vont cumuler les effets d'un surpoids majeur à ceux d'une durée très longue d'exposition* ». (15)

« *En effet progressivement désocialisés et auto-condamnés à un isolement qui peut atteindre des formes sévères, ces jeunes gens ne forment plus aucun projet d'avenir et n'imaginent pas pouvoir se sortir un jour de leur état.* » (15)

« *Sur la question de l'obésité et de ses mécanismes, les incertitudes sont également nombreuses et si les scientifiques admettent que les causes sont multifactorielles, ils ont bien du mal à déterminer leurs poids respectifs.* » (15)

Enfin selon le Dr Jean-Louis Bresson, « *l'avènement contemporain d'une alimentation constituée de produits transformés par l'industrie agro-alimentaire, l'urbanisation des villes n'encourageant que peu l'activité physique quotidienne, l'interaction entre alimentation et qualité du microbiote intestinal, la part sans doute faible mais bien réelle de la génétique qui pourrait ne s'exprimer que dans un contexte où la nourriture est disponible en quantité suffisante, ou encore l'importance lors de la diversification alimentaire d'une exposition de l'enfant à une grande variété d'aliments, etc.* » (10) (4)

1.3. Objectif principal

Aux vues de ces données épidémiologiques, l'objectif principal de mon étude est d'explorer les comportements des médecins généralistes face à un enfant en surpoids, de comprendre leur fonctionnement, avec leurs forces et leurs faiblesses dans leur environnement. Et tenter d'identifier des pistes d'amélioration.

La méthode utilisée permet de construire des hypothèses, qui se dégagent au fil de celle-ci, comme expliquée ci-après.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Introduction

J'ai choisi ce sujet de thèse car lors de mon stage chez le praticien j'ai été confrontée à cette situation.

En effet au cours d'une consultation, un enfant est venu me voir avec son père pour une pharyngite.

Mais lors de mon examen clinique j'ai remarqué ses rondeurs abdominales, je l'ai donc pesé et mesuré et après avoir calculé l'IMC, j'ai pu élaborer le 2^{ème} diagnostic, le principal à mon sens : cet enfant devant moi, de 10 ans à peine, était en surpoids.

J'ai donc essayé de faire avec le peu de temps qu'il me restait une petite analyse de la situation avec lui et son père.

Il s'avère que l'enfant faisait du sport à l'école et en club, jouait beaucoup à la console et regardait souvent la télévision.

D'un point de vue alimentaire, on retrouvait de mauvaises habitudes ainsi que de trop grandes quantités ingérées.

Sur le versant psychologique, il m'a dit mal vivre son surpoids face au regard des autres copains à l'école.

Je lui ai conseillé de consulter une diététicienne, en espérant les voir revenir, ce qui n'a pas été le cas.

Après cette consultation je me suis interrogée sur ma façon de faire, sur ce que j'aurais dû faire : quelle est la meilleure manière de faire, quels conseils j'aurais dû donner en plus, qu'aurais-je pu faire de mieux ? Comment faire passer le message sans bloquer l'enfant ?

Et puis je me suis dit, comment font les autres ? Sommes-nous tous égaux face à cette prise en charge ?

2.2. Type d'étude

J'ai extrait une thématique principale de recherche, qui est la suivante : le surpoids infantile et la médecine générale.

Le meilleur type d'étude pour répondre à mes interrogations est une étude qualitative. En effet elle est particulièrement adaptée pour ce type de données subjectives difficiles à mesurer. (16)

Pour ce faire j'ai réalisé des entretiens individuels semi structurés. (17) (16)

Ma question de recherche est centrée sur un département en particulier et une tranche d'âge précise : quelle est l'attitude des médecins généralistes du département du Var (83) face au surpoids infantile de 6 à 12 ans ?

Enfin mon objectif principal est d'explorer les comportements des médecins au cabinet, dans le Var face à un enfant en surpoids de 6 à 12 ans.

2.3. Justification de l'étude

L'obésité globale augmente en France avec toutes les conséquences que cela engendre. Il faut faire comprendre à la population, le plus tôt possible qu'il y a des manières de vivre plus saines. Que les familles doivent ajuster leur mode de vie, que l'alimentation mais aussi les activités physiques sont des facteurs importants dans un mode de vie équilibré.

Enfin, point important, elle n'augmente pas seulement en France mais partout dans le monde.

2.4. Population étudiée

2.4.1. Critère d'inclusion

Étaient inclus tous les médecins généralistes, en cabinet, dans le département du Var (83), que cela soit cabinet individuel ou de groupe. Étaient privilégiés les médecins installés mais les remplaçants étaient également acceptés.

2.4.2. Critère d'exclusion

Étaient exclus les médecins exerçant hors du département.

2.4.3. Nombre de sujet nécessaire

Mon nombre de sujet nécessaire a été jusqu'à saturation des données. Ce qui a été le cas au bout de 10 entretiens au total. (18)

2.4.4. Mode de recrutement

J'ai appelé plus d'une cinquantaine de médecins, dans le 83, autour de chez moi.

Les principales causes de refus étaient pour la plupart l'absence de temps à me consacrer, l'absence d'intérêt de répondre à une étude ou encore l'absence d'enfant en surpoids dans leur patientèle.

D'abord par un appel téléphonique, je prenais contact et commençais la discussion, puis s'ils étaient d'accord pour aller plus loin, nous convenions d'un rendez-vous pour un entretien d'environ 20 minutes en accord avec les docteurs.

Ces entretiens se déroulaient le plus souvent au cabinet, entre 12h et 14h ou après les consultations le soir.

2.5. Le guide d'entretien

Une première ébauche de mon guide a été faite, mais après avis du Dr Maeva Jégo-Sablier mes questions étaient bien trop fermées. J'ai donc refait mon guide d'entretien, plus accès sur des questions ouvertes. (Annexe 2).(17)

Après mon premier entretien j'ai remarqué que je n'avais pas besoin de poser toutes les questions car pour beaucoup les sujets étaient abordés spontanément par les médecins. De plus, la gestion du temps a été une réelle difficulté dans mon travail de recherche puisque les médecins étaient d'accord pour des entretiens de 15/20 minutes mais rarement plus. J'ai donc dû restreindre mon questionnaire. (Annexe 3).(16)

L'entretien débuté par 6 questions d'information générale sur les médecins.

Le guide final était constitué de 5 grands thèmes :

- 1_ L'approche de l'enfant en consultation
- 2_ Le généraliste dans sa prise en charge avec ses rôles et ses limites
- 3_ Information et formation face au surpoids
- 4_ Ressenti du médecin face au surpoids de l'enfant
- 5_ Solutions : modifications des comportements

2.6. Réalisation des entretiens

Les entretiens étaient individuels et avaient lieu principalement au cabinet. A l'aide de mon guide je posais mes questions au médecin puis souvent la discussion se faisait naturellement autour du sujet.

L'interview était réalisée par moi-même après avoir convenu d'une date avec les médecins par téléphone.

J'ai enregistré tous mes entretiens à l'aide de mon téléphone en plus de mes notes écrites. (19)

2.7. Analyse des entretiens

Après enregistrement, il a fallu retranscrire manuellement tous les entretiens un à un grâce à un logiciel de traitement de texte type Word.

Les entretiens étant anonymes, ils sont notés de la manière suivante : « entretien 1, entretien 2... ». Les médecins, eux, sont identifiés de façon aléatoire par rapport aux entretiens par les lettres de l'alphabet « Médecin A, Médecin B... ».

Après plusieurs relectures par moi-même, j'ai pris chaque grand thème un à un à la suite les uns des autres et j'ai ressorti les idées principales que j'ai regroupé en codes.

Ces codes ont ensuite permis de sortir des sous thèmes regroupés en paragraphes.

Ceux-ci étant classés par ordres de pertinence. (16) (19)

Une relecture finale a été faite avec l'aide de ma directrice de thèse.

3. RESULTATS

3.1. Présentation de la population

Profils des médecins interviewés :

	Sexe	Age (En année)	Ville du Cabinet	Cabinet de groupe ou individuel	Date d'installation	Pourcentage d'enfant en consultation (%)
Médecin A	Homme	53	Rocbaron	Individuel	Juin 2013	33
Médecin B	Femme	44	Méounes	Groupe	Octobre 2003	35
Médecin C	Femme	54	Rocbaron	Individuel	1992	15/20
Médecin D	Femme	32	Cuers	Groupe	Septembre 2016	40
Médecin E	Femme	40	Méounes	Groupe	2011	20
Médecin F	Femme	38	Néoules	Groupe	Septembre 2008	20
Médecin G	Femme	29	Toulon	Individuel	Janvier 2017	10
Médecin H	Femme	28	Toulon	Groupe	2017	20
Médecin I	Homme	65	Carnoules	Individuel	1981	15
Médecin J	Homme	56	Solliès Toucas	Individuel	1991	25

Sur ces 10 entretiens, il y a donc 30 % d'hommes et 70 % de femmes.

L'âge moyen se situe autour de 43 ans, avec pour maximum 65 ans et minimum 28 ans.

Tous sont situés dans le département du Var, principalement dans le sud varois.

La moitié des médecins travaillent dans un cabinet individuel et l'autre moitié dans un cabinet de groupe.

Leur année d'installation va du plus ancien 1981 au plus récent 2017, soit entre moins d'un an et 36 ans d'ancienneté.

Ils ont en moyenne 23,5 % d'enfants en consultation.

3.2. Présentation des résultats

3.2.1. L'approche de l'enfant en consultation de médecine générale

Tout d'abord, les médecins ont rapidement précisé que très peu d'enfants viennent consulter leur médecin généraliste pour un problème de surpoids.

Entretien 3 « 80 % des gosses que je vois dans le cadre d'un certificat d'école ou de sport, à ce moment-là systématiquement je les pèse et je les mesure »

Entretien 8 « Les parents viennent en consult. pour l'enfant mais pour autre chose, ils me disent « oh ça fait longtemps qu'on l'a pas pesé » »

Entretien 9 « Bon après les enfants ça va encore chez le pédiatre »

➤ Utilité de l'IMC :

Il permet le diagnostic de surpoids ou d'obésité

Entretien 1 « Euh, autant on voit très vite que l'enfant il n'a aucun problème de surpoids [...] Mais après dès qu'il y a un surpoids, pour savoir si on rentre dans la zone rouge ou pas, il faut de la métrologie quoi » ; « Il faut savoir où on en est, c'est comme quand on calcule une posologie, on fait du mg/kg, et voilà chez l'enfant, au bout d'un moment il faut bien avoir une frontière » ; « Il faut bien s'appuyer sur un guide un peu précis »

Entretien 5 « On arrive à voir si on est vraiment hors norme ou pas par rapport déjà au poids qu'on a et à la taille qu'on a, c'est un très bon outil »

Entretien 7 « Pour détecter une anomalie au niveau du surpoids justement »

Entretien 2 « Pour avoir une idée du degré en fait euh... de surpoids ou d'obésité »

Entretien 9 « Calculer l'IMC alors bin je crois que ça fait partie de la surveillance en générale »

Il permet le diagnostic de maigreur :

Entretien 5 « Là on parle surtout de l'obésité mais va ça aussi bien pour l'obésité que pour [...] le poids qui est bas ou la taille qui est inférieure [à] la normale »

Entretien 6 « Autant sur les prises de poids normales, que les cassures de courbes, dépisté des anomalies éventuelles et voilà »

Entretien 7 « Aussi les anorexiques, parce que vers 10/12ans c'est surtout pour donner une indication sur le statut : surpoids, obésité ou anorexie »

Entretien 8 « L'importance de l'IMC pour dépister justement l'obésité ou l'anorexie chez l'enfant »

Il reflète l'état de santé de l'enfant :

Entretien 4 « C'est le reflet de la bonne santé de l'enfant [...] c'est important par rapport à l'état général de l'enfant, à son bon développement, à sa croissance »

Entretien 6 « Le bien-être de l'enfant aussi »

➤ L'IMC est-il calculé à chaque consultation ?

Sur mes 10 entretiens :

_ 7 ne calculent pas l'IMC systématiquement, sur ces 7 un le fait systématiquement une fois par an,

_ 2 le calculent au moins une fois par an,

_ 1 le calcule systématiquement.

Entretien 1 « Maintenant j'avoue que je ne le calcule pas à chaque fois, si je vois que l'enfant n'a aucun problème je ne calcule pas l'IMC. »

Entretien 5 « L'IMC, je ne le calcule pas systématiquement »

Entretien 10 « Moi je ne le calcule pas, je préviens les parents »

Entretien 7 « Je fais les courbes de poids, je fais les courbes de taille, mais l'IMC non »

Entretien 8 « Quand c'est un examen annuel oui je le calcule, après j'ai un logiciel qui le calcule directement c'est plus facile, je rentre taille/poids et ça me calcule l'IMC et c'est vrai que moi de moi-même nan, je ne le fais pas »

Entretien 6 « J'essaie une fois par an systématiquement que ce soit fait dans le dossier médical »

Entretien 4 « Sur la courbe d'IMC, comme la courbe de poids/taille je vérifie qu'il n'y ait pas de cassure ou d'inflation, donc ouais je le calcule oui systématiquement »

- Pourquoi calculer ou ne pas calculer l'IMC ?

Pour confirmer une impression visuelle :

Entretien 1 « *Déjà car le foutu logiciel ne calcule pas ça automatiquement* »

Entretien 5 « *Je le calcule en effet si j'observe au niveau de la corpulence de l'enfant... il y a euh il y a des signes de dysmorphie, que ce soit au niveau des cuisses, au niveau du ventre* »

Entretien 3 « *Quand l'enfant est trop gros, de toute façon je ne vais pas calculer l'IMC* »

Entretien 7 « *Si l'enfant est gros et que je vois qu'il est gros oui je calcule l'IMC mais s'il n'y a pas trop de problème je fais rien* »

Pour montrer des chiffres aux parents :

Entretien 1 « *Souvent malheureusement la maman elle n'entend pas, elle n'est pas d'accord, elle n'entend pas, il y a beaucoup de non-dit de beaucoup de déni* » ; « *C'est quelque chose que l'on peut mettre sous les yeux de la maman [...] parce que souvent ils accrochent pas trop quoi* »

Entretien 5 « *On se focalise seulement sur l'IMC quand on a vraiment besoin de montrer des chiffres aux parents et de leur expliquer que là faut tirer la sonnette d'alarme* »

Pour une meilleure compréhension par les familles

Entretien 1 « *Vous voyez l'IMC ... j'ai la petite roulette [il me montre la roulette], je lui montre. Alors elle euh bon ils comprennent un peu mieux, il faut mettre des éléments probants sous les yeux de la maman* »

Pour faire un premier point avec l'enfant

Entretien 3 « *Je vais déjà lui montrer directement, et là j'implique l'enfant en fait, et là je lui montre qu'il est en dehors de la courbe, et qu'il s'éloigne de la courbe, comment ça marche* »

Pour savoir si on déclenche un suivi

Entretien 1 « *Ça c'est pour nous, pour savoir est-ce que je déclenche est-ce que je déclenche pas ?* » ; « *Ça nous permet de savoir, aller là va falloir essayer de mener une*

action, au moins d'en parler une première fois, comme ça c'est plus facile quand on va revoir l'enfant et tout » ; « Pour l'évolution ça aide évidemment [...] à voir où on en est »

Entretien 6 « *C'est important pour suivre sa Courbe Staturopondérale (CSP) »*

Entretien 3 « *Après je fais rarement de suivi [...] je ne vais pas faire un suivi de poids tous les 3 mois, de chose comme ça »*

➤ **Autres outils cités :**

Le poids et la taille

Sur les 10 entretiens :

