



HAL
open science

Surpoids et obésité de l'enfant : freins à la prise en charge par les médecins généralistes

Laetitia Boujon, Claire Balvay

► **To cite this version:**

Laetitia Boujon, Claire Balvay. Surpoids et obésité de l'enfant : freins à la prise en charge par les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02963785

HAL Id: dumas-02963785

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02963785>

Submitted on 11 Oct 2020

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2020

**SURPOIDS ET OBÉSITÉ DE L'ENFANT : FREINS A LA PRISE EN CHARGE PAR
LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Laetitia BOUJON

Claire BALVAY

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 07/10/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Présidente du jury :

Madame le Professeur Anne-Laure BOREL

Membres :

Monsieur le Professeur Patrice FRANÇOIS

Madame le Docteur Christel ODDOU

Madame le Docteur Catherine DIDIER WRIGHT

Monsieur le Docteur Serge BOUHANA « directeur de thèse »

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Année : 2020

**SURPOIDS ET OBÉSITÉ DE L'ENFANT : FREINS A LA PRISE EN CHARGE PAR
LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Laetitia BOUJON

Claire BALVAY

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 07/10/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Présidente du jury :

Madame le Professeur Anne-Laure BOREL

Membres :

Monsieur le Professeur Patrice FRANÇOIS

Madame le Docteur Christel ODDOU

Madame le Docteur Catherine DIDIER WRIGHT

Monsieur le Docteur Serge BOUHANA « directeur de thèse »

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2019-2020

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Cancérologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH	LEROY Vincent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Hygiène hospitalière
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGLIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
MCF Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Anne-Laure BOREL,

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger notre travail. Aussi, veuillez recevoir, Madame, l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Patrice FRANÇOIS,

Nous vous remercions d'apporter votre expertise pour juger notre travail. Nous vous prions de croire en notre sincère gratitude.

A Madame le Docteur Christel ODDOU,

Recevez toute notre gratitude quant au partage de votre expérience dans la critique de ce travail. Nous sommes heureuses de vous compter dans notre jury.

A Madame le Docteur Catherine DIDIER WRIGHT,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre travail, mais également pour votre enthousiasme et votre disponibilité.

A notre Directeur de Thèse, le Docteur Serge BOUHANA,

Merci d'avoir accepté d'encadrer notre travail. Nous te remercions de nous avoir guidées avec bienveillance, précision et réactivité. Nous te sommes profondément reconnaissantes.

A toutes les personnes qui ont volontairement participé aux entretiens,

Merci d'avoir accepté de partager vos expériences et de nous avoir permis de réaliser ce travail. Grâce à vous nous avons pu élargir notre champ de vision et nous enrichir professionnellement.

Remerciements de Laetitia,

A Claire, ma coloc, mon amie. Quel bonheur de clore cette aventure à tes côtés ! Merci d'avoir percé les mystères de Word. Merci pour ta rigueur à toute épreuve, enfin si on exclut les feux rouges bien sûr ! Je te souhaite le meilleur pour la suite, c'est bien parti !

A ma famille, merci pour votre amour et votre soutien tout au long de ces études.

A toutes mes copines Nelly, Marylou, la team douze. Merci pour tous les bons moments passés ensemble tout au long de ces études et pour tous ceux à venir !

A tous mes colocs de la Tronche, d'Aix-les-bains, à Justine, je suis ravie d'avoir vécu cette expérience avec vous !

A tous mes co-internes, les annéciens péchus, la team de pédiatrie et l'équipe d'ARAVIS, que de belles rencontres et de merveilleux moments passés à vos côtés !

A tous les médecins que j'ai rencontré au cours de mes stages. J'ai grandi et appris énormément à vos côtés, merci.

Aux courageux qui ont relu et corrigé notre thèse, Steph, Baptiste, Michèle, Elsa, merci infiniment.

A Arthur, mon amour. Merci pour ta patience et ton soutien dans les moments difficiles. Merci pour tout l'amour que tu me portes. Je suis heureuse et je me réjouis à l'idée de toutes les aventures que nous allons vivre ensemble !

Remerciements de Claire,

A Laetitia : mon amie et ma co-thésarde sans laquelle cette thèse n'aurait jamais été terminée.
Merci pour ta joie de vivre et ta motivation.

A ma famille : à mes parents qui m'ont accompagnée tout au long de ces nombreuses années.
A Clém, qui m'a toujours permis de prendre l'air et de me changer les idées. A Denise et Man pour votre accueil parmi vous.

A mes amies : Lucy, Morgane, Hélène, Fanny, Carine, merci pour votre soutien depuis le début. Tout ce parcours (et plus encore) je l'ai fait avec vous. Justine, cette première année nous a permis de ne plus nous quitter. Ma Laure, quoi qu'il se passe, il fera jour demain. Caro et Alex, merci pour votre sourire et votre bienveillance. La plus belle équipe : Fiona et Lou, merci pour tous ces joyeux moments, vous avez encore un peu plus égayé ces années d'internat.

A mes compétiteurs préférés, merci pour ces années meylanaises, on se retrouvera peut-être plus tard sur un terrain.

A tous mes co-internes : Maité, Camille, Flavie, Simon, Flo et Vincent : merci pour toute votre bonne humeur. Maud et Lila, merci de m'avoir supportée ces quelques mois. Paul, merci pour ta gentillesse à toute épreuve.

A mes maîtres de stage, qui m'ont renforcée dans l'idée de devenir médecin généraliste. A très vite !

A Baptiste, pour ton rire, ta justesse, ton soutien, ton amour.

SURPOIDS ET OBÉSITÉ DE L'ENFANT : FREINS A LA PRISE EN CHARGE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

BALVAY Claire, BOUJON Laetitia

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien ou conflit d'intérêt relatif au sujet traité qui compromettrait l'intégrité des résultats.

Mots clés : freins, obésité pédiatrique, surpoids, médecin généraliste

Keywords: barriers, childhood obesity, overweight, general practitioner

Table des matières

RÉSUMÉ	13
ABSTRACT.....	14
INTRODUCTION	16
Contexte	16
Définition des termes	16
Obésité de l'enfant et médecine générale.....	17
Objectif de l'étude.....	17
MATÉRIEL ET MÉTHODES	18
Recueil des données	18
Analyse des données	18
Aspects éthiques et réglementaires	19
RÉSULTATS	20
Caractéristiques de l'échantillon	20
Les grandes catégories de freins.....	21
1. Difficultés théoriques et manque de connaissances	23
1.1. Liées au médecin.....	23
1.2. Liées à la pathologie.....	24
1.3. Liées à la société et l'environnement	25
2. Manque de temps	26
2.1. Pour les médecins.....	26
2.2. Pour l'enfant et sa famille	26
3. Comportements d'évitement et représentations	27
3.1. Liés aux médecins	27
3.2. Liés à l'enfant et à sa famille.....	28
3.3. Liés à la pathologie	29
4. Dimensions psycho-sociale et économique de la prise en charge.....	31
4.1. Abord de la cellule familiale	31
4.2. Difficulté de la prise en charge en fonction de l'âge	31
4.3. Le manque de motivation	31
4.4. L'obésité : problème de société.....	32
5. Politique de santé et organisation des soins	34
5.1. Prise en charge trop tardive	34
5.2. Échec des prises en charge actuelles	34
5.3. Interaction entre les différents niveaux de recours.....	35
5.4. Offre de soins	36
DISCUSSION	37
Comparaison des résultats avec la littérature	37
Forces et limites de l'étude	38
Les perspectives	39
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXES	45

Annexe 1 : Courbes d'IMC du nouveau carnet de santé 2018	45
Annexe 2 : Guide d'entretien (version 1).....	46
Annexe 3 : Guide d'entretien (version 3).....	48
Annexe 4 : Questionnaire quantitatif	49
Annexe 5 : Informations aux participants de l'étude et consentement.....	50
Annexe 6 : Entretiens.....	53
Annexe 7 : Serment d'Hippocrate.....	155

RÉSUMÉ

Contexte : L'obésité pédiatrique est un problème de santé publique mondial, avec des conséquences physiques et psychologiques pour les enfants, mais également pour la société.

Objectif : Explorer les freins à la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant par des médecins généralistes (MG) de Savoie et d'Isère non adhérents à un réseau tel que le RÉPPOP 38.

Méthode :   tude qualitative, menée par deux investigatrices, ayant conduit à quatorze entretiens semi dirigés auprès de MG installés. Les données verbales ont été enregistrées, transcrites, analysées et triangulées selon une méthode inductive.

Résultats : Les MG reconnaissaient l'importance de leur rôle dans la prise en charge de cette pathologie, mais décrivaient plusieurs catégories de freins liés au MG, à l'enfant et sa famille,    la pathologie et à la société. Ils évoquaient des lacunes théoriques et pratiques ainsi qu'un manque de formation. Le manque de temps était aussi soulevé. Les représentations de l'ob  siti   engendraient des comportements d'évitement de la part des MG comme des familles. S'y ajoutaient des difficultés dans la relation médecin-patient, liées à la dimension psycho-sociale de cette pathologie. Aussi, les MG évoquaient des freins liés à la politique de santé et à l'organisation des soins avec un manque de fluidité des filières, une offre de soin parfois limitée et une prise en charge trop tardive. Enfin, ils estimaient que l'ob  siti   pédiatrique était un problème complexe face auquel ils pouvaient ressentir un sentiment d'impuissance.

Conclusion : Le renforcement des compétences du MG, la prévention précoce, la prise en charge pluridisciplinaire et la mise en place d'actions gouvernementales spécifiques, permettraient de prévenir l'apparition de l'ob  siti   chez l'enfant, et donc de limiter les difficultés et les échecs de sa prise en charge.

ABSTRACT

Context : Childhood obesity is a global public health problem with physical and psychological consequences for children, but also for society as a whole.

Objective : This study aimed to explore the barriers to the management of overweight and childhood obesity encountered by general practitioners (GPs) in Savoie and Isère who are not members of the RéPPOP 38.

Method : This qualitative study was conducted by two investigators that carried out 14 semi-structured interviews of established GPs.

Results : The GPs recognized the importance of their role in the management of this disease, but described several categories of barriers related to the GP, the child and family, pathology and society. They mentioned theoretical and practical shortcomings as well as a lack of training. Lack of time was also raised. Representations of the state of being overweight and obesity has led to an avoidant behaviour on the part of both GPs and families, along with difficulties in the doctor-patient relationship, linked to the psycho-social dimension of this pathology. Finally, GPs mentioned obstacles linked to health policies and the organization of care with a lack of fluidity in the channels, a limited supply of care and a late patient care. GPs considered that childhood obesity was a complex problem in the face of which they could feel powerless.

Conclusion : The GPs knowledge building, early prevention, multidisciplinary care and the implementation of specific government actions would make it possible to prevent the development of obesity in children, and thus limit the difficulties and failures of its management.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CNIL	Commission Nationale Informatique & Libertés
CSO	Centre Spécialisé de l'Obésité
DREES	Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
IOTF	International Obesity Task Force
MG	Médecin Généraliste
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSU	Maître de Stage des Universités
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNNS	Programmes Nationaux Nutrition Santé
RéPPOP	Réseau de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique
RéPPOP 38	Réseau de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique en Isère
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

INTRODUCTION

Contexte

L'obésité de l'enfant est un problème de santé publique majeur en France et dans le monde depuis les années 1980. Le dernier rapport ESTEBAN (1) décrit une stabilité de la prévalence entre 2006 et 2015 du surpoids et de l'obésité à respectivement 17% et 3,9% des enfants âgés de 6 à 17ans. Néanmoins une étude récente publiée en 2019 par la DRESS (2) révèle une augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité entre 2009 et 2017 chez les élèves de troisième, le taux d'obésité passant de 3,8% à 5,4%. Cette prévalence varie de manière significative en fonction du statut social des familles. Il existe en effet une inégalité sociale forte, un quart des enfants d'ouvriers étant en surpoids contre moins de 10% chez les enfants de cadres.

Pour ralentir cette épidémie, le gouvernement a instauré dès 2001, une politique axée sur la nutrition à travers des PNNS quinquennaux, inscrits dans le code de santé publique, donnant à la fois des repères nutritionnels, mais permettant également la mise en place de campagnes de prévention et d'actions ciblées (3).

Définition des termes

L'OMS définit le surpoids et l'obésité comme « *une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé* » (4).

Le diagnostic s'appuie sur les courbes d'IMC qui ont été mises à jour en 2018 dans les nouveaux carnets de santé avec l'utilisation de seuils de l'IOTF après 2 ans (Annexe 1). Ainsi, la valeur de l'IMC seuil pour le surpoids ou l'obésité varie en fonction de l'âge de l'enfant, pour atteindre à 18 ans les valeurs de l'adulte. Les IOTF 25 et 30 correspondent alors aux IMC 25 et 30 (seuil de surpoids et d'obésité). D'après les recommandations de la HAS (5), l'IMC, qui correspond au rapport du poids (en kg) sur la taille (en m) au carré, doit être calculé régulièrement, au minimum 2 fois par an.

Cette surveillance permet de repérer des signes d'alerte :

- le rebond d'adiposité précoce (remontée de la courbe d'IMC avant l'âge de 6 ans) ;
- une ascension excessive continue de la courbe d'IMC depuis la naissance ;
- un changement rapide de couloir de la courbe d'IMC vers le haut ;
- un rapport tour de taille/taille supérieur à 0,5

Les conséquences de l'obésité infantile sont nombreuses que ce soit au niveau psychologique, cardio-respiratoire, métabolique, orthopédique, endocrinologique ou cutané. L'obésité de l'enfant majore également le risque d'être obèse à l'âge adulte (6) et donc les complications à long terme (5) (7). C'est pourquoi l'OMS considère que cette épidémie « *pourrait réduire à néant nombre des progrès sanitaires qui ont contribué à l'augmentation de la longévité observée dans le monde* » (8).

Obésité de l'enfant et médecine générale

Malgré les stratégies mises en place par le gouvernement, les objectifs de diminution de la prévalence de l'obésité sont loin d'être atteints. Ceci implique un coût important persistant pour la société estimé en 2012 à 20 milliards d'euros soit 1% du PIB français (9). Lors de la présentation de la Feuille de route 2019-2022 pour la prise en charge de l'obésité, l'ancienne ministre de la santé Agnès Buzyn a dévoilé les objectifs ambitieux d'une « *baisse de 15% de l'obésité de l'adulte et de 20% de celle de l'enfant d'ici 2023* ».

Dans ce contexte, les MG ont un rôle de premier recours primordial.

Il paraissait donc intéressant d'explorer les difficultés rencontrées par les MG au cours de leur prise en charge, afin de proposer d'éventuelles pistes d'amélioration.

Objectif de l'étude

Explorer les freins à la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant par les MG de Savoie et d'Isère non adhérents au RéPPOP 38.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Étude qualitative réalisée auprès de MG installés, exerçant en Savoie et en Isère et n'adhérant pas au RéPPOP 38. Les participants ont été recrutés selon la méthode de variation maximale et par effet boule de neige. Ils ont été sélectionnés par téléphone et courriers électroniques.

Recueil des données

Des entretiens individuels semi-structurés ont été menés à l'aide d'une grille d'entretien (Annexes 2 et 3) rédigée à partir d'une revue de la littérature puis testée au cours de 4 entretiens pilotes. Suite à ces entretiens, quelques modifications ont été apportées à la grille. Ils ont été recueillis sur le lieu de travail ou au domicile, en face à face ou par téléphone. Ils ont été enregistrés grâce à des logiciels d'enregistrement audio, après consentement des MG interrogés. Ils ont ensuite été retranscrits puis anonymisés sur un logiciel de traitement de texte, les données non verbales étant également recueillies. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, confirmée par deux entretiens supplémentaires.

Analyse des données

Une analyse des présupposés de chacune des investigatrices a été réalisée au préalable, afin de les mettre à distance. Dans un premier temps, un codage descriptif a été réalisé pour chaque entretien, afin de mettre une étiquette sur chaque élément faisant référence aux freins. Dans un second temps, un codage thématique a été effectué, permettant la construction d'une grille d'analyse transversale à tous les entretiens. Enfin, dans un dernier temps, chaque thème a été mis en perspective, amenant à une analyse inductive. Chaque étape de codage a été triangulée par les deux investigatrices. Le verbatim a été analysé via le logiciel MAXQDA.

Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude a fait l'objet d'un agrément auprès de la CNIL, obtenu le 1^{er} avril 2020.

RÉSULTATS

Caractéristiques de l'échantillon

Au total, 14 entretiens d'une durée de 13 à 47 minutes ont été réalisés. Les MG composant l'échantillon exploré présentaient des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles reportées dans les tableaux 1 et 2.

Tableau 1 Caractéristiques socio-démographiques des MG inclus dans l'échantillon

Sexe	Hommes	7
	Femmes	7
Âge	< 35 ans	3
	35 à 50 ans	6
	> 50 ans	5
Département d'exercice	Savoie	7
	Isère	7
Secteur d'exercice	Rural	3
	Semi-rural	7
	Urbain	4
Mode d'exercice	Exercice solitaire	2
	Cabinet de groupe	8
	MSP	4

Tableau 2 Caractéristiques professionnelles des MG inclus dans l'échantillon

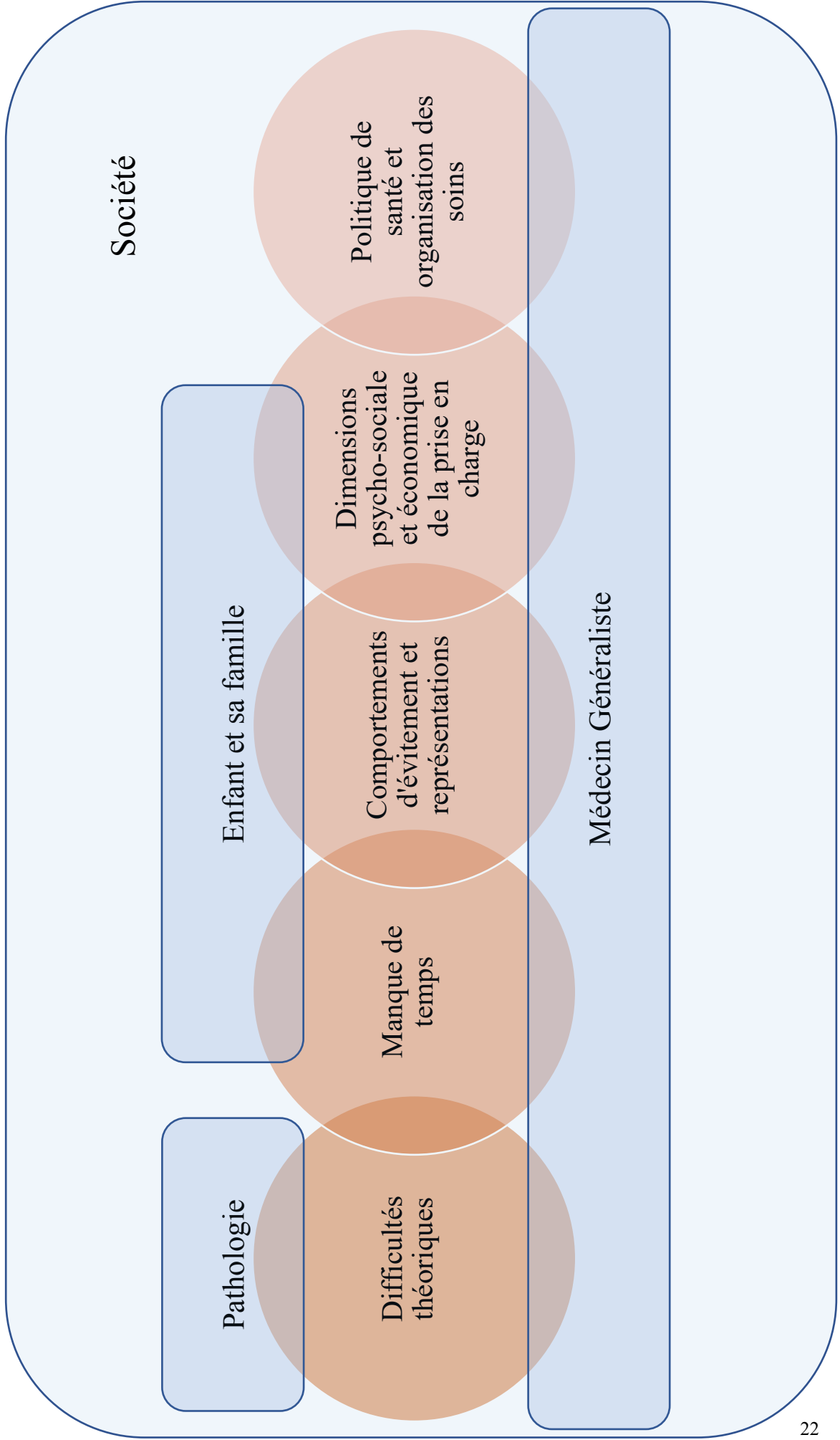
Part de pédiatrie dans l'exercice	< 20%	5
	20 à 50%	9
Diagnostic initial de surpoids ou d'obésité	MG	14
	PMI	2
	Médecine scolaire	2
Prise en charge du surpoids ou de l'obésité	Oui	10
	Non	4
Fonctions universitaires	MSU	4
	Non MSU	10
Formations complémentaires	Petite Enfance	3
	Nutrition	2
	Aucune	9

Les grandes catégories de freins

L'analyse des données a fait ressortir 5 grandes catégories de freins qui pouvaient être à la fois liés au MG, à l'enfant et à sa famille, à la société et à la pathologie elle-même (Figure 1) :

1. Difficultés théoriques et manque de connaissances
2. Manque de temps
3. Comportements d'évitement et représentations liés à l'obésité
4. Dimensions psycho-sociale et économique de la prise en charge
5. Politique de santé et organisation des soins

Figure 1 : Les freins et acteurs de la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique



1. Difficultés théoriques et manque de connaissances

1.1. Liées au médecin

Manque de formation

Plusieurs MG ne se sentaient pas assez formés dans le domaine de l'obésité pédiatrique (« *on n'a pas beaucoup de formation à l'obésité de l'enfant pendant nos études* » M8). Ils adoptaient alors une démarche empirique avec parfois le sentiment d'une prise en charge non optimale, voire une peur de la prise en charge qui bloquait l'instauration d'un suivi (« *je me sens pas parfois assez... Euh... Formée même pour les accompagner je ne les fais pas revenir pour parler que de l'obésité.* » M13).

D'autres MG pouvaient commettre des erreurs dans la définition de l'obésité et du surpoids pédiatriques et réaliser des diagnostics approximatifs en ne se référant pas à l'IMC (« *Je ne sais pas, moi je les vois en fait, (rires) donc je ne sais pas trop. Les IMC j'avoue je ne les calcule pas trop* » M1).

Le manque de formation à la communication en santé, en particulier avec les parents, posait aussi problème (« *est ce qu'on ne le vend pas bien, est ce qu'on, je ne sais pas, maintenant il y a plein de techniques d'écoute attentive, de, de... Que je ne connais pas* » M2).

Manque d'expérience et de pratique

Certains MG déclaraient manquer de pratique ce qui pouvait les mettre en difficulté pour le déroulement de la consultation (« *c'est pas un problème que je me pose tous les jours non plus donc c'est difficile de maintenir un fonctionnement quand c'est pas au quotidien* » M9). Ils ne s'approprièrent pas les différents outils techniques d'aide à la prise en charge.

1.2. Liées à la pathologie

Mécanismes méconnus et causes mal identifiées

Quelques MG évoquaient des difficultés dans le domaine du surpoids et de l'obésité de l'enfant, en rapport avec des causes mal identifiées ou des mécanismes encore méconnus. Selon eux, cela ne permettait pas une prise en charge exhaustive (« j'ai l'impression que tant qu'on n'a pas plus avancé dans la compréhension de l'obésité, on n'aura pas de choses intéressantes. » M1). Deux MG parlaient de l'alimentation comme d'une addiction avec les difficultés de prise en charge que cela implique (« le problème de l'alimentation c'est le même que l'alcoolisme, c'est une vraie addiction » M11). Enfin, les MG n'arrivaient pas à déterminer si l'état psychologique de l'enfant était une cause ou une conséquence de l'obésité ou du surpoids (« le retentissement psychologique, ça je peux retrouver un manque de confiance en soi, est-ce que c'est la cause, ou la conséquence » M3).