- _ 4 mesurent et pèsent l'enfant à chaque consultation
- _ 2 mesurent et pèsent l'enfant au moins une fois par an
- _ 1 pèse à chaque consultation et mesure une fois par an
- _ 3 non renseignés

Entretien 2 « *Je pèse et je mesure l'enfant à chaque consultation »*

Entretien 3 « *L'enfant n'est pas pesé à chaque consultation, minimum une fois par an »*

Entretien 9 « *Donc taille, poids au moins une fois par an »*

Entretien 6 « *Je pèse l'enfant à chaque consultation, et après la taille une fois par an par contre, je la fais pas tout le temps »*

Les courbes de percentile staturopondéral

Sur 10 entretiens :

- _ 9 utilisent les CSP du carnet de santé
- _ 1 non renseigné

Entretien 3 « *J'utilise beaucoup les courbes de percentile, des fois les parents les remplissent, ça me permet de le voir, avec les courbes on voit très bien s'il y a le surpoids ou pas »*

Entretien 4 « *J'utilise les courbes de percentile du carnet de santé systématiquement, et je peste quand ça n'a pas été fait avant [rire] parce qu'il faut que je reporte tous les points [rire] »*

Entretien 5 « *Oui parce que de toute façon ils sont dans le carnet de santé, donc c'est facile à utiliser* »

Entretien 6 « *Le carnet de santé j'essaie de le remplir, pareil une fois par an pour qu'on est quand même un suivi* »

Entretien 7 « *J'utilise des courbes de percentile à chaque fois, à chaque consult. je le mets quasiment, chaque fois qu'ils viennent voir le médecin je mets sur la courbe, je mets les petits points* »

Entretien 10 « *Moi j'utilise les courbes qui sont à la fin du carnet de santé* »

Le carnet de santé

Entretien 9 « *c'est vrai que ça permet d'avoir un suivi bon mais c'est vrai que on a beaucoup de carnet de santé tout ça mais qui ne sont pas remplis ça c'est clair, ce qui est dommage* » ; « *Je suis à cheval là-dessus, je leur dis toujours « mais vous avez un carnet de santé c'est pour le remplir c'est pas pour le plaisir* » »

Entretien 6 « *Le carnet de santé j'essaie de le remplir, pareil une fois par an pour qu'on est quand même un suivi voilà quoi* »

3.2.2. L'enfant en surpoids, premier abord

- A chacun sa définition du surpoids :

Entretien 1 « C'est le début de l'obésité infantile, c'est un problème d'obésité »

Entretien 2 « C'est quand je vois qu'il dépasse les courbes »

Entretien 3 « Je le pèse, je le mesure et je regarde comment il s'éloigne progressivement de la courbe »

Entretien 4 « Un IMC supérieur à la norme attendue euh après ça dépend de l'âge de l'enfant et un peu de son activité et de son profil »

Entretien 5 « Un enfant en surpoids c'est celui qui va avoir un IMC qui dépasse heu [rire] les chiffres recommandés par rapport à son âge »

Entretien 7 « Ça se voit à la corpulence de l'enfant quand on le voit en consult. et voilà »

Entretien 8 « Pour moi un enfant en surpoids c'est quand l'IMC dépasse la courbe limite supérieure, mais il doit y avoir un chiffre que je ne connais pas, nan je ne sais pas du tout, je connais les valeurs chez l'adulte, mais pas chez l'enfant »

Entretien 9 « Un surpoids c'est toujours pareil c'est en fonction de l'IMC, alors j'avoue que par cœur je ne sais pas, mais en général je me sers de mon petit disque »

- D'où l'importance du carnet de santé

Entretien 9 « Si on a le carnet de santé on a les courbes automatiquement pour voir effectivement s'il y a surpoids ou pas et ensuite obésité » ; « Quand les parents n'oublient pas d'amener le carnet de santé »

- Une prise en charge plus facile chez l'enfant, création d'un lien :

Entretien 1 « On a des levés d'action chez l'enfant que l'on a plus chez l'adulte parfois » ; « C'est pas à un vieil adulte de 60 ans que l'on va apprendre à aller chez la diététicienne »

Entretien 3 « Je lui montre à l'enfant, je regarde comment l'enfant écoute, comment il adhère »

Entretien 4 « J'essaie de pas faire culpabiliser l'enfant »

Entretien 5 « On a passé des contrats avec l'enfant directement, parce que ce n'est pas toujours la plainte de l'enfant direct qui est formalisé lors de l'entretien »

Entretien 8 « Je lui demanderai à l'école comment ça va et lui qu'est-ce qu'il en pense »

➤ Les parents en consultation

Entretien 2 « *J'interroge la maman, voir un peu, je regarde aussi les antécédents* » ; « *Je m'adresse à ces parents, voir un peu au niveau familial comment ça se passe* »

Entretien 3 « *J'en parle avec la maman, en général les parents sont assez au courant, s'ils veulent vraiment faire quelque chose ils sont déjà assez branchés dessus* »

Entretien 4 « *J'essaie de réadapter surtout les menus avec les parents [...] plutôt faire bosser les parents* »

Entretien 5 « *La première des choses que l'on fait c'est que l'on discute avec les parents de savoir si en effet il y a un déséquilibre au niveau alimentation* » ; « *Les parents ne rentrent pas non plus toujours dans une demande par rapport au poids de leur enfant* »

Entretien 7 « *Déjà je préviens les parents, où je leur explique que là l'enfant est un peu en surpoids donc faut faire attention* »

Entretien 8 « *C'est plus les parents, parce que c'est les parents qui achètent des gâteaux* »

Entretien 9 « *On essaie d'affiner avec les parents, en sachant que les parents des fois... je me rappelle toujours de l'anecdote du papa qui m'amène sa fille je ne sais plus pourquoi, et puis je lui fais « oh elle se porte bien » [grimace sur le visage], je ne l'ai plus revu [rire]* » ; « *Mais bon il faut que ça soit les parents qui le fassent* »

➤ Lien à trois

Entretien 3 « *En général il y a toujours une discussion qui s'entame un peu « tiens t'as vu tu vois je te l'avais dit le docteur il le dit aussi* » »

Entretien 4 « *J'essaie de pas vraiment parler de surpoids à l'enfant directement ou aux parents, plus d'éduquer les parents que vraiment de culpabiliser l'enfant sur son poids* » ; « *J'essaie toujours de redire bien aux parents leur rôle, de pas culpabiliser trop l'enfant, qu'ils se rendent compte mais faut pas qu'ils commencent à focaliser directement sur son poids aussi* »

Entretien 8 « *En général ils ne viennent pas pour ça donc du coup c'est plutôt les parents qui me disent mon enfant il est en surpoids qu'est-ce que je peux faire* »

3.2.3. Prise en charge

- Premièrement face au surpoids : dépistage, antécédents, interrogation, conseils, éducation... :

Entretien 1 « *Déjà faut le dépister, le calcul de l'IMC* »

Entretien 7 « *Je demande les antécédents de la famille, si dans la famille il y a des gens gros, [rire] voilà c'est à peu près tout pour le début* »

Entretien 3 « *On essaie de voir tout de suite un peu les grosses erreurs à corriger* » ; « *Je prends les courbes, et puis dès qu'il va y avoir une distorsion entre le poids et la taille je le dis et puis après évidemment s'il sort de son couloir, c'est là où j'entame la discussion* » ; « *Je fais mon petit speech, jusqu'à donner les conseils* »

Entretien 9 « *La première des choses c'est de s'inquiéter de son alimentation auprès des parents* »

Entretien 2 « *J'interroge ces parents et j'essaie de voir comment maîtriser ça* » ; « *Avant tout c'est mes petits conseils déjà, il y en a certains ça peut suffire, et on redresse bien* »

Entretien 5 « *Le plus important au départ c'est donc euh de mettre en place [un] contrat en essayant de rééquilibrer l'alimentation, de faire quelques mesures* » ; « *On essaie de remettre au clair l'équilibre nutritionnel de l'enfant* »

Entretien 4 « *Si c'est un surpoids modéré et que je vois que ça se corrige ou que ça peut se corriger facilement, qu'il n'y a pas de grosse catastrophe alimentaire ou qu'il n'y a pas d'antécédents, qu'il n'y a pas de pathologies associées je le fais toute seule* »

Entretien 6 « *S'il sort des courbes j'entame une démarche déjà éducative et après si je vois que ça marche pas je l'adresse à des confrères spécialistes* » ; « *J'entame une éducation un petit peu diététique et physique* »re] voilà c'est à peu près tout pour le tout début »

- Facteurs de variation de la prise en charge

Obésité familiale

Entretien 4 « *Ça dépend des parents en fait, comment ils sont en face de moi s'ils sont compliants ou pas, s'ils sont aussi obèses ou pas, ça joue beaucoup et puis comment sont les frères et sœurs aussi* »

Entretien 5 « On voit si dans une fratrie de 3/4 enfants bin on a des enfants qui ont tendance à être un petit peu rondelet ou pas, on voit aussi par rapport aux parents si c'est un morphotype qui est reparti dans toute la famille » ; « Si c'est justement le morphotype de la famille il n'y a rien a changé quoi, l'enfant est bien, il est bien rondelet, c'est comme eux c'est très bien »

Entretien 10 « Je les prend pas en charge, surtout si la famille ils sont tous obèses » ; « Si les parents sont obèses déjà, ils changeront pas leurs habitudes alimentaires alors pour les gosses c'est très décevant »

Entretien 9 « Le papa se portais bien aussi et c'est vrai que voilà il y a une notion quand même un petit peu familiale »

➤ Age de l'enfant, adolescents

Entretien 4 « En fonction de l'âge aussi voire un peu au niveau de sa courbe de croissance s'il grandi bien ou pas » ; « C'est pas grave tu vas grandir donc ça va se rattraper faut juste pas que tu continues de grossir » ; « Tout dépend si c'est une obésité morbide d'un ado, tout de suite oui je vais l'orienté vers une nutritionniste, un pédiatre spécialisé »

Entretien 5 « Chez l'enfant on essaie pas de leur faire perdre vraiment du poids, on essaie de les faire prendre conscience qu'ils mangent mal et que du coup ils vont grandir et donc on va pas leur faire perdre de poids spécialement, mais du fait de grandir ils vont pouvoir s'allongés et enfin de compte perdre en même temps au niveau de leur corpulence, de leur tour de taille » ; « On regarde aussi par rapport à la période de sa puberté si on est vraiment au niveau de la puberté chez la fille ou au niveau de la puberté chez le garçon, on essaie de voir un peu s'il y a une corrélation aussi avec la prise de poids »

Entretien 3 « J'insiste surtout c'est quand ils sont à l'adolescence, je leur dis bien « là tu vois tu vas grandir, c'est le moment où ça va changer, si tu fais bien attention à comment tu manges et surtout plus bouger, car il y en a plein qui bouge pas assez en fait, tu arriveras progressivement au moins à rentrer dans le couloir » »

Entretien 10 « A l'adolescence ça va se faire tout seul et ils perdent leur poids en grandissant et tout ça rentre dans l'ordre »

- Niveau de surpoids

Entretien 4 « *Parce qu'après ça dépend un peu le surpoids qu'ils ont : si c'est modéré j'essaie juste de les alerter, si c'est un gros surpoids j'essaie quand même d'être assez philosophe et bien psychologue* »

Entretien 10 « *S'ils sont au-dessus d'un écart type attention, s'il y a plus de 2 écarts type très attention* »

- Vers qui sont-ils adressés ?

Les différents spécialistes sollicités sont : une diététicienne, un nutritionniste, un pédiatre, un gastro-pédiatre, un endocrinologue, un psychologue.

Les différentes structures sollicitées sont : l'Hôpital de Hyères, le centre de Bettyzou, le centre AJO les oiseaux

Entretien 3 « *La diététicienne, pour que ça soit bien adapté au goût de l'enfant, faut que ça soit adapté, l'intérêt de la diététicienne c'est ça* » ; « *La cure c'est vraiment le dernier passage, [c'est] la cure aux oiseaux [AJO les oiseaux à Sanary-sur-Mer]* » ; « *De temps en temps il y a des parents qui veulent des bilans endocriniens, ça m'est déjà arrivé d'envoyer à l'endocrinologue, mais c'est rare* »

Entretien 1 « *Vers un pédiatre spécialisé en consulte d'obésité et de problème de surpoids, ou alors si la maman veut pas bin euh Hyères, vers un pédiatre à l'hôpital de Hyères* »

Entretien 2 « *Je peux proposer une consulte au centre de Bettyzou [centre médical spécialisé dans l'obésité infantile] à Carqueiranne* »

Entretien 4 « *Je vais l'orienter vers une nutritionniste* »

Entretien 5 « *Je les adresse vers un endocrinologue ou alors directement au centre de nutrition sur Carqueiranne, [où il y a] une surveillance avec un psychologue* »

Entretien 6 « *C'est vrai que moi j'adresse à Hyères, c'est une petite structure donc j'aime bien parce que c'est un petit peu moins formel* »

Entretien 7 « *Éventuellement vers un pédiatre ou vers un gastro pédiatre pour voir un peu ce qui se passe* »

Entretien 8 « *Je pense tu peux faire psychologue, je pense que ça marche aussi mais bon souvent ceux qui sont comme ça c'est qu'ils sont pas bien dans leur peau, il y a quelque chose en dessous* »

Entretien 10 « *Moi je passe la main au pédiatre* »

Entretien 9 « *Pas toujours non, quand même pas, je pense qu'on peut régler le problème soit même* »

A quel moment est sollicité un second recours ?