Prédisposition génétique et familiale

Environ la moitié des MG faisaient part d'une prédisposition génétique, à la fois lorsque les membres de la famille étaient eux-mêmes en surpoids ou en obésité (« si le père fait 100 kg, la maman en fait 80, il y a aussi le contexte génétique des fois » M7), mais aussi par rapport aux autres individus qui pour un même comportement alimentaire n'avaient aucun problème de poids, ce qui créait un sentiment d'injustice et d'inégalité (« il y a des gens naturellement, qui grossissent et c'est trop injuste, il y a des gamins, qui ne mangent guère plus que les autres et effectivement, ils sont en surcharge. » M1).

1.3. Liées à la société et l'environnement

Confusion entre les différentes courbes d'IMC

La variété des courbes et références disponibles, entraînait des confusions chez certains MG.
*(« ils ont fait des nouveaux carnets sans les bonnes courbes d'IMC c'est « con » quand même.
On pallie à ça à la maison de santé en imprimant les courbes du PNNS » M8).*

Manque d'impact des études évoquant le rôle de la société

Un MG regrettait le manque d'impact des études évoquant le rôle de la société sur l'obésité pédiatrique auprès des pouvoirs publics (*« si les pouvoirs publics ne prennent pas le problème à bras le corps et bin... On pourra que constater que ça progresse et peut être que si ce sont des constatations argumentées scientifiques... » M8).*

2. Manque de temps

2.1. Pour les médecins

Manque de temps en consultation

Les MG déploraient un manque de temps : leurs créneaux de consultation leur paraissaient trop courts pour aborder ce sujet, d'autant plus qu'il s'agissait rarement du motif de consultation. Il fallait donc traiter ce problème en plus des autres (« *on a un temps court de consultation et du coup en une consultation on ne peut faire qu'un motif* » M8). La démarche systématique de mesure poids, taille et IMC apparaissait aussi comme chronophage.

Manque de temps hors consultation

Un MG estimait également avoir trop peu de temps hors consultation pour se former et gérer ce qui n'avait pas pu l'être avec le patient (« *tout le temps qui est hors consultation, [...] ne me suffit pas à faire toute la coordination et tout le..., on va dire, le travail préparatoire dont j'aurais besoin en consultation pour être efficient* » M10).

Manque de rentabilité

Pour un des MG, la prise en charge de l'obésité pédiatrique n'était pas rentable. (« *Vous êtes payé 25 euros pour 40 minutes de consult* » M10).

2.2. Pour l'enfant et sa famille

Les MG évoquaient un manque de temps des parents par rapport à leur travail. (« *La difficulté, c'est souvent : « oui mais, on n'a pas le temps », ils bossent, donc ils n'ont pas le temps de s'occuper de leur gamin.* » M5).

3. Comportements d'évitement et représentations

3.1. Liés aux médecins

Attitude évitante

Les MG avaient du mal à se défaire de leurs préjugés. La majorité redoutait d'aborder le mode de vie familial, par peur de blesser ou de culpabiliser les parents (« *faire passer le message sans blesser, sans stigmatiser le mode de vie parental, les choix éducatifs et c'est là que c'est plus difficile* », « *Nous même on se bloque* » M8). Les MG savaient que les enfants en situation de surpoids ou d'obésité pouvaient éprouver un mal-être, les amenant à éviter le sujet. (« *En reparler avec eux c'est souvent mettre le doigt sur une souffrance. Et ils sont capables de tellement peu avoir envie d'en parler, que vaut mieux éluder le problème.* » M14). Ces représentations conduisaient à une attitude évitante avec des annonces restant implicites, sous-entendues et des difficultés à dire le mot obésité : (« *faudrait qu'on se revoie pour le suivi un peu... Ouais voilà en restant un peu générale.* » M13).

Valorisation excessive de la prise de poids du nourrisson

Trois MG évoquaient le paradoxe entre le jugement très positif de la prise de poids chez le nourrisson, apparaissant souvent comme un repère pour les parents, et le changement d'attitude par la suite, avec la crainte d'une prise de poids trop importante (« *il y a toujours la peur de l'enfant qui ne mange pas assez, qui ne grandit pas. Est-ce qu'on n'a pas nous aussi cautionné des trucs ?* » M3).

La prise en charge centrée médecin est un obstacle

Plusieurs MG faisaient part d'une discordance entre leurs propres exigences médicales pour promouvoir la santé et les besoins de la famille. Il y avait là une source de frustration pour le médecin et de dégradation de la relation médecin-patient (« *C'est surtout le fait de savoir que [...] j'ai un message à transmettre, j'ai quelque chose à faire changer, mais en face, c'est pas*

forcément sur le stade où ça peut entendre qu'il peut y avoir un problème plus tard. » M9 ; « il y a des gens qui viennent plus hein quand tu commences à leur parler de leur poids » M7).

Relation médecin-parents non collaborative

Les MG ne parvenaient pas à mettre en place un suivi médical avec des consultations dédiées car les parents ne revenaient pas (*« C'est très difficile de les faire revenir spécifiquement pour ça, on les attrape quand ils viennent pour autre chose en fait » M12*). Les MG étaient en difficulté pour créer une prise de conscience, obtenir l'adhésion des familles et initier des changements (*« je pourrais leur parler de la pluie et du beau temps que ce serait pareil » M6*).

3.2. Liés à l'enfant et à sa famille

Obésité et alimentation ne sont pas des problèmes médicaux

Pour les MG, les parents ne considéraient pas forcément l'obésité comme une maladie et l'alimentation n'était pas une affaire médicale (*« c'est un problème mais c'est pas une vraie maladie pour les familles parfois. » M12*). Ceci posait le problème de la légitimité du MG sur ce sujet et limitait son impact (*« ça serait ça qui manquerait, une légitimité de la part des parents, qu'ils sentent qu'on soit légitime pour qu'on parle de l'alimentation de leurs enfants » M2*).

Déni de l'obésité par les parents et les enfants

Les MG constataient la plupart du temps, que les parents étaient dans le déni du surpoids ou de l'obésité de leur enfant et souvent dans le déni de leur propre problème de poids avec une idée de « norme » intra-familiale (*« il y a les deux parents qui sont en situation d'obésité et qui considèrent que l'enfant est obèse, parce que les parents sont obèses » M4*). De ce fait, les parents n'étaient ni en demande de soin ni dans une démarche active pour remédier à la situation de leur enfant. Ils pouvaient même se montrer peu coopérants lorsque le MG entreprenait

malgré tout d'aborder le sujet, ce qui le mettait en difficulté (« *Quand on demande « qu'est-ce qu'il mange, comment ? », il y en a certains, qui nous donnent le truc tellement parfait, que ce n'est juste pas possible* » M2).

Approche culturelle de l'obésité

Le surpoids et l'obésité étaient parfois envisagés de manière positive, comme une norme ou un signe de bonne santé, ce qui menait à une banalisation des faits (« *l'enfant « bien portant », ne va pas être mal vu par les adultes* » M2).

Atteinte à la parentalité et à l'éducation

La question du poids de l'enfant impliquait une évaluation des habitudes de vie familiales par les MG. Ceux-ci percevaient alors que les parents se sentaient jugés dans leur intimité et remis en question dans leurs compétences parentales et éducationnelles (« *c'est un sujet qui remet en cause beaucoup de choses sur la vie, sur la maman en particulier enfin les parents* » M11). Ainsi pour les MG, les parents pouvaient prouver leur compétence à travers l'alimentation, utilisée comme récompense (« *ils ne se rendent pas compte que pour faire plaisir à leur gamin, ils leur donnent des bonbons, ils leur donnent des sucreries* » M5). Les MG devaient donc déconstruire les représentations parentales sur l'alimentation. Ils se retrouvaient parfois confrontés à une ambivalence parentale, avec une volonté de bien faire mais une inaction quand il s'agissait de modifier leur mode de vie (« *j'ai eu des parents quand même, qui prennent rendez-vous, pour le surpoids, pour l'obésité, pour parler de ça, en disant : « ça n'est plus possible », et derrière, il ne se passe rien quand même* » M2).

3.3. Liés à la pathologie

Certains MG avaient relevé chez les enfants des comportements d'évitement, notamment dans la pratique du sport, du fait d'un malaise lié à leur morphologie mais aussi du fait des difficultés

physiques qu'ils éprouvaient dans ces moments, comme par exemple l'essoufflement. L'appellation des activités adaptées pour « patient obèse » représentait aussi un frein à la participation des enfants, qui ne voulaient pas être stigmatisés.

4. Dimensions psycho-sociale et économique de la prise en charge

4.1. Abord de la cellule familiale

Pour les MG la prise en charge du surpoids ou de l'obésité pédiatrique nécessitait la participation de toute la famille, ce qui était difficile à obtenir. Les MG tentaient de responsabiliser les parents pour les impliquer (*« on veut que son enfant mange bien, mais on n'a pas envie de changer son alimentation à soi, mais le problème c'est que c'est le modèle et que ça ne marche pas du coup. »* M2). Pour évoquer les parents, six MG disaient « la maman » ce qui témoignait d'un investissement inégal des deux parents et n'était pas pour faciliter la prise en charge. Les MG relataient également des discordances éducatives chez les parents séparés qui s'avéraient ici aussi contre-productives.

4.2. Difficulté de la prise en charge en fonction de l'âge

L'attitude des MG différait en fonction de l'âge des enfants. Pour les enfants en bas âge, ils s'adressaient aux parents alors qu'ils s'adressaient directement aux adolescents et avec plus de précautions. (*« Les enfants, la plupart du temps, jusqu'à l'âge de... je ne sais pas, jusqu'à l'âge du collègue, ils ne sont pas du tout conscients du truc, ils s'en foutent complètement [...]. Après, je pense que c'est à partir du collègue, où il commence à y avoir les réflexions des autres, qui leur font prendre conscience de leur image corporelle, où ils se sentent un peu plus concernés »* M1 ; *« Avec les ados pourquoi ? parce que chaque fois qu'on leur parle de leur poids ils se disent « aller encore un qui me saoule avec ça ! »* M14).

4.3. Le manque de motivation

Démotivation du médecin

Au fur et à mesure des prises en charges, les MG perdaient leur motivation pour tenter de nouvelles choses du fait de l'absence de résultat et du manque de répondant des familles (*« j'ai un peu abandonné, parce que comme les gens ne reviennent pas, je ne suis pas très motivé à*

faire ça quoi. » M11). Les MG éprouvaient un réel sentiment d'impuissance, voire de fatalité qui s'apparentait à une « impuissance apprise ». Ils se sentaient également isolés dans ces prises en charges complexes, et avaient l'impression d'exposer l'enfant à l'échec et à la frustration (« *c'est terrible pour des gosses, parce qu'ils sont en privation tout le temps et pour pas beaucoup de résultats* » M1).

Démotivation de l'enfant et de ses parents

Les MG peinaient à motiver les familles. La nécessité d'une prise en charge exigeante sur le long terme, rapportée à des résultats faibles voire nuls, était particulièrement délétère pour la motivation quand elle existait (« *Comment les motiver ? (rires) alors ça je n'ai jamais trouvé.* » M1).

4.4. L'obésité : problème de société

Pour les MG, l'obésité était un problème croissant qui dépassait le domaine médical. C'était selon eux un problème de société (« *C'est même pas un problème de médecine hein c'est un problème de société.* » M7).

Impact néfaste du mode de vie occidental

La sédentarisation des enfants, l'incitation à la « malbouffe » à travers la publicité, la multiplication des écrans et l'emprise des réseaux sociaux favorisaient l'apparition de ce problème et freinaient l'approche thérapeutique (« *on a une jeune génération qui fait, du portable, de la console, et qui ne sort pas quoi [...]. Avant les gamins, ils faisaient du sport, ils faisaient du sport, là ils en font beaucoup moins.* » M5 ; « *si on continue à faire la pub pour les Mars® et les Bounty® à la télé et bin on peut pas se plaindre qu'on a des enfants obèses* » M8).

Impact des décideurs

Deux MG jugeaient que les pouvoirs publics ne prenaient pas leurs responsabilités, dans les décisions de santé publique face aux lobbys qui faisaient la promotion d'une alimentation trop riche et reconnue délétère pour la santé (« *ce qui coûte le moins cher, ce n'est pas forcément ce qui est le mieux pour la santé.* » M3 ; « *en tant que médecin dans un environnement aussi toxique on sera forcément impuissant et si les pouvoirs publics ne prennent pas le problème à bras le corps* » M8).

Rôle du statut socio-économique

Le faible niveau socio-économique des familles pouvait également freiner la prise en charge en limitant l'accès aux activités physiques, à une alimentation de qualité ou même aux soins (psychologue, diététicienne). Cependant, l'un des MG notait à regret que malgré la gratuité des soins ou des activités sportives, les patients n'y avaient pas davantage recours.

Dans les populations précaires où le surpoids et l'obésité avaient une plus forte prévalence, il était parfois impossible de mettre en pratique les mesures de prévention (« *on en a quand même qui dépendent des restaus du cœur, donc quand on essaie de faire de la prévention, et qu'on voit qu'ils n'ont que deux boîtes de légumes par semaine, on ne peut pas faire grand-chose.* » M2 ; « *c'est souvent des milieux défavorisés hein l'obésité chez les enfants, et euh... C'est souvent pas leur préoccupation* » M6).

5. Politique de santé et organisation des soins

5.1. Prise en charge trop tardive

Manque de prévention

Certains MG évoquaient un manque de prévention auprès des parents, notamment en rapport avec l'alimentation (« *Peut-être qu'il faudrait qu'on fasse de la prévention en amont, chez les femmes enceintes* » M2). Ils mettaient également en avant l'échec des structures de dépistage qui ne leur adressaient que rarement des enfants pour ce problème.

Distinction entre surpoids et obésité

Les MG faisaient une différence entre le surpoids, qui leur paraissait gérable et plus facile à aborder avec les parents, et l'obésité où ils se sentaient beaucoup plus démunis (« *Celui qui a quelques kilos de trop, bah on ne se prend même pas la tête quoi [...] Ceux qui étaient vraiment en surcharge de poids, je n'y suis jamais arrivée* » M1).

Rupture dans le suivi de l'enfant

Plusieurs MG remarquaient qu'ils arrivaient tard dans la prise en charge de l'enfant à cause d'une rupture dans le suivi, d'abord très régulier jusqu'à 18 mois, puis avec un possible décrochage jusqu'aux 6 puis 13 ans (« *la difficulté c'est souvent aussi les jeunes ados [...] qui ne viennent plus trop nous voir et que du coup on va les revoir parfois à plus de 100kg et que ouais, on fait comme on peut là !* » M12).

5.2. Échec des prises en charge actuelles

Les MG étaient la plupart du temps en échec dans leur prise en charge et ce malgré le concours des paramédicaux, du second ou troisième recours. (« *Non mais on n'est pas efficaces quoi, c'est des choses qu'on ne sait pas faire en médecine.* » M7).

5.3. Interaction entre les différents niveaux de recours

Opposition entre le premier et le second recours

Pour un MG, le premier recours (celui du MG) devait être développé avant d'envisager un second recours (celui du spécialiste ou d'un réseau), avec lequel il n'y avait souvent pas assez d'échange. (*« faudrait encore une fois voir l'historique du RéPPOP mais ça part beaucoup d'une antenne institutionnelle, d'un hôpital, et en fait finalement il y a une sorte de déconnexion entre l'hôpital et le libéral »* M11).

Un troisième recours rarement accessible

Deux MG notaient un accès restreint au troisième recours (celui du centre spécialisé) pour ses patients. (*« il y avait un séjour enfant, mais les critères d'inclusion étaient quand même très restrictifs »* M9).