Sur mes 10 entretiens :

_ 2 les dirigent vers des spécialistes dans un premier temps

_ 7 les dirigent vers des spécialistes dans un second temps

_ 1 ne les dirige pas vers des spécialistes

Entretien 1 « *Si c'est vraiment patent, si d'emblée c'est un problème vraiment sérieux, qu'on est parti de bien bien haut du couloir* »

Entretien 2 « *Quand je vois que, je sais pas entre plusieurs prises de ..., entre plusieurs consultes, qu'il n'y a pas d'évolution dans le bon sens* »

Entretien 3 « *Quand vraiment, je veux dire s'il y a une demande, là je vais l'envoyer au pédiatre* »

Entretien 4 « *Tout dépend si c'est une obésité morbide d'un ado, tout de suite oui je vais l'orienté* »

Entretien 5 « *Les obèses souvent c'est ce que l'on fait et c'est souvent d'ailleurs une demande de la famille qui est d'accord pour cette prise en charge* »

Entretien 6 « *Au bout d'un an si j'ai pas d'amélioration j'adresse à un confrère donc spécialiste* »

Entretien 7 « *Pas en première intention comme ça après euh si ça se poursuit sur quelque temps et qu'il n'y a pas d'amélioration* »

Entretien 8 « *S'il y a une complication de l'obésité oui* » ; « *Je pense que si au début j'essaie moi-même et si par contre euh j'y arrive pas ouais j'enverrai vers un spécialiste* »

Entretien 10 « *Je les prends pas en charge* »

➤ **Prise en charge alimentaire**

Recherche des habitudes de vie

Entretien 2 « *Voir un peu son régime, comment ça se passe* »

Entretien 3 « *J'essaie toujours de leur faire entendre c'est la guerre au sucre, [...] les deux facteurs c'est l'alimentation et bouger* » ; « *Avec l'histoire du sucre, des sucres cachés, des boissons, tout ça je fais un peu le discours* »

Entretien 4 « *J'essaie de voir comment il mange, quelles sont les habitudes de la famille, quelles sont les habitudes alimentaires, est-ce qu'il y a des goûters, pas de goûter, est-ce que c'est préparer. C'est des gamins qui mangent un peu beaucoup de soda, des cochonneries, des trucs tout prêt, des gâteaux industriels* » ; « *Est-ce qu'il mange à la cantine, qu'est-ce qu'il mange à la cantine* »

Entretien 5 « *L'enfant mange très très mal* »

Entretien 6 « *Une petite enquête diététique voir s'il y a des problèmes au niveau des repas, des goûters, des boissons* »

Entretien 7 « *Il faut essayer de limiter le grignotage et tout ce qui est soda tout ça à table et essayer de voir un peu leur régime alimentaire et voir ce qui se passe un petit peu pour ça* »

Entretien 9 « *Les enfants en surpoids ou obèses, on a rapidement la solution en posant des questions un petit peu « tu aimes bien le cola ? » « Le nutella® c'est bon le matin au petit déjeuner ou à 4h ? » [...] savoir ce qu'ils mangent, ce qu'ils boivent* »

Pour donner des conseils

Entretien 4 « *De dire à l'enfant évite de te resservir, si t'as faim pour le goûter vaut mieux manger tel ou tel aliment plutôt que des cookies tout prêt ou te goinfrer de bonbon, vaut mieux prendre un fruit, essayer d'équilibrer plus les repas, et de leur apprendre un peu à manger sain* »

Entretien 8 « *L'enfant il vient il a mal au ventre, en fait il est constipé, et il mange n'importe comment, il est en surpoids et du coup je peux enchaîner plus après sur « tu sais c'est pas bon pour ton ventre de manger comme ça », voilà* »

Entretien 9 « *J'attache beaucoup quand même d'importance surtout chez l'enfant à dire attention l'hygiène alimentaire, de bien respecter, de faire attention, bon au nutella®, au cola, le ketchup®, la mayonnaise... tous ces petits trucs qu'on peut corriger* »

- Autres prises en charge

Activité physique

Entretien 2 « *S'il exerce une activité sportive, enfin physique* »

Entretien 4 « *J'essaie de voir l'activité physique qu'il fait* »

Entretien 6 « *Une activité sportive aussi parce que hélas on a beaucoup d'enfant qui ne bouge pas* »

Versant psychologique

Entretien 5 « *Essayer de voir un petit peu ce qui va pas, parce qu'il faut comprendre une chose c'est que aussi bien la perte de poids que la prise de poids peuvent être aussi la conséquence d'un désordre psychologique* » ; « *Il n'y a pas que le déséquilibre nutritionnel qui peut expliquer la prise de poids, ça peut être aussi une conséquence d'un mal être qui est certain et qu'il faut surtout ne pas laisser passer* »

Entretien 4 « *Les enfants entre eux ils ne sont déjà pas très sympas dans les cours d'école donc j'essaie de pas en rajouter* »

Chirurgie

Entretien 10 « *Soit ils y arrivent pas et souvent ils finissent par les opération, tout ceux que j'ai connu ils ont fini par [se faire opérer], après les autres il restent obèses* »

- Ressenti du médecin généraliste

Ses limites

Entretien 1 « *Je ne suis pas assez formé, au début j'essayais de faire des consultations de diététique et de nutrition, et puis comme je manque de bagage, et que je ne suis pas assez formé là-dedans en fait j'ai arrêté* »

Entretien 2 « *Souvent les parents [souffle], alors soit ils reconnaissent l'obésité de leur enfant soit ils le prennent assez à la légère* »

Entretien 3 « *Je fais tellement attention à [la critique], que c'est comme ça qu'après maintenant quasiment je sais que j'en fais pas assez* »

Entretien 4 « *Si vraiment c'est la cata alimentaire à la maison ou que c'est une grosse famille d'obèse et que lui déjà il y un IMC cata, oui je l'enverrai vers le pédiatre et la nutritionniste directement, pour qu'il soit pris en charge comme il faut dès le début* »

Ses contraintes

Entretien 1 « *On a la contrainte temporelle, ça prend du temps* »

Entretien 2 « *J'en ai proposé à des hospitalisations pour une prise en charge globale, mais c'est assez rare, c'est plutôt une consulte d'abord pour ne pas être agressive* »

Ses perceptions

Entretien 2 « *Je suis toujours très choquée des gros reproches qu'on fait au médecin ou à la médecine, donc j'essaie toujours d'aller à contre-courant, [les] médecins qui culpabilisent direct sur le poids, les parents le critiquent, les enfants se ferment* »

Entretien 3 « *Je sais le coté très frustrant et perverse et dangereux, des médecins qui culpabilisent direct sur le poids, [...] je réutilise mon expérience en étant un peu plus diplomatique* »

Entretien 4 « *J'essaie de leur expliquer gentiment des choses, [...] c'est pas évident de leur dire t'as 10 ans t'es en surpoids t'es trop gros j'essaie de pas leur dire comme ça* »

Entretien 5 « *Ce n'est pas toujours la plainte de l'enfant direct qui est formalisée lors l'entretien c'est surtout la nôtre* »

Entretien 10 « *C'est assez décevant donc je ne vais pas perdre de temps [...] honnêtement c'est très décevant, depuis le temps j'ai laissé tomber moi, des résultats des résultats il n'y en a pas beaucoup* »

Difficultés du suivi

Entretien 5 « *En fin de consulte pour bien avoir le retour des familles, euh moi ce que je fais la plupart du temps c'est de noter quand même une prise de sang, et ça oblige en même temps les familles à revenir pour nous montrer les résultats et de renchaîné un petit peu sur ce qui a déjà été mis en place par rapport à l'alimentation, s'il y a eu déjà des progrès* » ; « *Même si le but n'est pas de perdre spécialement beaucoup de poids, bin on s'aperçoit qu'au bout de 2/3 mois quand ils ont rééquilibré leur alimentation ils perdent un peu en taille, ils perdent un peu en tour de cuisse* »

Entretien 5 « *Se sont des enfants souvent que l'on suit depuis plusieurs années donc on voit de suite s'il y a une prise de poids qui a été euh anormalement élevée par rapport à sa courbe de croissance habituelle [...] Je vais leur expliquer que pendant 3/4 mois on*

va prendre des mesures sur le périmètre abdominal, que ce soit le tour de cuisse » ; « Si tout est normal on essaie d'enchaîner un petit peu sur cette prise en charge puis quand on a fait le suivi pendant 3/4 mois que c'est bien clair, on le revoit qu'a un an après pour voir si tout est okay »

Entretien 6 « *On essaie de recadrer tout ça, et puis je refais un point tous les 3 mois »*

3.2.4. L'information et la formation face à un enfant en surpoids

➤ Les formations

Sur mes 10 entretiens :

_ 1 a suivi une formation sur le surpoids/obésité infantile

_ 9 n'ont suivi aucune formation

Entretien 1 « *Chaque année je vais au Garlaban, les journées pédiatriques du Garlaban, l'an dernier la thématique de la journée c'était la croissance, et il y avait le problème du surpoids et de l'obésité infantile » (20)*

Entretien 3 « *Je n'ai pas suivi de formation sur l'obésité infantile, j'ai d'autre domaine avant à explorer, [rire] il y a tellement tellement de trucs, je n'ai pas suivi ça »*

Entretien 6 « *Aucune je pense, c'est plus une approche on va dire générale dans le cadre de l'obésité tout venant quoi, pas forcément lié à l'enfant »*

Entretien 8 « *Il y a des FMC (Formations Médicales Continues) mais j'en ai pas fait »*

Entretien 9 « *C'est vrai qu'il faut quand même un petit peu se tenir au courant »*

➤ Dans le cursus scolaire :

Entretien 4 « *Je ne me souvient pas dans nos cours pédiatriques qu'on est vraiment insisté là-dessus, je sais que j'avais un prof quand j'étais externe, un pédiatre qui nous a rabâché les courbes les courbes les courbes les courbes donc c'est peut-être pour ça que je les fais régulièrement » ; « C'est vrai que le surpoids de l'enfant honnêtement, je pense pas qu'on est eu vraiment des cours dessus ni même après du temps de l'internat, pas de souvenir, pas autant que chez l'adulte par exemple »*

Entretien 6 « *Peut être un petit peu en cours, on a un peu abordé le sujet mais je me souviens même plus* »

Entretien 7 « *A part si pendant mon stage de pédiatrie, c'est vrai qu'elle nous avait expliquer qu'il ne faut pas faire de régime mais que en gros il faut limiter ce qu'il y a en trop et que comme ils grandissent bin ça leur permet de se rétablir mais c'est tout, on a rien du tout* »

Entretien 8 « *Cours à la fac, euh ouais enseignement théorique à la faculté, je crois que j'en ai eu un a l'internat* »

- S'aider des livres pédiatriques :

Entretien 1 « *Je m'aide beaucoup d'un bouquin de pédiatrie, je trouve tout dedans* »

Entretien 9 « *C'est vrai que à un moment donné je recevais la revue, c'est Nestlé qui fait ça, des fiches, ce qui est bien* »

- Les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) et associations locales :

Sur mes 10 entretiens :

_ 5 connaissent ou font appel à des SSR

_ 5 ne connaissent pas de SSR ou d'associations locales

Entretien 1 « *[Il y a un] centre spécialisé dans l'accueil des enfants en surpoids « les AJO » les oiseaux à Sanary-sur-Mer* »

Entretien 2 « *Centre à Bettyzou sur Carqueiranne* »

Entretien 6 « *Je n'ai jamais proposé au patient parce que je ne connais pas donc euh du coup je ne propose pas* »

Entretien 9 « *Non, enfant non, j'essaie de résoudre le problème* »

- L'intérêt des associations locales :

Entretien 1 « *Ça pourrait être intéressant d'en connaître pour aider les mamans à mieux accepter, qu'elles puissent un peu se renseigner* »

3.2.5. Le ressenti du médecin généraliste face au surpoids infantile

➤ Efficacité ?

Entretien 1 « *J'aurai plutôt un ressenti d'être pas trop efficace, on a du mal à être efficace quand même* »

Entretien 2 « *C'est compliqué, c'est une prise en charge globale, je trouve que c'est plus compliqué, ma prise en charge du surpoids est insuffisante, pour ma part je trouve que c'est insuffisant, je ne mets pas en place de consult. adaptée je pense à ça, je demande un relais aussitôt* »

Entretien 3 « *Je me rends compte que certainement je sous médicalise moi, je suis plutôt un lanceur d'alerte, mais c'est vrai qu'on pourrait en faire plus* »

Entretien 4 « *Je ne suis pas trop mauvaise pour au moins les faire parler* »

Entretien 5 « *Je pense qu'elle est toujours sous-estimée* »

Entretien 6 « *Je suis pas très agressive, il y a peut-être des médecins qui sont, qui essaient de faire un électrochoc chez les mamans, c'est vrai que je suis pas quelqu'un de très incisif dans ces propos, je pense que déjà dans le dépistage j'y suis, après la prise en charge peut être euh pas très actives* »

Entretien 7 « *C'est peut-être pas très efficace* »

Entretien 8 « *Je suis pas très bonne, nan mais c'est vrai je me rends compte que j'ai des lacunes* »

Entretien 9 « *Bin parfois ça marche et puis parfois ça marche pas* »

Entretien 10 « *C'est pas à moi à les prendre en charge, voilà donc elle est nulle* »

➤ Une approche simple :

Entretien 2 « *Moi en général je propose d'abord la consult., une consult. toute banale, enfin c'est comme ça que je lui présente, qui va peut-être lui montrer en fait qu'il y a 1 problème, et puis après voilà de continuer* »

Entretien 4 « *J'essaie d'en remettre une petite couche, de voir un peu s'il avait entendu les messages, d'essayer de rediscuter avec eux* »

Entretien 5 « *On est pas tant sur la dynamique, on est surtout sur des explications, sur le fait qu'on essaie à l'enfant de lui expliquer [...] on les sensibilise vraiment sur des petits points* »

Entretien 6 « *J'essaie de dépister déjà après peut être sur ma prise en charge voilà j'essaie de faire un point avec le patient, j'essaie de le revoir* »

Entretien 8 « *Après prévention oui, dépistage du surpoids oui* »

Entretien 9 « *Je fais attention à l'enfant qui quand je le vois me semble en surpoids, qu'il se porte bien, je dis maman bon attention* »

➤ Un sentiment d'isolement

Sur mes 10 entretiens :

_ 1 se sent isolé dans sa prise en charge

_ 9 ne se sentent pas isolés dans leur prise en charge

Entretien 1 « *On est toujours isolé, mais non moi je ne suis pas trop isolé parce que j'ai une bonne diététicienne, elle est sympa, elle fait du bon boulot, je connais le pédiatre spécialisé dans l'obésité* »

Entretien 3 « *Nous on est isolé dans tout, isoler pour qu'on est quoi à la place* »

Entretien 4 « *Isolé dans un sens oui puisque on a pas vraiment eu de formation donc faut le deviner un peu tout seul si ça va ou si ça va pas [... mais] est ce qu'on peut dire qu'on est isolé euh non je ne pense pas on a toujours un spécialiste, un confrère ou même s'il est pas dans le cabinet à qui poser la question, je pense que non, on peut pas dire qu'on est isolé je pense pas* »

Entretien 5 « *Isolé non puisque je vous dis on a nos spécialistes qui sont là et qui répondent quand même dès qu'on demande à ce qu'ils les prennent en charge* »

Entretien 8 « *Les spécialistes sont très abordables, je fais un courrier pour le médecin et on reçoit un compte rendu en retour, je pense que celui qui est isolé c'est parce qu'il a envie d'être isolé, dans une grande ville c'est pas possible de se sentir isolé* »

Entretien 10 « *Non, moi j'ai mes pédiatres il y a pas de soucis, mais bon leurs prises en charge à eux c'est pas terrible donc je ne culpabilise pas, vu les résultats qu'il y a* »

➤ Possibilité d'avoir de l'aide :

Entretien 2 « *D'où la nécessité d'avoir quand même une aide, et ces consults. spécialisées justement, orientées* »

Entretien 3 « *Je pense que quand les personnes sont très motivées soit c'est plus le pédiatre, et puis après diète* » ; « *De la médecine scolaire, qu'il y ait aussi du dépistage pour faire convoquer les parents* »

Entretien 4 « *Quand ça me paraît vraiment compliqué bin j'en renvoie au spécialiste donc du coup on voit plus l'enfant spécialement, du coup on est un peu shunté* »

Entretien 6 « *Je passe la main s'il y a besoin donc voilà je pense que le patient n'est pas laissé sans soin éventuel, [...] c'est vrai que les associations j'y ai jamais pensé mais ça peut être quelque chose qui encadre plus les parents dans leur quotidien, donc peut être que c'est mieux* »

Entretien 7 « *On peut avoir recours au pédiatre et tout ça, on n'est pas la dernière chaîne* »

➤ Les difficultés initiales :

Entretien 1 « *On a du mal à faire démarrer, c'est vraiment ça que je mets en premier dans mon ressenti bien plus que la sensation d'isolement* »

Entretien 2 « *C'est même un peu plus dur que chez l'adulte, parce que l'on a l'enfant et les parents aussi à gérer en même temps* »

Entretien 3 « *Je pourrai mieux faire je pense, faire plus un peu mais trop déborder* »

Entretien 5 « *Les demandes sont longues, quand on a besoin vraiment d'une hospitalisation pour faire vraiment le régime chez l'enfant les demandes sont parfois assez longues* » ; « *On les voit régulièrement, on les voit pour les pathologies enfin les infections aiguës, on les voit pour les certificats d'entrés [...] minimum une fois par an* »

Entretien 6 « *Moi à part 2/3 indications sur voilà ce qu'il faut pas faire, après je ne sais pas derrière, comment c'est suivi, donc du coup c'est vrai que les associations peuvent aidées au suivi plus quotidien, ça peut être une piste à suivre* »

Entretien 7 « *C'est pas un sujet très facile à aborder non plus* »

Entretien 8 « *C'est plus pour tout ce qui est conseil, pour le suivi Où je suis pas très bonne* »

Entretien 10 « *C'est que les résultats sont nuls* »

Entretien 4 « *C'est pas évident parce que du coup ils venaient pas me voir pour ça [...] j'ai pas le souvenir d'avoir eu des enfants qui venaient me voir vraiment que pour ça ou que les mamans me les amené* »

➤ Les difficultés face aux parents :

Entretien 1 « *Le problème c'est qu'on a un mal fou à faire embrayer les parents, convaincre aussi la maman, parfois il y a un déni, c'est normal au rugby faut être un peu costaud, certains enfants se complaisent dans ce surpoids par le biais du rugby* »

Entretien 2 « *Et puis une fois qu'on arrive surtout à convaincre ces parents* »

Entretien 3 « *En général ils ne veulent même pas qu'on en parle, [...] il y en a plein en plus qui connaissent pas* »

Entretien 5 « *On sensibilise toujours les parents quand même* »

Entretien 6 « *C'est aux parents est ce qu'ils vont suivre ou pas* » ; « *Les parents n'ont pas des comportements alimentaires appropriés donc coup c'est difficile pour que l'enfant derrière il ne suive pas ce comportement* » ; « *Encore faut-il que les parents aient l'impact de ce qu'on leur conseille. On a beau leur dire qu'on veut les voir tous les 2/3 mois, ils ne voient pas la nécessité forcément. Il n'y a pas le parent qui nous l'amène, il n'y a pas la démarche d'un suivi quand même régulier pour son enfant de prévention* »

Entretien 10 « *Pour faire comprendre aux parents et tout c'est [impossible]* »

Entretien 4 « *Tout dépend la réceptivité des parents [...] si c'est des familles d'obèses qui luttent eux même contre l'obésité depuis des années, c'est pas évident. Il y a des parents qui se livrent moins* »

Entretien 7 « *Ils sont probablement aussi en surpoids donc c'est vrai que c'est une rééducation sur toute la famille et c'est pas évident* » ; « *Souvent quand les enfants pleurs, les parents cèdent pour avoir la paix* » ; « *L'éducation des parents surtout, ça c'est compliqué parce que c'est difficile de dire aux parents comment ils doivent éduquer leur enfant c'est un peu ça, ouais c'est culturel surtout* » ; « *On n'ose pas toujours dire aux parents non plus que leur enfant est gros, c'est quand même compliqué* »

Entretien 9 « *Les enfants, il y a le parent qui est là, c'est le parent qui gère, parce que c'est lui qui fait les courses, c'est lui qui achète. On le sait on le voit de plus en plus les parents qui se laissent manger par les enfants* » ; « *C'est sûr que quand on a une famille nombreuse, ça peut être difficile de dire il faut manger 5 fruits et légumes par jour, les recommandations. Les gens ont un mode alimentaire, ils ne veulent pas trop en changer, donc on entend tous les arguments, ça coûte cher machin, on veut pas manger des fruits et légumes* »

➤ Les difficultés face à l'enfant :

Entretien 1 « *Le problème c'est qu'on a un mal fou à faire embrayer l'enfant parce que souvent il est en âge de comprendre, [...] il faut essayer qu'il y ait une petite étincelle* »

Entretien 2 « *Il faut avoir l'aval de l'enfant, entre 6 et 12 ans c'est assez compliqué* » ;
« *C'est très compliqué de modifier les comportements chez un enfant, enfin je le vois même avec ma fille c'est très compliqué, allé imposer à un enfant un régime... il est très compliqué de contrôler un enfant complètement [rire]* »

Entretien 10 « *Essayer de faire boire autre chose que du soda [aux enfants] qui prennent du soda, rien que ça vous y arriver pas* »

Entretien 3 « *Comment on surveille l'enfant, comment on arrive à communiquer et à gérer le problème* » ; « *En général ils ne veulent même pas qu'on en parle* »

Entretien 6 « *Après voilà encore faut-il que les enfants on les voit* » ; « *Les freins, ça dépend de l'âge de l'enfant aussi je pense, plus petit ils comprennent pas vraiment* »

Entretien 9 « *Quand ils n'ont pas envie ils ont pas envie. Il est vrai que c'est pas toujours... quelque chose de..., pour prendre en charge, difficile si le patient n'a pas envie d'écouter* »

➤ Les difficultés financières :

Entretien 1 « *Le gros problème c'est le remboursement de la diète, c'est la jungle comme c'est pas pris en charge par la sécu, sauf chez certain petit qui sont en ADL (les affections de longue durée)* » ; « *Il y a un impact matériel, bien mangé ça coûte cher, c'est pour ça qu'il y a plus d'obésité infantile dans les bas couches sociales, c'est beaucoup plus facile d'acheter un paquet de nouille, de riz, de mal bouffer que de bien bouffer, les fruits et légumes ça coûte cher* »

Entretien 3 « *Il faudrait qu'il y ait une prise en charge gratuite diététicienne au moins, [...] dès qu'on est bas niveau social et économique les gens ils vous répondent en pleine figure que de toute façon ils ont pas les moyens* » ; « *Toujours pareil, problème psychothérapie non pris en charge, [...] donc un : psychothérapeute, et deux : diététicien gratuit* »

Entretien 7 « *Il y a des problèmes familiaux, ça c'est d'autant plus, et puis chez les personnes défavorisées, ils n'ont peut-être pas trop le choix du régime alimentaire* »

- Les difficultés liées au suivi :

Entretien 3 « *C'est toujours pareil en médecine générale on est très occupé et tous ces suivis là... »*

Entretien 5 « *Après dire que vraiment on a un suivi très régulier pour chacun d'eux, non, voilà on prend vraiment des cas par cas »*

- Les difficultés socioculturelles :

Entretien 3 « *Dès qu'on est bas niveau social et économique, ils sont beaucoup moins intellectualisés et sensibilisés au problème, plus on augmente plus ils vont faire attention à la qualité et tout ça, c'est très dépendant, de toute façon dans les chiffres je crois que c'est clair »*

Entretien 1 « *Les mamans qui se sont mises à travailler, donc elles ont moins le temps de cuisiner, [...] la grande distribution, les lobbies alimentaires, la mal bouffe, les fast Food »*

Entretien 5 « *La maman qui reste à la maison pour préparer les bons petits plats bien équilibrés ça se voit quasiment plus. On est pressé par tout et tout le temps, on a des enfants qui restent à l'école jusqu'à très tard le soir. Ils ont le repas le soir qui est vite préparé par la maman et le papa, il y a beaucoup de plats déjà cuisinés » ; « On a un rythme de vie sociale qui à l'heure actuel est un peu à l'image de ce que l'on mange et de ce que l'on est. Je vais être honnête moi je vais à MacDo® régulièrement parce que j'ai pas le temps[(rire)] avec les activités sportives. Les gens bougent, les gens sortent et ils ont pas envie de rester à la maison pour cuisiner un plat »*

Entretien 6 « *On est quand même dans une société de consommation, qui n'aide en rien, avec une offre très élargie qui n'apporte pas forcément ce qu'il faut au niveau de la santé »*

3.2.6. Quelles sont les solutions proposées

- L'acceptation du diagnostic :

Entretien 1 « *Pour moi c'est plus dur de passer le cap de l'acceptation, du déni, de se rendre compte qu'il va falloir faire quelque chose plus que de changer le comportement* » ;
« *C'est leur petit, c'est votre enfant, il est parfait, ou en tout cas il faudrait qu'il soit parfait, il faudrait qu'il soit bon à l'école, il faudrait qu'il soit comme un mannequin* » ; « *C'est des consults. où la maman elle tire la gueule, je peux vous le dire, ça se fige, ça se crispe et on a souvent un déni initial [...] on s'attaque à la beauté de son enfant, à ce qu'elle en perçoit, et ce que les autres perçoivent et c'est ce que rend l'affaire compliqué. La maman, elle est pas du tout habituée à ce qu'on dise des défauts concernant son enfant, qu'elle vit comme un défaut* »

Entretien 3 « *Aucun enfant n'a envie d'être gros* »

Entretien 8 « *Malheureusement c'est quand ils commencent un peu à être enquiné qu'ils prennent conscience* »

- Modifier les comportements : difficultés

Entretien 1 « *Modifié les comportements c'est difficile, c'est parfois culturel, c'est les habitudes* »

Entretien 3 « *Difficile de modifier les comportements de la famille* »

Entretien 5 « *Il est difficile de modifier dans le sens où on a une société qui a complètement changé* »

Entretien 6 « *Ils ont beaucoup de fausses connaissances ils croient que certaines choses sont bonnes alors que c'est pas vrai* »

Entretien 7 « *C'est des habitudes alimentaires, et que les parents ont les mêmes habitudes* »

Entretien 8 « *C'est culturel* »

Entretien 9 « *C'est vrai que ça implique la responsabilisation pour les enfants et les parents, et donc la responsabilisation je crois que ça c'est pas très très bien perçu* »

Entretien 10 « *C'est impossible, il faut changer la société* »

➤ Cohésion avec les parents :

Entretien 2 « D'où l'intérêt de convaincre les parents, de voir déjà de leur côté ce qu'ils en pensent, s'ils sont convaincus aussi qu'il excite un vrai problème de surpoids ou d'obésité, et s'ils veulent aller plus loin, je veux dire les courses c'est quand même eux qui les font, et les repas c'est les parents qui les préparent, je pense que ça passe d'abord par les parents et puis après par l'enfant »

Entretien 3 « La prise en charge déjà des parents, pour qu'ils se rendent compte de leur rôle, de leur part de responsabilité »

Entretien 4 « Si c'est des parents qui sont un peu sportif, qui ont le temps de cuisiner un peu, de faire les courses, qui sont impliqués dans l'éducation de leur enfant [...] c'est pas du tout compliqué » ; « Il y en a qui sont tout à fait aptes avec leur médecin de famille à dire mon gamin il fait du foot, au niveau psychologique ça va, ça va pas, avec les copains de l'école »

Entretien 5 « J'ai l'impression qu'il y a depuis quelque temps quand même une certaine prise de conscience de la part des gens qui reviennent quand même à une alimentation plus saine, déjà plus bio. Il y a une certaine prise de conscience déjà qui a été faite mais je pense qu'il y a encore pas mal de travail »

Entretien 8 « Surtout la famille en premier, je pense que c'est l'aidant principal et que si eux ils sont pas dans le même sens que toi c'est mort quoi et qu'ils aient conscience [de la problématique]. Très souvent les enfants qui sont obèses, les parents sont en surpoids ou obèses et en fait c'est une prise en charge de toute la famille qu'il faut faire »

Entretien 9 « Je [leur] dis « bin il y a peut-être un moyen c'est que vous n'achetez pas de nutella®, que vous n'achetez pas de cola, ou de temps en temps » »

➤ Cohésion avec l'enfant :

Entretien 3 « Lui parler directement, je vois que ça a un impact, lui expliquer que bouger c'est mieux, ça lui fait plaisir [...] le langage direct avec l'enfant c'est bien »

➤ Modifier l'alimentation :

Entretien 3 « Quoi qu'il en soit c'est papa et maman qui font les courses, c'est papa et maman qui rangent dans le frigidaire »

Entretien 5 « Il y a beaucoup de chose qui sont fait du fait du rythme déjà des parents et de leur méconnaissance aussi à eux de ce qui est un repas équilibré pour l'enfant » ;
« C'est pas que l'alimentation non plus »

Entretien 8 « Après le reste je pense que ça vient tout seul, quand les parents ils ont compris ce qu'il fallait, qu'ils mangent correctement et qu'ils fassent du sport ça vient tout seul en fait après » ; « L'obésité sur une mauvaise hygiène alimentaire et donc c'est une prise en charge de tout le monde, le petit faut qu'il mange des légumes, la mère aussi »

Entretien 6 « A partir du moment où c'est en grand surface et que c'est en vente, ils ne pensent pas que ça peut être mauvais pour leur santé. Par ex le cola ça doit pas être tous les jours »

Entretien 7 « Ils mangent tous n'importe quoi »

Entretien 9 « Enfin moi ça m'a toujours intéressé le coté alimentaire diététique ... donc je veux dire un moment donné je suis capable de donner des conseils aux gens » ;
« [C'est l'histoire d'une] famille d'obèse avec deux sœurs, il y a jamais d'erreur, ils grossissent sans manger , une des sœur qui un jour à décider de maigrir, elle a fondu littéralement, [et elle explique] ouais ma sœur c'est le ketchup® et la mayonnaise » ; « Je suis toujours effaré quand je mange au restaurant, que je vois des gamins qui boivent du coca® en mangeant, je me dis oooh c'est pas possible mais alors après on dira oui mais c'est de temps en temps, je suis dubitatif » ; « Déjà dans les termes je parle jamais de régime de parle d'hygiène alimentaire, parce que le régime c'est frustrant, faut se priver, [...] non faut manger mais attention, attention à ce qui est sucré, attention à ce qui est gras » ;

« Expliquer que l'on peut manger heu des légumes surgelés, on peut utiliser des voilà, les fruits on peut éventuellement aussi utiliser des fruits surgelés, les smoothies les trucs ...où les enfants ça aiment bien, [...] parce que moi qui fait les courses c'est pareil, des fois je me dis, bin je comprends pourquoi l'enfant, quand je tombe sur la maman qui fait des courses, je comprends pourquoi l'enfant il est en surpoids ou obèse, parce que dans le caddie il y a les machins, les gâteaux, les trucs, les bonbons les Haribo® voilà »

➤ L'activité sportive un enjeu majeur :

Entretien 3 « A chaque fois, ça vraiment j'insiste sur l'activité physique, [...] toujours évaluer comment l'enfant bouge » ; « L'histoire de regarder la télé en mangeant, de rester sur les [jeux vidéo] et tout ça, ça joue énormément »

Entretien 5 « *On a des enfants qui sont de plus en plus grabataire. C'est lié au rythme de vie des parents qui fait qu'ils ont pas tout le temps non plus le temps le soir de faire des activités sportives ou d'autres activités ne serait-ce que de marcher ou de faire un peu de vélo ensemble* » ; « *Il y a beaucoup de grignotage* »

Entretien 6 « *On a la chance d'avoir les certificats sportifs pour les enfants, certains enfants on ne le voit que pour ça* »

Entretien 8 « *Il faut que tout le monde se mette au sport* »

➤ A l'école, la cantine :

Entretien 3 « *Je sais comment ils ont les répercussions à l'école* »

Entretien 4 « *Au niveau alimentaire c'est pas évident et s'ils mangent à la cantine, là c'est entre guillemet, ils subissent le menu proposé par la cantine, maintenant les cantines ils font des campagnes pour équilibrer les plats. Les menus de la cantine, ils ont pas l'air forcément déséquilibrés, je les regarde de temps en temps par curiosité, après ils précisent pas forcément les quantités. Je ne suis pas sûr non plus qu'ils surveillent à la cantine que l'enfant il ait mangé tous ces légumes et pas que les pâtes* »

Entretien 5 « *Les cantines ... on a beau dire que c'est diététique ... pour avoir des enfants qui mangent à la cantine, c'est vrai que c'est pas non plus toujours bien équilibré. Un enfant s'il aime pas les légumes, il mangera pas de légume* »

Entretien 10 « *Le petit il va manger à la cantine avec les autres, qui c'est qui va le restreinte à la cantine, personne* »

➤ Et le trouble psychologique ?