Difficulté du double suivi

Le MG pouvait avoir du mal à trouver sa place dans la prise en charge d'un enfant déjà suivi par un pédiatre. (*« Parfois ils sont suivis aussi en parallèle par des pédiatres donc j'imagine qu'ils font aussi le... Mettre le doigt sur la problématique »* M9).

Besoin d'uniformisation du discours

Certains MG soulignaient la nécessité d'avoir un seul et même discours et regrettaient de ne pas avoir de référent à interpeler en cas de besoin (*« c'est important que tous les professionnels de santé puissent uniformiser leur discours »* M8).

5.4. Offre de soins

Une offre de soin limitée

Quelques MG rapportaient des limites dans l'offre de soin (paramédicaux et spécialistes). Les MG savoyards signalaient même la fermeture d'un SSR dédié à la prise en charge de l'obésité pédiatrique, ce qui amenuisait encore leurs ressources (« *en Savoie on est quand même pas très très bien lotis au niveau des spécialistes pédiatriques et euh ouais la clinique du Parc elle a fermé l'été dernier* » M12).

Isolement géographique

Les MG ruraux ou semi ruraux (et surtout en Savoie) se sentaient en situation d'isolement géographique ce qui ne permettait pas une prise en charge pluridisciplinaire et, de fait, renforçait le sentiment de solitude quant à cette dernière.

Filières de soins méconnues

Certains MG n'avaient pas connaissance de toutes les ressources de leur territoire ou avaient du mal à les appréhender (« *surtout avec un réseau mouvant, j'arrive pas à évaluer si il est en hausse ou en baisse et dans mon exemple le plus local il est en baisse* » M10).

DISCUSSION

Les MG ont décrit plusieurs catégories de freins à la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatriques, mettant en évidence la complexité de cette pathologie. Celle-ci intègre plusieurs dimensions :

- biomédicale (difficultés théoriques et manque de connaissances) ;
- psychologique (comportements d'évitement et représentations liées au surpoids et à l'obésité) ;
- économique (contraintes économiques liées à cette pathologie) ;
- sociétale (dimension psycho-sociale de la prise en charge et politiques de santé et d'organisation des soins).

Comparaison des résultats avec la littérature

Les différents freins rapportés par les MG concordaient, pour la majorité d'entre eux, avec ceux évoqués dans la littérature. Néanmoins, il existait une différence dans leur hiérarchisation. En effet, chez les MG interrogés, les freins les plus importants semblaient être liés d'une part aux comportements d'évitement (10), (avec les difficultés à aborder le sujet et les difficultés liées aux parents (11) (12) (13)) ; et d'autre part au sentiment d'échec des prises en charge actuelles, générant une insatisfaction face à cette pathologie qui les dépassait(14).

Dans la littérature, l'accent était plutôt mis sur l'impact de la société actuelle, avec son environnement obésogène et l'importance des inégalités sociales sur la prévalence de l'obésité infantile. Ces deux points étaient moins mis en avant par les MG interrogés, mais pouvaient expliquer leur frustration, et le sentiment d'échec, puisqu'ils étaient peu modifiables à leur niveau. L'efficacité des réseaux pluridisciplinaires de prise en charge de l'obésité infantile, tels que le RéPPOP 38 était souvent remise en cause par les MG isérois, ce qui constituait un point de discordance avec la littérature (15) qui semblait montrer une efficacité de cette approche.

Certains points soulevés par les MG, tels que l'addiction alimentaire, les difficultés du double suivi ou encore le non accès aux soins malgré la levée du frein financier ne trouvaient pas d'échos dans la littérature. Cette dernière idée pouvait cependant partiellement s'expliquer par un renoncement aux soins, plus fréquent chez les personnes défavorisées (16).

Enfin, la valorisation de la maigreur, la stigmatisation des personnes obèses et l'ambivalence de la société sur les représentations de la corpulence n'ont pas été évoquées par les MG, bien que ces données existent dans la littérature. En effet, la norme du corps idéal intégrée par la population, notamment via les médias, est en décalage avec la réalité (17). Cela semble induire des comportements discriminatoires envers les personnes « non conformes » au modèle, avec comme possible conséquence un risque augmenté de devenir obèse ou de le rester (18). L'un des objectifs du PNNS 4 vise d'ailleurs à promouvoir la variété des corpulences entre autres afin de limiter cette discrimination (3).

Forces et limites de l'étude

Les investigatrices étaient deux internes en médecine générale. L'élaboration de l'échantillon s'est faite en recherche de variation maximale afin d'assurer la validité interne de cette étude.

Il s'agissait de la première étude qualitative des enquêtrices.

Des biais d'investigation sont possibles. Il n'est pas exclu en effet, que des réponses aient pu être au moins partiellement induites par des questions orientées. Par ailleurs, dans le contexte sanitaire lié à la Covid-19, certains entretiens se sont déroulés au téléphone, ce qui ne donnait pas totalement accès au non verbal et a pu amener à une diminution de leur durée. Le MG pouvait moduler ses propos par conformisme, peur d'être jugé ou par manque de temps. Enfin cette étude explorait le point de vue de MG de Savoie et d'Isère non adhérents au RéPPOP 38.

Les résultats ne sont donc pas extrapolables à la population globale des MG.

Les perspectives

Renforcer les compétences du MG

Les MG ne se sentaient pas compétents pour la prise en charge de l'obésité pédiatrique notamment du fait d'un manque de connaissances et d'habilité communicationnelle. L'intégration d'ateliers pratiques et des bases de nutrition concrètes au cursus médical permettrait de remédier à ces lacunes et donnerait confiance au futur MG dans sa pratique. Il pourrait alors mieux éduquer et sensibiliser les parents en accord avec les recommandations de l'OMS (8) et du PNNS 4.

De plus, renforcer les compétences du MG pourrait le conduire à un meilleur sentiment d'efficacité personnelle dans la prise en charge de la pathologie et ainsi améliorer sa motivation à s'investir dans un véritable suivi de l'enfant en surpoids. Le sentiment d'impuissance apprise, tel que décrit par M.Seligman, s'en trouverait alors résolu.

Mesures d'incitation financière

Dans le but de répondre à la complexité de la consultation et de mieux la rémunérer, les pouvoirs publics ont mis en place en 2017, une cotation spécifique au suivi de l'obésité de l'enfant de 3 à 12 ans, permettant au médecin (déclaré médecin traitant de l'enfant) d'être rémunéré à hauteur de 46 €, au maximum 2 fois par an (19). Parmi les MG interrogés, aucun ne s'en est emparé car ils ne la connaissaient pas ou trouvaient son utilisation fastidieuse et stigmatisante.

Afin d'inciter les MG à mesurer et peser les enfants de moins de 16 ans au moins une fois par an, de nouveaux critères ont également été intégrés à l'attribution de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) (20).

La prévention du surpoids et de l'obésité de l'enfant

Plusieurs sources (7) (8) (21) (22) insistent sur l'importance d'une prévention très en amont, c'est-à-dire dès la grossesse voire en pré-conceptionnel et soulignent la nécessité de l'implication des gouvernements dans la maîtrise de l'environnement obésogène. Cette prévention est le devoir des médecins mais également de l'Éducation nationale et de la société dans son ensemble qui, à travers l'apport de connaissances précises aux familles sur le poids et les modes de vie et d'alimentation sains, permettraient une prise de conscience et un changement des comportements. Le gouvernement doit également mettre en place une prévention de proximité pour les populations défavorisées afin de réduire l'effet des inégalités sociales dans ce domaine.

L'approche pluridisciplinaire

Les MG faisaient part de la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire avec le besoin d'avoir un référent. En France le développement des RéPPOP pourrait répondre à cette demande et pallier le manque de temps en offrant la possibilité de déléguer.

Quoique non adhérents au RéPPOP 38, les médecins isérois interrogés ne semblaient pas satisfaits de cette structure. Il serait intéressant d'effectuer ce même type d'étude auprès de MG adhérents au RéPPOP 38, afin de comparer les points de vue.

Cette approche pluridisciplinaire figure d'ailleurs dans « *La feuille de route de la prise en charge des personnes en situation d'obésité* » (23) dont un des objectifs est de « *renforcer les centres spécialisés de l'obésité (CSO) dans leur rôle d'animation et de coordination de la filière de soins ainsi que d'appui des professionnels* ».