Entretien 3 « *Derrière un surpoids il y a toujours de toute façon un problème psychologique, et donc ça c'est pas du tout évident pour les parents de l'accepter, et puis de la prendre en charge, [...] la psychothérapie marche très très bien sur les enfants, [...] parce qu'une tierce personne en dehors des parents, je pense que ça a vraiment son poids pour les enfants* » ; « *Un enfant obèse moi je le dis c'est une conduite addictive, quoiqu'il en soit, et donc après on rentre dans toute la problématique de l'addictologie* »

Entretien 5 « *Il y a le côté psychologique aussi parce que bon on a beaucoup de divorce, on a beaucoup de famille compliquée, on a une société qui est plus compliquée à l'heure actuelle qu'auparavant ou peut être différente* »

Entretien 8 « *On se moque d'eux à l'école* »

3.2.7. Place du médecin, coordinateur ?

➤ Recommandation HAS 2011

Entretien 3 « Très bien la phrase, mais bon c'est très théorique, après il y a une prise en charge nécessaire »

Entretien 4 « C'est le rôle du médecin traitant, on doit tout faire, [rire] c'est toujours une espèce de phrase bateau, en soit je suis tout à fait d'accord, on est le médecin de famille donc on doit vérifier un peu tous les plans. Donc oui je dirai que c'est la définition du médecin traitant en fait cette phrase [rire] »

Entretien 5 « Comme tout traitement dès lors ou il y a quelque chose qui doit être mis en place [il faut] que tout le monde soit d'accord avec la prise en charge. Je pense qu'en effet pour qu'on ait un bon équilibre en soit il faut que les trois paramètres figurent dans la prise en charge »

Entretien 6 « C'est vrai qu'en soit ça résume tout »

Entretien 7 « Je pense qu'en théorie c'est assez facilement applicable mais qu'en pratique on ne peut pas faire les trois »

Entretien 8 « Je suis complètement d'accord, pour moi c'est les points les plus importants pour avoir une bonne prise en charge »

Entretien 10 « Ça c'est du politiquement correct, ça n'a rien à voir de concret, de pratique, donc si moi je dois parler à une assemblée je vais dire ça, mais c'est creux, c'est vide, il y a rien »

Entretien 9 « On parle beaucoup de l'éducation thérapeutique »

➤ Les campagnes de l'État :

Entretien 3 « C'est sur les sensibilisations à la télé, ni sucré ni salé ni gras, on devrait tout le temps trouver différent moyen de le dire à la télé et en publicité, pour moi ça a un très gros impact. C'est important les campagnes, les cinq fruits et légumes par jours c'est pas mal, mais c'est pas assez concret »

Entretien 4 « Je pense qu'au niveau pouvoir public ils ont essayé pour les cantines de faire attention »

Entretien 5 « *Il y a quand même beaucoup de campagne actuelle au niveau des écoles. Là je vois encore mon fils ce matin il a eu le repas petit déjeuner équilibré à l'école. Ils essayent quand même de sensibiliser beaucoup les enfants malheureusement ils ne sensibilisent pas les adultes* » ; « *C'est vrai que de temps en temps de faire des réunions avec l'école aussi pour nous sensibiliser à ça bin ça serait pas mal aussi pour les parents, ça éviterait le côté purement médical de la chose* »

Entretien 6 « *Il faudrait peut-être dépister plus au sein de l'école, ce qu'il y a moins, effectivement maintenant ils sont plus trop vu en scolarité, ils sont vu deux fois je crois, ce qui n'est pas énorme* »

➤ **Convention médicale**

Entretien 9 « *Maintenant c'est vrai qu'on a droit à la ROSP enfant (rémunération sur objectif de santé public), alors maintenant il y a un médecin traitant c'est la nouvelle loi de santé de 0 à 16 ans mais qui n'est pas obligatoire par contre [...] on a rajouté un versant pédiatrique qui fait que on suit les enfants et en particulier il y a le suivi de l'obésité* »

➤ **Les difficultés du médecin :**

Entretien 3 « *Ils n'ont qu'à nous payer des consults. à 100 euro pour qu'on s'occupe des prises en charge et là je passerai bien trois quarts d'heure, à m'occuper de la diététique des enfants avec grand plaisir, tu pourras transmettre mon message. J'ai de moins en moins de temps et je le fais de moins en moins, de prendre le temps de discuter. Je fessais beaucoup plus de prévention il y a encore 5 ans, maintenant je suis de plus en plus débordée. C'est vraiment du temps, parler avec un enfant, évaluer ces besoins et tout ça, ça devrait être une consult. d'une heure, et on n'a jamais prévu dans nos rémunérations des consultes d'une heure* »

Entretien 4 « *Peut-être des fois moi je dis tout le temps la même chose et du coup ils entendent plus ce que je dis* » ; « *Ça dépend en pratique comment les familles nous laisse accéder à leur mode de vie et comment ils se livrent ou quelle confiance ils portent en nous* »

Entretien 6 « *La prise en charge est difficile, [par rapport à] cette offre consommatrice quand même qui est très élargie. On n'a pas trop le temps pour faire les enquêtes, on essaie de débrouiller rapidement le terrain, mais on fait peut-être pas tout* »

Entretien 7 « *Finalelement on n'est pas là pour surveiller ce qui se passe à la maison, c'est toujours les parents qui décident* » ; « *C'est aussi la formation, on ne sait pas exactement ce qu'il faut faire et comment il faut faire, donc c'est pas forcément bien* »

Entretien 9 « *Le message il passe pas toujours, parce que quand même il y a cette notion peut-être un peu de frustration* » ; « *C'est vrai que ça fait partie un peu des fois quand on est dans les petits villages, aller faire les courses, on rencontre les gens qu'on connaît, souvent adulte, je regarde [leur caddie] et puis je dis « euh oooh j'ai rien vu » mais après venait pas me raconter des histoires* »

➤ Demande de l'aide :

Entretien 4 « *Quand on est avec une famille opposante je dirai à ce moment-là, j'essaie de faire prendre conscience avec un autre intervenant [...] si j'arrive pas à leur faire comprendre j'essaie de passer par un autre avis, qu'ils se rendent compte pour essayer de les éclairer, qu'ils se rendent compte différemment, avec un autre discours* » ; « *Si je vois que ça marche pas qu'il y a aucun comportement modifié j'essaie de passer avec quelqu'un d'autre, de passer sur un spécialiste ou un nutritionniste, une diététicienne pour faire les bilans* » ; « *Une nutritionniste pour expliquer les règles de bases, les erreurs alimentaires qui n'ont pas l'impression de commettre, alors qu'en fait il y en a plein, ou de voir carrément un pédiatre spécialisé pour l'enfant, pour que les parents réalisent bien qu'il y a soucis* »

Entretien 7 « *Finalelement on est perdu quand on doit adresser* » ; « *Peut-être une pédiatre ou un pédopsychiatre* »

4. DISCUSSION

Après un bref rappel sur la méthode utilisée, les résultats seront discutés selon les thèmes apparus lors des entretiens.

4.1. A propos de la méthode qualitative

4.1.1. Avantage de la méthode qualitative

« C'est la recherche qui produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observatoire des personnes (Taylor et Bogdan, 1984). Elle traite des données difficilement quantifiables. » (21)

L'étude qualitative est très adaptée *« lorsque les facteurs observés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer. Elle permet de répondre aux questions de type « pourquoi » ou « comment », et s'intéresse aux déterminants des comportements des acteurs ».*(22)

« Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure », les émotions, les sentiments ainsi que les comportements et les expériences personnelles.

Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. A ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins. » (22)

L'avantage de ce type d'étude est de :

- Me permettre de cerner un phénomène : rechercher de l'information pour faire le point sur le diagnostic et la prise en charge du surpoids de l'enfant
- Évaluer la façon de pratiquer des médecins généralistes
- Détecter le sentiment des médecins, leurs forces et leurs faiblesses, leurs besoins

4.1.2. Limites de la méthode qualitative

Cette étude peut être critiquée sur certains points

- L'absence de représentativité. En effet avec seulement 10 médecins interrogés mon étude n'est pas représentative de la population générale. Cependant l'enjeu d'une étude qualitative ne réside pas uniquement dans le nombre d'interrogé mais dans la manière de le faire et la façon d'analyser les résultats, (23)
- La durée des entretiens, qui en moyenne, se situe autour de 15 minutes. Or on sait que plus l'entretien est long plus les données sont personnelles et donc plus fiables, alors que tout entretien trop court « *empêche les personnes interrogées d'entrer en confiance et de se révéler réellement et complètement* », (23)
- Je suis la seule personne à avoir retranscrit les entretiens audios, ce qui peut entraîner un biais de mesure, (24) (17) (16)
- La population étudiée. En effet j'ai volontairement sélectionné des médecins sur un seul département,
- « *Les données qualitatives ne peuvent pas être analysées mathématiquement, elles peuvent seulement guider sur des tendances générales. Elles sont beaucoup plus ouvertes à l'opinion et au jugement personnel et peuvent seulement fournir des observations plutôt que des résultats* », (25)
- La recherche qualitative est unique et ne peut pas être rétablie à l'identique, ce qui signifie qu'elle ne peut pas être reproduite, (25)

4.2. L'Indice de Masse Corporelle, IMC

Le premier constat rappelé par les médecins est, qu'il est rare, que le premier motif de consultation pour un enfant soit le surpoids.

En l'absence de prise de conscience individuelle ou familiale, il s'agit donc souvent d'un diagnostic secondaire que le médecin doit réussir à aborder avec des mots simples sans froisser l'enfant ou ses parents, au risque de ne plus les voir revenir.

Ce diagnostic de surpoids est fait en partie grâce à l'IMC.

En partie car il semble que cet indice soit une notion assez floue chez nos médecins puisqu'aucun ne cite de chiffre précis et qu'ils se réfèrent plutôt aux courbes.

« Un enfant en surpoids c'est quand l'IMC dépasse la courbe limite supérieure » (Entretien 8).

Cependant tous les médecins interrogés parlent de l'importance de ce calcul pour :

- Poser un diagnostic, de le montrer puisqu'un « chiffre est plus parlant »
- Faciliter la compréhension des familles et de l'enfant.
- Un dépistage précoce
- Refléter l'état de santé de l'enfant. *« C'est le reflet de la bonne santé de l'enfant [...] c'est important par rapport à l'état général de l'enfant à son bon développement, à sa croissance » (Entretien 4).*
- Aider à prendre la décision d'enclencher une prise en charge spécifique.
- Le suivi de l'enfant, sa surveillance et savoir précisément où il en est dans sa courbe d'IMC. *« Calculer l'IMC alors bin je crois que ça fait partie de la surveillance en générale » (Entretien 9).*

Par ailleurs, l'IMC n'est pas calculé systématiquement, en effet sept des médecins interrogés ne l'utilisent que rarement.

Les raisons évoquées sont diverses, comme le logiciel qui ne calcule pas automatiquement l'IMC en fonction du poids ou de la taille, mais surtout il semble que les médecins interrogés se fient à « l'impression visuelle ». *« Quand l'enfant est trop gros, de toute façon je ne vais pas calculer l'IMC » (Entretien 3).*

Plus que l'IMC, sont cités comme outils le poids et la taille, fréquemment utilisés puisque 4 des médecins pèsent et mesurent l'enfant systématiquement lors de chaque consultation.

En moyenne l'enfant est pesé et mesuré au minimum une fois par an, ce qui est en dessous des recommandations actuelles qui sont de 2 fois par an après 2 ans et au minimum 3 fois par an avant 2 ans.

Les courbes staturopondérales sont également citées, « faciles à utiliser » et visuellement parlantes. Le fait qu'elles soient intégrées dans le carnet de santé par le Ministère de la santé et l'OMS depuis 1995 a peut-être permis aux médecins de se les approprier dans leur pratique quotidienne. (26)

Finalement l'aide du carnet de santé est soulignée par les médecins pour les courbes intégrées et le suivi quand les « points » ont été notés au fil des années.

4.3. Le médecin généraliste, acteur de la prise en charge

Le médecin généraliste a une place primordiale et centrale de prévention, de diagnostic, de prise en charge et de suivi des enfants en surpoids ou obèses. (31)

A chacun sa définition du surpoids et sa façon de mettre les choses en place, mais tous savent qu'ils doivent créer un lien à trois avec l'enfant au centre et ses parents autour.

On sait que l'objectif principal est l'amélioration de la qualité de vie et bien sûr la prévention des complications.

La prise en charge du médecin doit tenir compte des principes de l'éducation thérapeutique qui vise « à aider [l'enfant] à acquérir les connaissances dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie. Elle vise également à l'accompagner dans la mise en place des changements. Il s'agit d'un processus continu, intégré dans les soins et centré sur [l'enfant] ». (5)

Elle comprend plusieurs domaines d'intervention avec pour objectif final la modification des comportements.

Il est bien sûr indispensable que les parents soient impliqués dans l'éducation thérapeutique de leur enfant.

En effet « *il est recommandé d'obtenir l'adhésion de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille sur la prise en charge proposée, et de veiller à ne pas culpabiliser, blesser ou stigmatiser. Il est recommandé de prendre en considération les spécificités de certaines familles, notamment celles des milieux modestes. Quand les recommandations sont bien perçues, les familles des milieux modestes peuvent moins facilement les mettre en application que les familles des milieux favorisés.* » (5)

Les questions des représentations de l'alimentation familiale et du corps de l'enfant (un enfant rond est souvent perçu comme un enfant en bonne santé), de la perception de la notion de santé (la santé peut constituer une notion très abstraite pour les parents et les enfants) sont à prendre en compte. » (5)

Enfin l'objectif principal n'est pas la perte de poids mais le ralentissement de la prise de poids, car du fait de la continuité de la croissance, l'enfant rentrera spontanément dans la courbe.(5).

« *C'est pas grave tu vas grandir donc ça va se rattraper faut juste pas que tu continues de grossir* » (Entretien 4).

Cette prise en charge nécessite de créer un lien avec l'enfant : un médecin cite un « contrat ».

Il faut donc prendre en charge l'enfant pour son surpoids mais également inclure ses parents dans la thérapeutique, ce qui peut être complexe pour nos médecins. Que cela soit au niveau du temps (on passe deux fois plus de temps à expliquer à trois personnes) ou encore au niveau du suivi car ce sont les parents qui décideront de ramener ou non l'enfant en consultation. De plus, pour certains la prise en charge d'un enfant est plus difficile que celle d'un adulte. « *C'est même un peu plus dur que chez l'adulte, parce que l'on a l'enfant et les parents aussi à gérer en même temps* » (Entretien 2).

La solution trouvée par les médecins est donc une cohésion avec ce trio qui s'est formé.
« *D'où l'intérêt de convaincre les parents, de voir déjà de leur côté ce qu'ils en pensent, s'ils sont convaincus aussi qu'il excite un vrai problème de surpoids ou d'obésité, et s'ils veulent aller plus loin, je veux dire les courses c'est quand même eux qui les font, et les*

repas c'est les parents qui les préparent, je pense que ça passe d'abord par les parents et puis après par l'enfant » (Entretien 2).

Il semble que la prise en charge varie également en fonction de certains facteurs comme

L'obésité familiale :

On a pu constater au fil des interviews que cette pathologie est liée à un surpoids familial, dans ces cas-là aussi, la famille peut-être un frein dans la prise en charge de l'enfant en surpoids. (32). « *Tout dépend la réceptivité des parents [...] si c'est des familles d'obèses qui luttent eux même contre l'obésité depuis des années, c'est pas évident » (Entretien 4).*

Le niveau social :

Le niveau social du jeune patient est un facteur associé à la prévalence du surpoids. En effet la population plus défavorisée est plus à risque d'engendrer des problèmes de surpoids, nouvelle autre difficulté rencontrée par nos médecins, « *car bien mangé ça coute cher ».* (33)

L'adolescence :

Souvent arrivé à l'adolescence avec le fait de plus grandir que grossir l'enfant va entrer dans le bon couloir sur ses CSP. « *J'insiste surtout c'est quand ils sont à l'adolescence, je leur dis bien « là tu vois tu vas grandir, c'est le moment où ça va changer, si tu fais bien attention à comment tu manges et surtout plus bouger, tu arriveras progressivement au moins à rentrer dans le couloir » » (Entretien 3).*

Ils essaient d'être le plus simple possible pour une meilleure compréhension par tous.

4.4. Principes généraux de la prise en charge

La plupart des médecins prennent en charge l'enfant en surpoids seul initialement, ils se tournent vers un confrère surtout en cas de mauvaise évolution. En effet sur mes 10 entretiens, 2 adressent vers un spécialiste dans un premier temps, 7 dans un second temps et 1 n'adresse pas du tout au spécialiste. Les différents spécialistes sollicités sont : une diététicienne, un nutritionniste, un pédiatre, un gastro pédiatre, un endocrinologue, un psychologue ou encore un pédopsychiatre, qu'ils soient en libéral ou à l'hôpital de Hyères.

4.4.1. Prise en charge alimentaire

Tous les médecins interrogent l'enfant sur sa façon de manger, sur ses grignotages, ses quantités alimentaires consommées ... « *Une petite enquête diététique voir s'il y a des problèmes au niveau des repas, des goûters, des boissons* » (Entretien 6). La notion de « *guerre au sucre* » (Entretien 3) est revenue souvent.

Les grandes surfaces avec leur facilité d'accès et leur large choix de produits sont souvent fréquentées, et peuvent entraîner des erreurs d'hygiène alimentaire. « *On est quand même dans une société de consommation, qui n'aide en rien, avec une offre très élargie qui n'apporte pas forcément ce qu'il faut au niveau de la santé* » (Entretien 6).

Bien sûr il est recommandé de n'interdire aucun aliment, de même que les régimes amaigrissants sont déconseillés.

Chacun y va de son conseil, et surtout une éducation thérapeutique se met en place.

Il faut que les objectifs soient en accord avec l'enfant et sa famille, en tenant compte de leurs goûts et des représentations familiales de l'alimentation, liées au contexte social et culturel.

Il est nécessaire de définir des objectifs raisonnables, pour obtenir un changement durable dans les habitudes alimentaires de tous.(5) « *On a passé des contrats avec l'enfant directement* » (Entretien 5).

Enfin un point qui revient est l'alimentation à la cantine, qui ne peut être surveillée et contrôlée correctement, si l'enfant ne veut pas manger de légumes il ne mangera pas de

légumes. « *Les cantines ... on a beau dire que c'est diététique ... pour avoir des enfants qui mangent à la cantine, c'est vrai que c'est pas non plus toujours bien équilibré* » (Entretien 5).

De plus on retrouve des difficultés financières, en effet certaines consultations chez les spécialistes ne sont pas ou sont mal remboursées. Et le coût d'une bonne alimentation reste encore élevé.

Enfin, les médecins se retrouvent confrontés aux nouvelles habitudes de vie, qui sont parfois même culturelles, où la maman qui reste derrière les fourneaux à faire les repas équilibrés a tendance à disparaître. « *Les mamans qui se sont mises à travailler, donc elles ont moins le temps de cuisiner* » (Entretien 1).

4.4.2. Prise en charge sur l'activité physique

La notion d'activité physique est identifiée dans tous les entretiens. On retrouve de plus en plus d'enfant grabataire jouant devant son écran. (3) « *A chaque fois, ça vraiment j'insiste sur l'activité physique, [...] toujours évaluer comment l'enfant bouge* » (Entretien 3).

Le but principal de cette prise en charge est d'augmenter l'activité physique et de réduire la sédentarité avec un cumul de plus de 60 minutes d'activité physique par jour et avec une limitation du temps passé devant un écran.(5)

Un nouveau décret de décembre 2016 (34), permet de prescrire des séances d'activité physique aux Affections de Longue Durée (ALD). Même si celui-ci est limité aux adultes, il sera peut-être un jour élargi aux enfants. (35)

Aucun des médecins ne m'a cité de programmes mais j'ai trouvé quelques exemples de centres dans la région qui proposent des programmes d'éducation physique (30) :

Le centre hospitaliser d'Aubagne avec l'aide du Dr Marblé, propose un programme d'éducation du patient obèse mis en place au sein de la ville où un ensemble d'activités peut être proposé comme la marche, la natation, l'aquagym, le vélo, la gymnastique, les sport de combat... (30)

Le Dr Véronique Di Costanzo, Chef de service endocrinologie et maladies chroniques, chef de Pôle spécialités, Coordonnateur de programme ETP (Education

Thérapeutique du Patient) obésité – CH (Centre Hospitalier) de Toulon, a exposé le fait que « *l'activité physique a des bienfaits métaboliques...mais pas seulement* ».

« *Proposer de l'APA (activité physique adapté) permet au patient de pouvoir montrer son corps, affronter le regard des autres, être moins fatigué, retrouver une plus grande mobilité, une meilleure estime de soi, sortir de l'isolement.* »

Plusieurs activités sont possibles comme faire jouer des rôles, travailler les représentations, développer des connaissances, corriger les idées reçues, donner des repères concrets en termes d'APA (fréquence, intensité, durée, diversité).

Le programme APAS'SPORT a été mis en place sur La Seyne, Toulon et les quartiers vulnérables. (30)

« *Nagez bougez* », un partenariat entre l'AP-HM (Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille) et le Comité régional de Provence de natation, mis en place par le Pr Rachel Reynaud, PU-PH (Professeur des Universités - Praticien Hospitalier), Service de pédiatrie multidisciplinaire, Coordinatrice du programme ETP obésité - CHU (Centre Hospitalier-Universitaire) Timone Enfants et Anne Vial, directrice de l'ERFAN (Ecole Régionale de Formation des Activités de la Natation)-Comité Régional Provence Natation.

« *En effet 90% des personnes associeraient la natation et la santé.*

Le programme NFS (Nager Forme Santé) est une activité physique régulière, adaptée à la personne, ses capacités, ses objectifs, ses attentes, sécurisée et sécurisante, progressive et personnalisée pour répondre aux besoins de chacun. Il représente une offre de prévention primaire, secondaire et passerelle après les ateliers d'éducation thérapeutique. » (30)

Il y a également les programmes sport santé soutenus par l'ARS (Agence Régionale de Santé) PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur).

« *Le Dr Alain Ferrero a présenté les actions d'activités physiques et sportives financées par l'ARS PACA en faveur des personnes obèses. Ces actions sont soutenues par l'ARS et répondent aux principes de l'éducation thérapeutique en faveur des patients obèses. Il est proposé une diversité d'offres de proximité sur de nombreux territoires et lieux de vie (communes, associations, SSR, ...) pour des patients multiples (enfants, adultes, obèses, personnes diabétiques de type 2, personnes vulnérables...), gratuites car appuyée par l'agence.* » (30)

D'autres exemples peuvent être cités dans le Var (30):

L'EPGV (Education Physique et de Gymnastique Volontaire), Fédération multi sports, coordonnée par Anne-Line Ferrand (coordinatrice régionale de l'EPGV). Pour les jeunes de 6 à 16 ans, qui tournent sur 6 activités différentes, avec une diététicienne et une psychologue intégrées dans l'équipe. Il y a un prévisionnel de 132 enfants sur 7 programmes.

Le MAATIS (Médecine Art et Approches Thérapeutiques Innovantes en Santé), association en lien avec le CH de Toulon, présente sur Toulon Provence Méditerranée, les Quartiers CUCS, La Seyne, La Crau, en extérieurs sur Hyères. Avec deux créneaux sur deux SSR Carqueiranne et Le Pradet. On retrouve le Pass-Sport pour la santé à type de réentraînement à l'effort, pour le diabète, l'obésité, mais aussi les pré-op de chirurgie bariatrique.

Il y a donc dans la région de nombreuses actions mises en place dans la prise en charge de l'obésité infantile et surtout dans le développement du sport-santé.

Mais ces actions ne semblent pas être connues de nos médecins.

4.4.3. Prise en charge psychologique

Très peu de médecins m'ont parlé spontanément des problèmes psychologiques que peut engendrer le surpoids ou qui peut en être la cause. « *Derrière un surpoids il y a toujours de toute façon un problème psychologique* » (Entretien 3).

En effet le regard des autres enfants à l'école peut entraîner de réelles souffrances psychologiques. « *Compte tenu des conséquences psychologiques et des risques de discrimination, l'enfant obèse peut entrer dans une logique de dévalorisation de sa personne* ». (26)

Pour une prise en charge optimale « *il est nécessaire de créer une alliance thérapeutique avec une écoute active et un soutien avec empathie. L'importance du renforcement de la motivation, d'une formulation positive des objectifs, d'une déculpabilisation ou encore*

d'un renforcement des compétences sont des éléments primordiaux avec bien sur une cohérence parentale.

Une orientation vers un spécialiste comme un psychologue ou un pédopsychiatre peuvent parfois être nécessaire, comme par exemple après un échec de prise en charge ou lors d'une souffrance psychique intense ou encore lors de facteurs de stress familiaux ou sociaux ».(5)

Cependant on m'a fait la remarque que l'obésité pouvait être en lien avec des troubles addictifs.

L'obésité pourrait-elle être une addiction ? « *Un enfant obèse moi je le dis c'est une conduite addictive, quoiqu'il en soit, et donc après on rentre dans toute la problématique de l'addictologie* » (Entretien 3).

4.4.4. Prise en charge médicale et chirurgicale

Les médicaments ne sont pas recommandés chez l'enfant ou chez l'adolescent dans la prise charge du surpoids ou de l'obésité. D'ailleurs aucun des médecins interrogés ne prescrit de médicament dans ce sens-là. (5)

La prise en charge chirurgicale n'a pas sa place non plus. Notion que nous retrouvons lors du dernier séminaire de septembre 2014 sur l'éducation thérapeutique des patients atteints d'obésité. (30)

Aucun des médecins ne m'a parlé de la place de la chirurgie chez l'enfant ou l'adolescent, seul un médecin m'a dit que tous les enfants obèses qu'il a connu, ont fini par se faire opérer à l'âge adulte (Entretien 10).

Pour certains cas très exceptionnels, la chirurgie peut être réalisée, chez l'adolescent, par dérogation, qui aurait la prédiction d'un poids supérieur à 120 kg à 16-18 ans, et avec un échec de la prise en charge classique bien structurée. Les techniques employées chez l'adulte (anneau gastrique, sleeve gastrectomie, bypass gastrique) peuvent également être utilisées chez les adolescents dans ces cas très rares.

4.4.5. Limites du médecin généraliste

J'ai essayé de comprendre le point de vue du médecin, ses sentiments, ses faiblesses, ses limites.

Et notamment le réel sentiment d'inefficacité, le sentiment d'impuissance, exprimé par les médecins.

S'agit-il d'un manque de formation ?

90% des médecins n'ont suivi aucune formation sur l'obésité infantile, en effet seulement un a suivi une journée de formation au Garlaban sur l'obésité infantile en 2016. (20) « *Je n'ai pas suivi de formation sur l'obésité infantile, j'ai d'autres domaines avant à explorer* » (Entretien 3).

Le cursus scolaire est lui aussi plutôt évincé, malgré un item prévu aux ECN (Epreuves Classantes Nationales) (Item 267 Obésité de l'enfant), cela reste plutôt flou dans les mémoires de nos médecins. (27) Quasiment aucun ne se souvient avoir eu des cours sur ce sujet. « *Peut-être un petit peu en cours, on a un peu abordé le sujet mais je me souviens même plus* » (Entretien 6).

Ou d'un manque de temps ?

Un suivi régulier et prolongé d'au minimum 2 ans est nécessaire. (5) Il est malheureusement très peu réalisé en cabinet de médecine générale, souvent par manque de temps, que cela soit de la part du médecin ou des parents. « *Le carnet de santé j'essaie de le remplir, pareil une fois par an pour qu'on est quand même un suivi voilà quoi* » (Entretien 6).

Ou encore liée à la famille souvent citée comme frein à la prise en charge ?

Il faut premièrement faire accepter le diagnostic à la famille, en plus de le faire accepter à l'enfant.

Cette famille qui peut aussi avoir des problèmes de surpoids et l'obésité de leur enfant leur renvoie leur propre image négative.

Ou enfin à la difficulté d'utiliser le réseau de professionnels existants ?

La plupart des médecins ne s'estime pas isolé dans leur prise en charge grâce au réseau qu'ils ont pu se créer durant leurs années d'exercices. En effet neuf sur dix m'ont expliqué pouvoir trouver de l'aide facilement autour d'eux.

Les SSR sont connus et proposés par la moitié des médecins. « *Je n'ai jamais proposé au patient parce que je ne connais pas donc euh du coup je ne propose pas* » (Entretien 6).

Ont été cités, le centre Bettyzou (28), qui se situe à Carqueiranne et qui accueille des enfants de 6 à 13 ans, l'AJO les oiseaux (29), qui se situe à Sanary-sur-Mer.

Par contre, aucun ne m'a parlé d'associations locales vers lesquelles peuvent se tourner parents et enfants, associations qui peuvent s'avérer très utiles pour ceux qui sont perdus et du coup soulager le médecin. Qu'elles soient sportives avec des ateliers ou des programmes, ou plus tournées sur le versant psychologique. « *Ça pourrait être intéressant d'en connaître pour aider les mamans à mieux accepter, qu'elles puissent un peu se renseigner* » (Entretien 1).

A noter qu'internet n'est jamais cité comme source d'information. Pourtant j'ai trouvé facilement des programmes accessibles dans la région (voir paragraphe 4.5.2. Prise en charge sur l'activité physique). (30)

4.5. Recommandation HAS et campagnes de l'Etat

Selon les dernières recommandations de septembre 2011 de l'HAS, on retrouve 3 niveaux de prise en charge sur les modalités de suivi :

_ niveau 1 : « *prise en charge de proximité par le médecin de famille.*

Pour le surpoids ou l'obésité commune non compliquée, un contexte familial favorable et pas de problème psychologique et social majeur. »

_ niveau 2 : « *prise en charge multidisciplinaire organisée à l'échelle d'un territoire, faisant appel à des professionnels spécialisés.*

Si échec de la prise en charge de 1^{er} recours, et/ou un surpoids avec ascension brutale de la courbe d'IMC, et/ou une obésité avec comorbidités associées et/ou un contexte familial défavorable et/ou une problématique psychologique et sociale. »

_ niveau 3 : « *prise en charge organisée à une échelle régionale et coordonnée par un médecin et une équipe spécialisée.*

Si échec de la prise en charge de 2^{ème} recours, et/ou comorbidités sévères, et/ou handicap dans la vie quotidienne généré par l'obésité, et/ou contexte familial très défavorable. »(5)

Face à ces dernières recommandations où « *le médecin doit coordonner un accompagnement diététique, d'activité physique et psychologique en alliance avec la famille* », les réactions ont été diverses. Chacun sait que c'est la place du médecin d'être au centre de la prise en charge et que celle-ci résume parfaitement la place du médecin généraliste. Mais que dans la théorie la phrase est correcte mais dans la pratique elle est plus difficile à appliquer. (5) « *Je pense qu'en théorie c'est assez facilement applicable mais qu'en pratique on ne peut pas faire les trois* » (Entretien 7).

De plus, les campagnes de l'Etat ne sont pas assez concrètes pour certains et les médecins aimeraient plus d'aide de la part de l'école, même si c'est déjà sur la bonne voie. (36) (4) « *De la médecine scolaire, qu'il y ait aussi du dépistage pour faire convoquer les parents* » (Entretien 3).

4.6. Pistes de réflexion

Nous avons donc pu observer des prises en charges diverses, chacun faisant au mieux. Au terme de cette étude, aucun consensus ne peut être établi pour la prise en charge du surpoids de l'enfant.

Pour aider les médecins, il serait peut-être intéressant de mettre ou remettre en place des protocoles, des guides, des outils spécifiques à utiliser lors des consultations afin de standardiser et d'améliorer les prises en charge des enfants en surpoids.