CONCLUSION

La prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant est un enjeu de santé publique majeur.

Les dernières études publiées semblent montrer une recrudescence de la prévalence après plusieurs années de stagnation, d'autant plus dans les milieux défavorisés.

Les conséquences autant physiques, que psychologiques chez l'enfant et l'adulte en devenir, ainsi que celles pour la société impliquent une prise en charge globale. Le médecin généraliste (MG), du fait de sa position privilégiée de proximité a un rôle important à jouer.

L'objectif de cette étude était d'explorer les freins à la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant par les MG de Savoie et d'Isère n'adhérant pas au RÉPPOP 38.

Cette étude qualitative a été menée par deux internes en médecine générale. Quatorze entretiens semi-dirigés ont été enregistrés, retranscrits, analysés et triangulés selon la méthode inductive.

Les MG reconnaissaient l'importance de leur rôle dans la prise en charge de cette pathologie, mais décrivaient plusieurs catégories de freins liées au MG, à l'enfant et sa famille,    la pathologie et à la société. Ils évoquaient des lacunes théoriques et pratiques ainsi qu'un manque de formation. Le manque de temps était aussi soulevé. Les représentations du surpoids et de l'ob  siti   engendraient des comportements d'évitement de la part des médecins comme des familles. S'y ajoutaient des difficultés dans la relation médecin-patient, liées à la dimension psycho-sociale de ce sujet. Enfin, les MG évoquaient des freins liés à la politique de santé et à l'organisation des soins, avec un manque de fluidité des filieres, une offre de soin parfois limitée et une prise en charge trop tardive. Pour conclure, les MG trouvaient que l'ob  siti   pédiatrique était un problème complexe face auquel, à leur échelle, ils pouvaient ressentir un sentiment d'impuissance. A partir du point de vue des MG, les meilleurs moyens de limiter l'apparition de l'ob  siti  , et donc l'échec de sa prise en charge, paraissaient être le renforcement des compétences du MG, la prévention précoce, la prise en charge multidisciplinaire et la modification de la réponse de la société actuelle, notamment par le biais d'actions gouvernementales.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 11/09/20.

LE DOYEN



Pour le Président
et par délégation
Pr. Patrice MORAND
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LA PRESIDENTE DE LA THESE



Pr. Anne-Laure BOREL

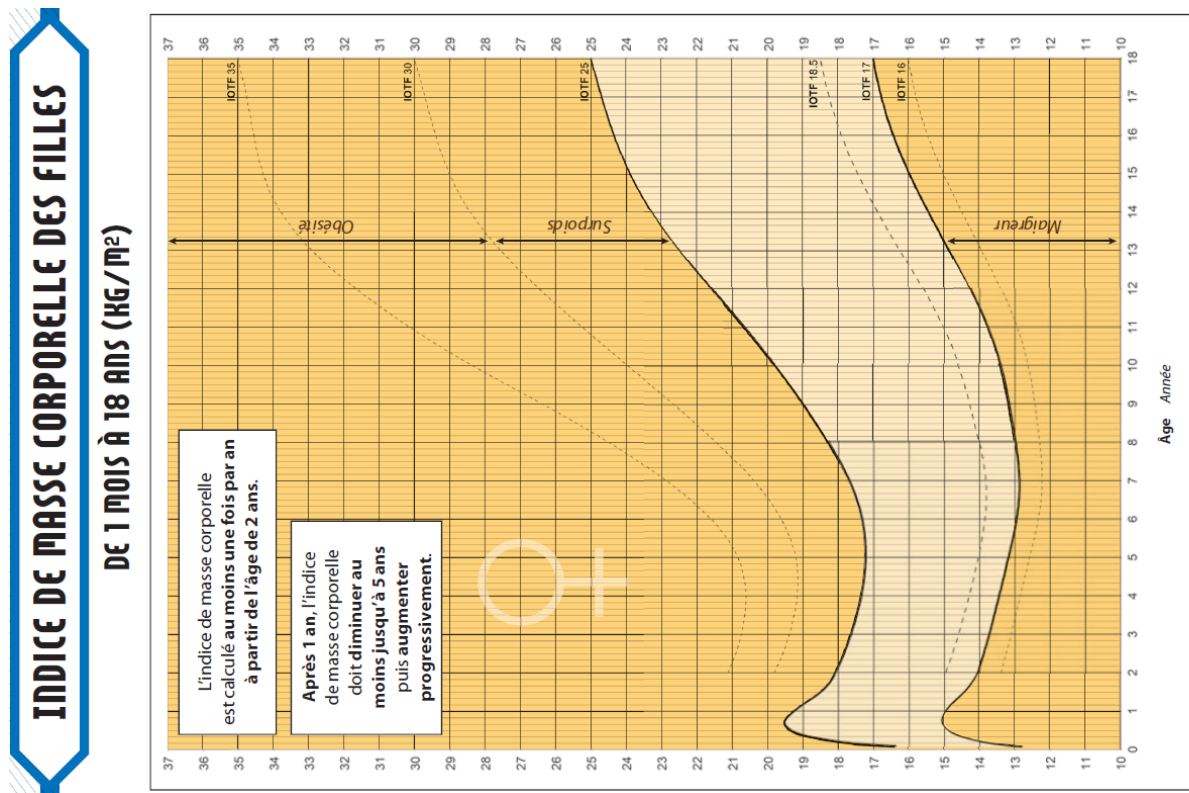
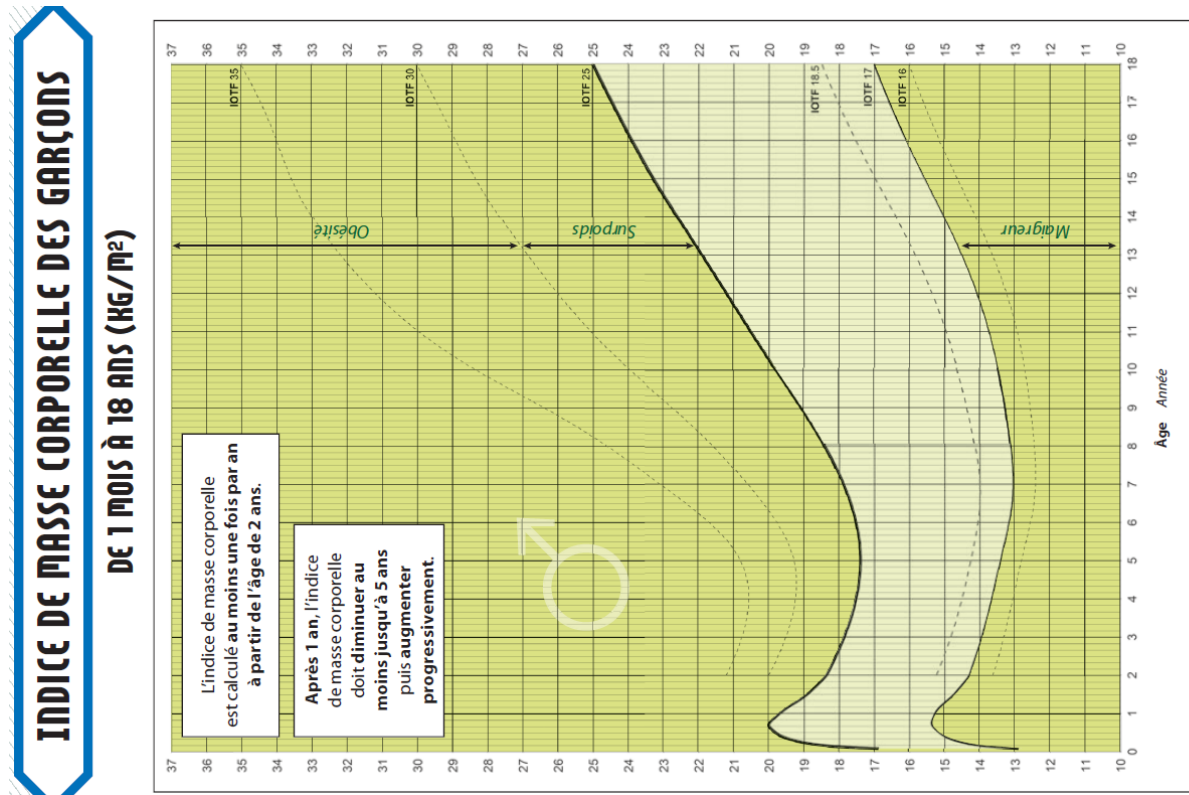
BIBLIOGRAPHIE