Des « guides nutrition » et « fiches conseil » existent déjà, notamment grâce au programme du PNNS lancé en 2001 (36), qui sont trop peu utilisés et mal connus du grand public.

Il serait intéressant de remettre les mémoires à jour afin que les médecins se servent davantage de ces outils.

De plus il semblerait que les campagnes perdent de leur intérêt après plusieurs années. C'est pourquoi mettre en place la distribution de ces guides dans les écoles, à l'échelle nationale, aurait un effet bénéfique. En effet l'école peut avoir un rôle déterminant dans la prévention des troubles alimentaires et dans la communication auprès des enfants.

Des outils régionaux et départementaux existent également. Nous pouvons citer le CODES83 (Comité Départemental d'Education pour la Santé), association varoise vers laquelle les médecins peuvent se tourner. Celle-ci se veut analyser « les besoins de santé locaux » en exerçant « un rôle de soutien et d'expertise auprès des professionnels » et en développant « des programmes de promotion de la santé ». (37)

Il est vrai que mon étude parle du surpoids et de l'obésité infantile, mais n'oublions pas les maladies connexes comme la « super obésité » dont on parle de plus en plus ou l'anorexie qui a été mentionnée dans un certain nombre de mes entretiens.

En effet il convient de souligner que l'IMC permet de diagnostiquer des valeurs hautes mais également des valeurs basses. « *L'importance de l'IMC pour dépister justement l'obésité ou l'anorexie chez l'enfant* » (Entretien 8).

Et il ne faut donc pas négliger cette maladie, présente, souvent, à l'adolescence et qui émerge de plus en plus dans ce contexte socioculturel, où la maigreur refléterait la beauté. « *Aussi les anorexiques, parce que vers 10/12ans c'est surtout pour donner une indication sur le statut : surpoids, obésité ou anorexie* » (Entretien 7).

5. CONCLUSION

Mon travail est le fruit d'une réflexion au décours d'une consultation « banale » de médecine générale : qui s'occupe des enfants en surpoids et comment ?

Le surpoids est un des facteurs de risque cardio vasculaire chez l'adulte, la prévalence du surpoids chez l'enfant est en augmentation ; il m'a semblé que les médecins généralistes avaient une place centrale au sein de la famille et qu'ils pouvaient avoir de ce fait un rôle à jouer auprès de l'enfant en surpoids.

Cette étude qualitative met en évidence les pratiques, les sentiments et les faiblesses auprès de 10 médecins généralistes du Var face à un enfant en surpoids.

Dans un premier temps il est mis en exergue que le calcul de l'IMC, outil reconnu dans le dépistage du surpoids, n'est pas automatique dans la pratique courante.

Dans un second temps, cette étude confirme que le médecin généraliste se sent concerné par le surpoids de l'enfant et s'identifie comme acteur de prévention central.

Les solutions de prise en charge sont connues de tous les médecins enquêtés : changement des habitudes de vie, ajuster l'alimentation, pratiquer une activité physique régulière, stopper la sédentarisation, tenir compte de l'aspect psychologique.

Les médecins ont cependant un sentiment d'inefficacité, soit par manque de formation, soit par manque de temps ou encore à cause d'un rapport, parfois difficile, avec les parents.

Et bien qu'ils ne se sentent pas isolés, citant un réseau de professionnels ou de centres spécialisés, les médecins souhaiteraient être plus aidés par exemple par des campagnes télé ou des actions dans les écoles pour faciliter leur efficacité.

Elle m'a ainsi laissé interrogative : pourquoi les médecins, pourtant conscients du surpoids des enfants, et connaissant les outils de dépistage, ainsi que leur prise en charge, ont-ils ce sentiment d'impuissance ?

Des pistes d'actions à étudier pour l'amélioration de la prise en charge seraient la mise en place de consultations protocolisées ou de guides de nutrition qu'il faudrait couramment utiliser. Surtout il semble nécessaire que la prise en charge du médecin généraliste ne soit plus isolée, mais qu'il y ait un réel appui de la part des écoles et un travail en réseau avec les associations départementales ou régionales déjà existantes.

Bibliographie

1. OMS. OMS | Surpoids et obésité de l'enfant [Internet]. WHO. 2016 Disponible sur : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/fr/>
2. Les chiffres de l'obésité - Obésité-Santé [Internet]. Disponible sur : http://www.obesite-sante.com/comprendre_l_obesite/obesite_et_surpoids/chiffres_de_l_obesite1.shtml
3. Fourcade N, Von Lennep F, Grémy I, Bourdillon F. L'état de santé de la population en France, Rapport 2017 [Internet]. DRESS, Santé publique France ; 2017 p. 436. Report No. : 2017. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
4. Plan obésité 2010-2013 [Internet]. France : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé ; 2011 juillet p. 46. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf
5. HAS. Haute Autorité de Santé - Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003) [Internet]. 2011. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003
6. Surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent - ameli-santé [Internet]. Disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/surpoids-de-lenfant.html>
7. Delozier T. Un tiers des enfants européens est en surpoids. 2016 May 31 Disponible sur : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2016/05/31/25034-tiers-enfants-europeens-est-surpoids>
8. Charles MA, Basdevant A, Eschwège E. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. ObEpi Roche 2009 [Internet]. France ; 2009 p. 56. Report No. : 5ème édition. Disponible sur : http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/AttachedFile_10160.pdf
9. OMS. OMS | Obésité et surpoids [Internet]. WHO. 2016 Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
10. Kammerer B. Obésité infantile : ce qu'on ne nous dit pas (assez) [Internet]. Slate.fr. 2017 Disponible sur : <http://www.slate.fr/story/141998/obesite-infantile>
11. Haute Autorité de Santé - Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003) [Internet]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003
12. Gallois, P, Vallée JP, Le Noc Y. John Libbey Eurotext - Médecine - L'enfant à risque d'obésité et son médecin. Octobre 2005. 1(1) : 6.
13. Clément K. L'obésité, Emission révolutions médicales [Internet]. L'obésité. 2014 Disponible sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/obesite>

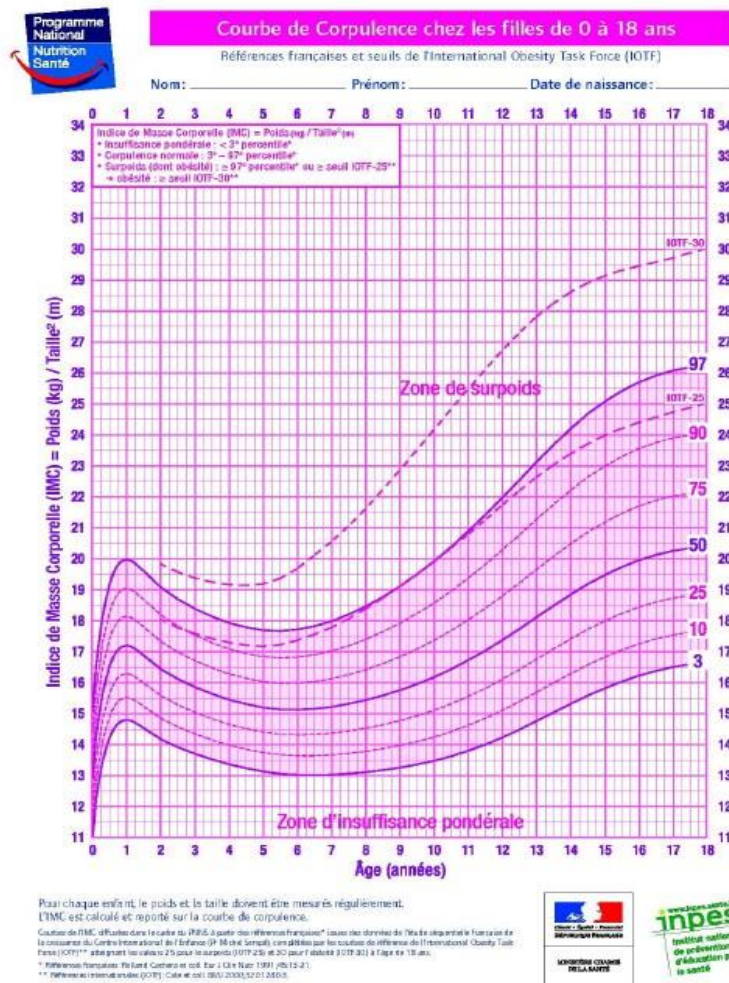
14. Obésité infantile : généralités [Internet]. Obésité. 2016 Disponible sur : <http://www.obesite.com/obesite-chez-lenfant/generalites/>
15. De Filippo G. Que faire face à un surpoids important chez des adolescents ? 2015 Dec 11 Disponible sur : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/12/11/24400-que-faire-face-surpoids-important-chez-adolescents>
16. Frappé P. Initiation à la recherche. 2011th ed. GMSanté, CNGE ; 2011. 216 p. (Association française des jeunes chercheurs en médecine générale).
17. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie d'"Acteur" à "Interdépendance." Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2009 ; 20(87) : 74, 75, 76, 77, 78,79.
18. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de "Maladie" à " Verbatim." Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2009 ; 20(88) : 106,107,108,109,110,111,112.
19. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2ème. Armand Colin ; 2015. 126 p. (128 Tout le savoir).
20. Diaporamas de la 3ème Journée Pédiatrique du 4 juin 2016 - Journée Pédiatrique du Garlaban [Internet]. Disponible sur : <http://journeepediatriquedugarlaban.canal-medecine.com/CM7-19814/Diaporamas-de-la-3eme-Journee-Pediatrique-du-4-juin-2016>
21. Kakai H. Contribution à la recherche qualitative [Internet]. 2008. Disponible sur : http://www.carede.org/IMG/pdf/RECHERCHE_QUALITATIVE.pdf
22. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2008 ; 19(84) : 142,143,144,145.
23. Wahnich S. Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique [Internet]. 2006 Disponible sur : <http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2006-06-0008-002>
24. Albouy-Llaty M. Les biais - Staff de santé publique [Internet]. 2011. Disponible sur : http://medphar.univ-poitiers.fr/santepub/images/staff_2011/0525_BIAIS.pdf
25. Shuttleworth M. Modèle de recherche qualitative [Internet]. Modèle de recherche qualitative. 2008 Disponible sur : <https://explorable.com/fr/modele-de-recherche-qualitative>
26. Risques d'obésité chez l'enfant et l'adolescent - Obésité-Santé [Internet]. Disponible sur : http://www.obesite-sante.com/comprendre_l_obesite/periodes_a_risque/chez_l_enfant_et_l_adolescent.shtml
27. Tounian P. Item 267 : Obésité de l'enfant [Internet]. Collège des Enseignants de Nutrition ; 2010. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/nutrition/enseignement/nutrition_27/site/html/cours.pdf
28. Barilla S. Site Bettyzou [Internet]. Bettyzou, Centre médical spécialisé dans l'obésité infantile. Disponible sur : <http://centrebettyzou.free.fr/>

29. AJO Les oiseaux | AJO Les oiseaux [Internet]. AJO Les Oiseaux, Soins de suite et de réadaptation. Disponible sur : <https://les-oiseaux.lna-sante.com/l-etablissement>
30. Marchais S. Education thérapeutique des patients atteints d'obésité [Internet]. La Baume-les-Aix-Aix-en-Provence ; 2014 Sep p. 37. Disponible sur : http://www.crespaca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/basesdoc/1/11150/seminaire.pdf
31. Ducos G, Bastet M, Pétrgne F. Le médecin généraliste et l'obésité de l'enfant. Une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes aquitains. John Libbey Eurotext. 2010 Mar ; 6(3) :4.
32. Prévention de l'obésité infantile – résultats de l'étude IDEFICS (EUFIC) [Internet]. Disponible sur : <http://www.eufic.org/article/fr/artid/Prevention-obesite-infantile-resultats-IDEFICS/>
33. Observatoire des inégalités. L'obésité chez les jeunes : le poids du milieu social [Internet]. Observatoire des inégalités. 2015 Disponible sur : http://inegalites.fr/spip.php?page=article&id_article=1322
34. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée [Internet]. Décembre, 2016. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000033748987
35. Paitraud D. Affections de longue durée : prescription d'une "activité physique adaptée" possible à partir de mars 2017 [Internet]. VIDAL. Disponible sur : https://www.vidal.fr/actualites/20647/affections_de_longue_duree_prescription_d_une_activite_physique_adaptee_possible_a_partir_de_mars_2017/
36. PNNS. PNNS | Manger Bouger [Internet]. MangerBouger. 2001 Disponible sur : <http://www.mangerbouger.fr/PNNS>
37. Qui sommes-nous ? - CODES 83 - Comité Départemental d'éducation pour la santé du Var [Internet]. Codes83. 2016 Disponible sur : <http://www.codes83.org/r/19/>

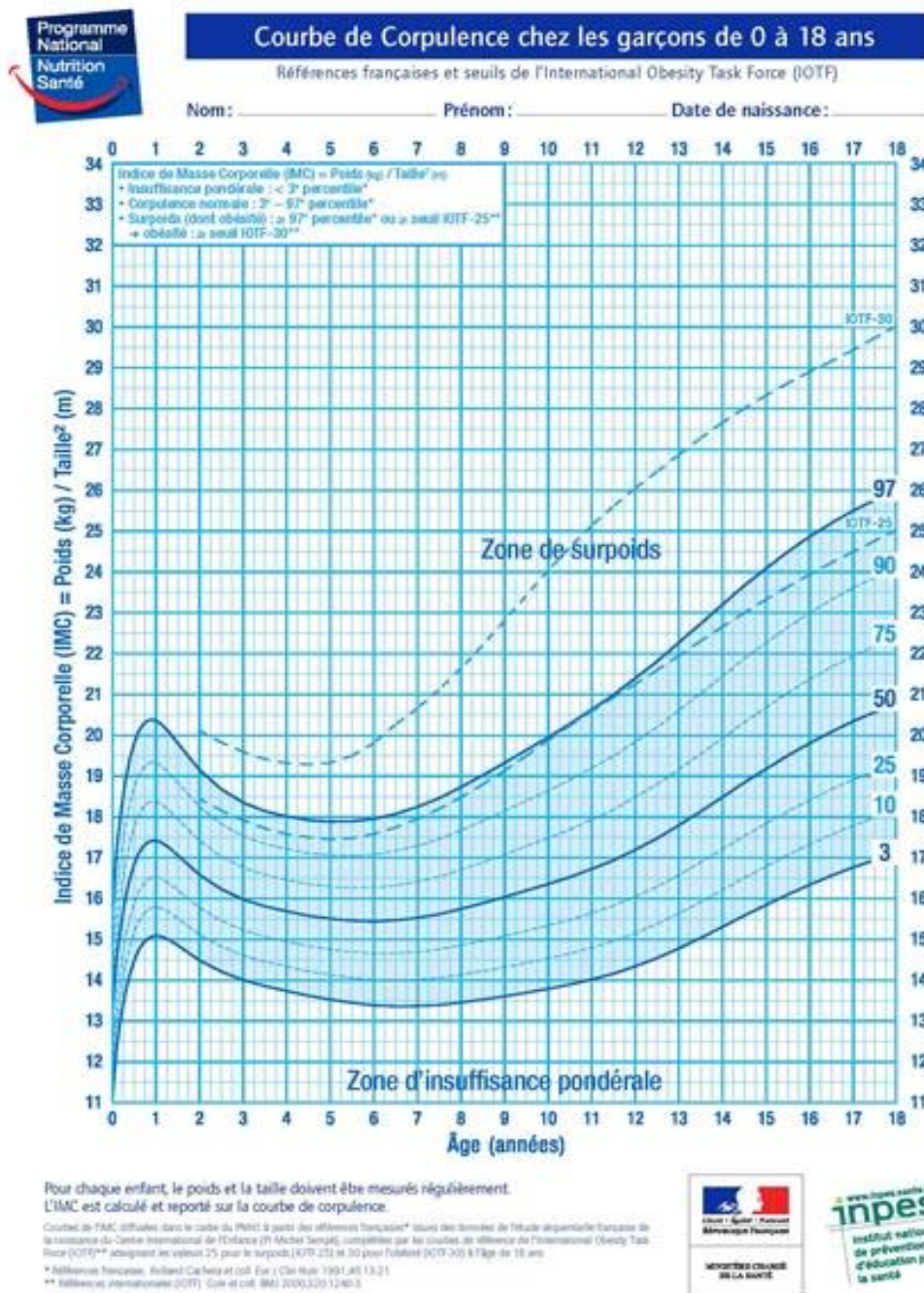
Annexes

Annexe 1, figure 1, *Courbe de corpulence du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique chez les filles de 0 à 18ans*

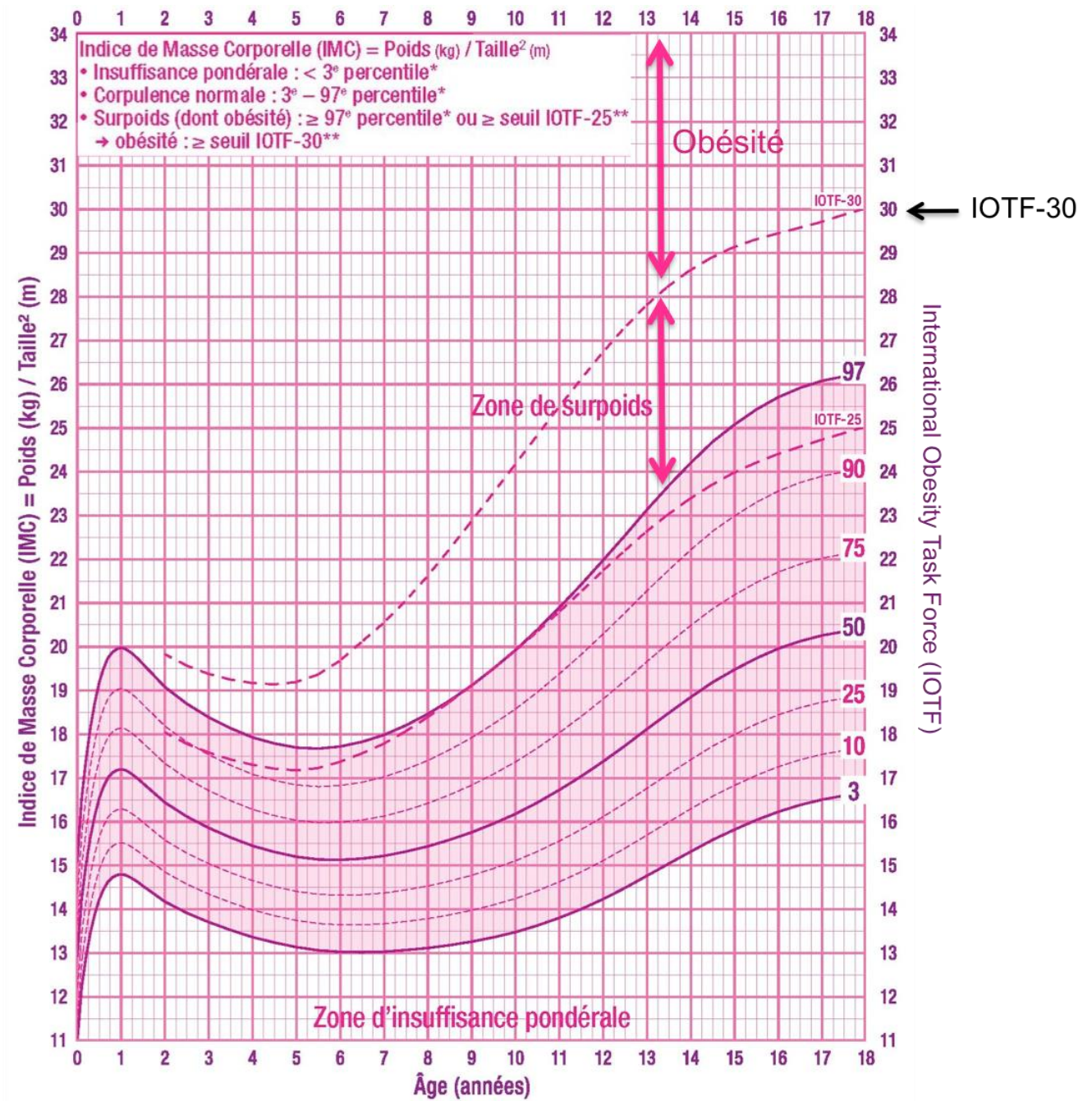
Courbes de corpulence du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique



Annexe 1, figure 2 *Courbe de corpulence du PNNS 2010 adaptée à la pratique clinique chez les garçons de 0 à 18 ans*

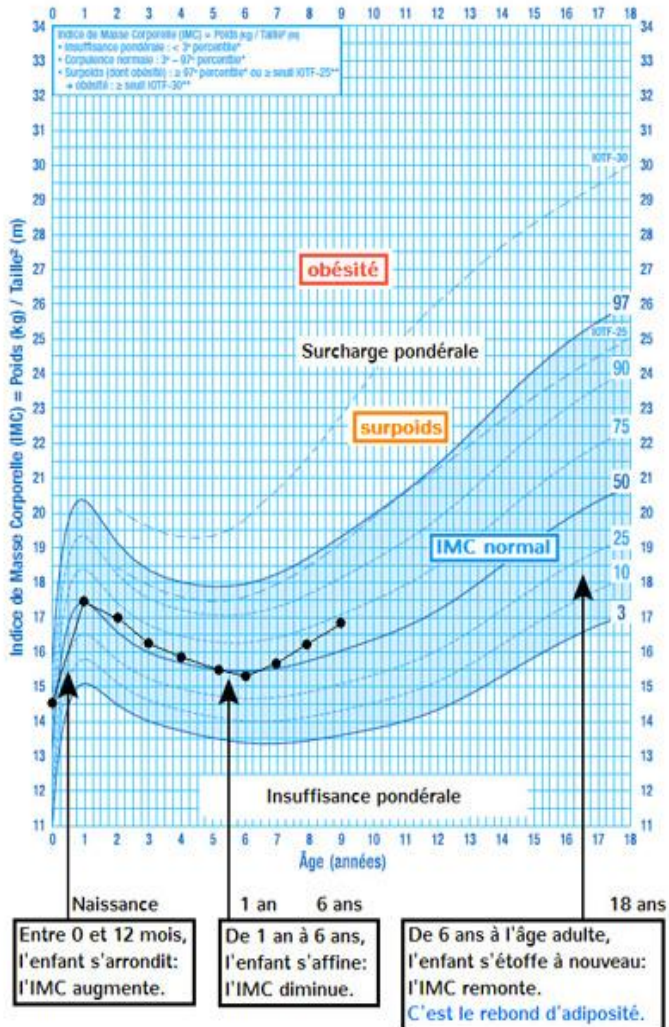


Annexe 1, figure 3 *Courbe de terme et seuils recommandé pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans selon les courbes de corpulences de PNNS*

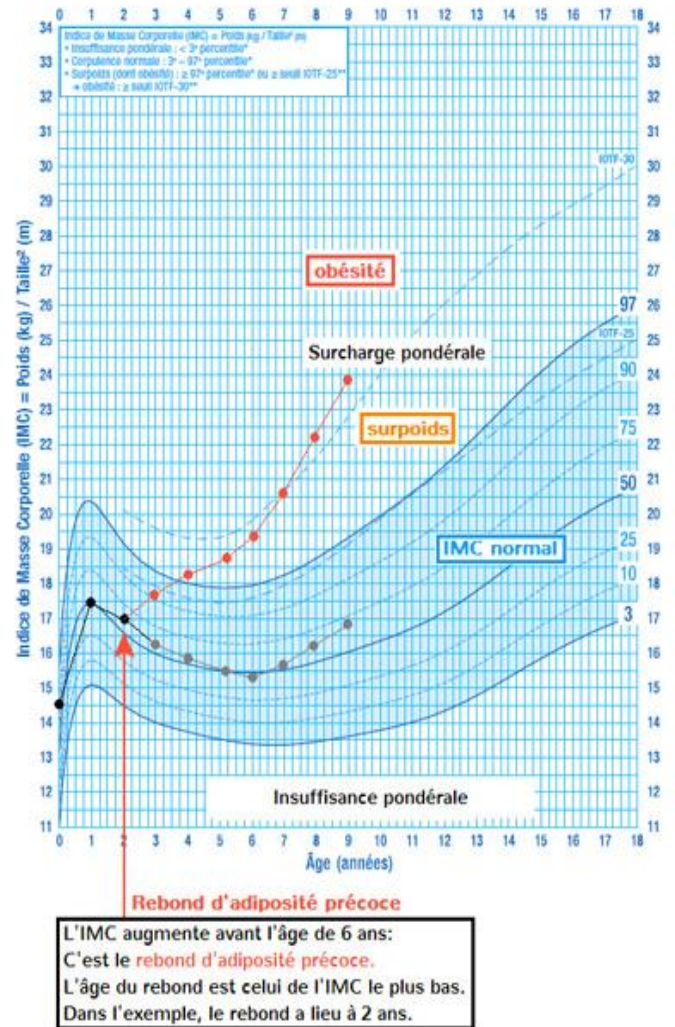


Annexe 1, figure 4 *Le rebond d'adiposité*

REBOND D'ADIPOSITE NORMAL



REBOND D'ADIPOSITE PRECOCE



Annexe 2, *Guide d'entretien initial*

Informations sur le médecin :

Sexe,

Age,

Ville du cabinet

Cabinet de groupe ou individuel

Date d'installation

% d'enfants en consultation

1) L'approche de l'enfant en consultation (IMC, poids, courbes du carnet de santé) :

Pensez-vous l'enfant à chaque consultation ? A quelle fréquence ?

Si oui : qu'en faites-vous ?

Non : pourquoi ?

Relance : En quoi est-il important pour vous de calculer l'IMC ?

Calculez-vous l'IMC de l'enfant à chaque consultation entre 6 et 12 ans ?

Si non, pourquoi ?

Relance : Utilisez-vous les courbes de percentiles en fonction de l'âge et du sexe présentes dans le carnet de santé ? Si non pourquoi ?

NB : IMC/Poids/Taille

2) Le généraliste dans la prise en charge : rôle et limite

Comment qualifieriez-vous un enfant en surpoids, quelle est votre définition ?

Relance : mesurez-vous le tour de taille chez un enfant ?

Que faites-vous face à un enfant en surpoids ? Quelle est votre PEC immédiate ? Et/ou différée ?

Relance : - l'adressez-vous vers un spécialiste ? (Psychologue, pédopsychiatre, diététicienne, kiné, professionnel en activités physiques adaptées)

-si oui, lequel ?

-l'envoyez-vous vers un pédiatre ?

Relance : S'il existe un surpoids, re-convoquez-vous l'enfant et ses parents lors d'une nouvelle consultation ? Si oui, dans quel délai ? Si non, pourquoi ?

Relance : Faites-vous un premier point tout de suite ? Décrivez-le-moi

3) Information, formation face au surpoids

Vers quelles associations locales pouvez-vous vous tourner ?

(Exemple : séance d'éducation thérapeutique en groupe, ateliers/stage d'activité physique adaptée, SSR pour enfant)

Relance : pouvez-vous me les citer ?

Quelle formation avez-vous suivie sur l'obésité en pédiatrie ?

Relance : où ? Quand ?

Si non pourquoi ?

4) Ressenti du médecin face au surpoids de l'enfant

Que pensez-vous votre prise en charge de l'obésité infantile ?

Parlez-moi de sa place dans votre consultation ?

Vous sentez-vous isolé dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant ?

Relance : Si oui, quels moyens aimeriez-vous qu'ils soient mis en place ? Amélioration ?

Vous sentez-vous être capable de gérer les enfants en surpoids

Relance : si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

5) Solution : modification des comportements

Dernière recommandation HAS 2011 : le médecin doit coordonner un accompagnement diététique, d'activité physique et psychologique en alliance avec la famille.

L'objectif de soin est l'amélioration de la qualité de vie et la prévention des complications.

Qu'en pensez-vous ?

Cela va-t-il modifier votre prise en charge lors de votre prochaine consultation ?

En quoi est-il difficile pour vous de modifier les comportements des enfants ou de leur famille ?

6) Autres éléments à ajouter ou préciser ?

« Je vous remercie pour votre aide très précieuse ; J'ai avec moi une fiche d'information ainsi qu'un formulaire à signer afin de m'autoriser à ce que les données recueillies lors de cet entretien puissent être traitées, si vous êtes d'accord »

Annexe 3, *Guide d'entretien remanié final*

Informations sur le médecin :

Sexe,

Age,

Ville du cabinet

Cabinet de groupe ou individuel

Date d'installation

% d'enfants en consultation

1) L'approche de l'enfant en consultation (IMC, poids, courbes du carnet de santé) :

En quoi est-il important pour vous de calculer l'IMC ?

Relance : Utilisez-vous les courbes de percentiles en fonction de l'âge et du sexe présentes dans le carnet de santé ?

2) Le généraliste dans la prise en charge : rôle et limite

Comment qualifieriez-vous un enfant en surpoids, quelle est votre définition ?

Que faites-vous face à un enfant en surpoids ?

Relance : - l'adrezsez-vous vers un spécialiste ? -si oui, lequel ?

3) Information, formation face au surpoids

Vers quelles associations locales pouvez-vous vous tourner ?

Quelle formation avez-vous suivi sur l'obésité en pédiatrie ?

4) Ressenti du médecin face au surpoids de l'enfant

Que pensez-vous votre prise en charge de l'obésité infantile ?

Vous sentez-vous isolé dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant ?

5) Solution : modification des comportements

Dernière recommandation HAS 2011 : le médecin doit coordonner un accompagnement diététique, d'activité physique et psychologique en alliance avec la famille.

Qu'en pensez-vous ?

En quoi est-il difficile pour vous de modifier les comportements des enfants ou de leur famille ?

6) Autres éléments à ajouter ou préciser ?

« Je vous remercie pour votre aide très précieuse ; J'ai avec moi une fiche d'information ainsi qu'un formulaire à signer afin de m'autoriser à ce que les données recueillies lors de cet entretien puissent être traitées, si vous êtes d'accord »

Abréviations :

ALD :	Affection de Longue Durée
AP-HM :	Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
AP-HP :	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
APA :	Activité Physique Adapté
ARS :	Agence Régionale de Santé
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CSP :	Courbes Staturo-Pondérales
Dr :	Docteur
ECN :	Epreuves Classantes Nationales
EPGV :	Education Physique et de Gymnastique Volontaire
ERFAN :	Ecole Régionale de Formation des Activités de la Natation
ETP :	Education Thérapeutique Patient
FMC :	Formations Médicales Continues
HAS :	Haute Autorité de Santé
HTA :	Hypertension Artériel
IMC :	Indice de Masse Corporel
INCA :	Enquête Individuelle et Nationale sur les Consommations Alimentaires
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IOTF :	International Obesity Task Force
MAATIS :	Médecine Art et Approches Thérapeutiques Innovantes en Santé
NFS :	Nager Forme Santé
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PACA :	Provence Alpes Côte d'Azur
PNNS :	Programme National Nutrition Santé
PU-PU :	Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
ROSP :	Rémunération sur Objectif de Santé Public
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 les 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 seront 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.