1. Santé Publique France. Étude de santé sur l'environnement la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition. (ESTEABAN 2014-2016) Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. 2017.
2. Guignon N. « En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale ». Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2019. Report No.: 1122.
3. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 2019-2023. 2019.
4. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 18 août 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
5. Haute autorité de santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent – Actualisation des recommandations 2003. Paris: HAS; 2011.
6. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting Obesity in Young Adulthood from Childhood and Parental Obesity. *N Engl J Med.* 1997;337(13):869-73.
7. Han JC, Lawlor DA, Kimm SY. Childhood obesity. *The Lancet.* 2010;375(9727):1737-48.
8. OMS | Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant. World Health Organization; 2016.
9. Vincent JM, Houdebine M. Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? Paris: Ministère de l'Économie et des Finances; 2016 p. 12.
10. Schalkwijk AAH, Nijpels G, Bot SDM, Elders PJM. Health care providers' perceived barriers to and need for the implementation of a national integrated health care standard on childhood obesity in the Netherlands – a mixed methods approach. *BMC Health Serv Res.* 2016;16.
11. Lachal J, Orri M, Sibeoni J, Moro MR, Revah-Levy A. Méta-synthèse qualitative de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2015;63(3):183-91.
12. Spivack JG, Swietlik M, Alessandrini E, Faith MS. Primary Care Providers' Knowledge, Practices, and Perceived Barriers to the Treatment and Prevention of Childhood Obesity. *Obesity.* 2010;18(7):1341-7.
13. Turner KM, Salisbury C, Shield JPH. Parents' views and experiences of childhood obesity management in primary care: a qualitative study. *Fam Pract.* 2012;29(4):476-81.
14. Rhee KE, Kessl S, Lindback S, Littman M, El-Kareh RE. Provider views on childhood obesity management in primary care settings: a mixed methods analysis. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):55.
15. Carriere C, Thibault H, Barat P, et al. Short-term and long-term positive outcomes of the multidisciplinary care implemented by the French health networks for the prevention and care of paediatric overweight and obesity. *Pediatr Obes.* 2019;
16. Després Caroline PD, Romain Fantin FJ. Le renoncement aux soins :une approche socio-anthropologique. *Quest Déconomie Santé.* 2011;(169).
17. Groesz LM, Levine MP, Murnen SK. The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *Int J Eat Disord.* 2002;31(1):1-16.
18. Sutin AR, Terracciano A. Perceived Weight Discrimination and Obesity. *PLOS ONE.* 2013;8(7):e70048.
19. Surpoids et obésité infantile [Internet]. [cité 9 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/surpoids-et-obesite-infantile/un-enjeu-de-sante-publique>

20. Assurance Maladie. Rosp du médecin traitant de l'enfant [Internet]. [cité 9 août 2020]. Disponible sur: <https://convention2016.ameli.fr/valoriser-lactivite/valoriser-lactivitenouvelle-rosp-enfant/>
21. Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, Farooqi IS, Murad MH, Silverstein JH, et al. Pediatric Obesity-Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102(3):709-57.
22. Brown CL, Perrin EM. Obesity Prevention and Treatment in Primary Care. *Acad Pediatr.* 2018;18(7):736-45.
23. DGOS, DGS, CNAM. Feuille de route: prise en charge des personnes en situation d'obésité. 2019 - 2022. 2019.

ANNEXES

Annexe 1 : Courbes d'IMC du nouveau carnet de santé 2018



Annexe 2 : Guide d'entretien (version 1)

Explorer les freins à la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatriques par les médecins généralistes en Savoie et en Isère non adhérents à un RéPPOP.

Grille d'entretien

- Pour vous, qu'est-ce que le **surpoids, l'obésité** ?
Quel rôle pensez-vous jouer dans la prise en charge ?

- Comment vous positionnez-vous en tant que médecin généraliste ?

- Une fois le diagnostic d'obésité ou de surpoids posé (par vous, la PMI, la médecine scolaire) comment évoquez-vous le sujet,
 - auprès des parents ?
 - auprès de l'enfant ?

- Quel(s) **type(s) de conseil(s)** délivrez-vous à l'enfant et/ou à son entourage ?

- Quelles sont vos **difficultés**,
 - pour la suite de la prise en charge ?
 - pour le suivi du problème ?
 - à quels obstacles êtes-vous confronté ?

- Avez-vous **recours à des aides** lors de cette prise en charge ?
 - Recours auprès d'autres professionnels de santé (diététicien, psychologue, pédiatre...) ?
 - Aides techniques ou autres ?

- Que pensez-vous des **cotations spécifiques** à ce type de consultations ? Les utilisez-vous ?

- Avez-vous observé des **caractéristiques ou difficultés relationnelles particulières** avec l'enfant ou son entourage, lors de votre prise en charge d'un excès de poids ?

- Comment vous positionnez-vous sur **l'utilité des réseaux** ?
 - Connaissez-vous les RéPPOP ?
 - Seriez-vous disposé à intégrer un RéPPOP ? (Quels avantages ? Quelles contraintes ?)

- Quels **autres besoins** avez-vous identifiés ?

Annexe 3 : Guide d'entretien (version 3)

Explorer les freins à la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatriques par les médecins généralistes en Savoie et en Isère non adhérents à un RéPPOP.

Grille d'entretien

- Pour vous, qu'est-ce que le **surpoids, l'obésité** ?
 - Quel **rôle** pensez-vous jouer dans la prise en charge ?

- Une fois le diagnostic d'obésité ou de surpoids posé (par vous, la PMI, la médecine scolaire) comment **évoquez-vous** le sujet, comment faites-vous l'annonce ?

- Quel(s) type(s) de **conseil(s)** délivrez-vous à l'enfant et/ou à son entourage ?

- Quelles sont vos **difficultés** dans la suite de la prise en charge ?

- Avez-vous **recours à des aides** lors de cette prise en charge ?

- Au fil de vos consultations, avez-vous observé des **caractéristiques particulières ou des difficultés particulières dans la relation** que vous avez avec l'enfant en surpoids ou obèse ou avec son entourage ?

- Dans votre prise en charge, voyez-vous d'**autres limites** (sociales, économiques) ?

- Comment vous positionnez-vous sur l'**utilité des réseaux** ?
 - Seriez-vous disposé à intégrer un RéPPOP ? (Quels avantages ? Quelles contraintes ?)

- Quels **autres besoins** avez-vous identifiés ?

- Avez-vous autre chose à ajouter sur ce thème ?

Annexe 4 : Questionnaire quantitatif

Êtes-vous ? :

- un homme une femme

Votre âge est :

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

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

- urbain seul
 rural maison santé pluridisciplinaire
 semi rural en cabinet de groupe

Vous exercez en :

- Isère Savoie

Part de pédiatrie dans votre exercice :

- < 20% Entre 20 et 50% > 50%

Le diagnostic des enfants obèses ou en surpoids de votre patientèle a été fait par :

- vous-même la PMI
 la médecine scolaire autres :

D'une manière générale, concernant les enfants obèses ou en surpoids de votre patientèle, avez-vous initié une prise en charge ?

- oui non

Pouvez-vous dire actuellement quel est le nombre d'enfants en surpoids ou obèses que vous suivez ?

Avez-vous une formation complémentaire particulière ?

- dans le domaine de l'enfance dans le domaine de la nutrition MSU

Annexe 5 : Informations aux participants de l'étude et consentement

Surpoids et obésité de l'enfant : freins à la prise en charge par les médecins généralistes

BALVAY Claire et BOUJON Laetitia

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude dans le cadre de la recherche en médecine générale.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations de réfléchir à votre participation, et pour demander au responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Intitulé de l'étude : Explorer les freins à la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique par les médecins généralistes en Savoie et les médecins généralistes en Isère non adhérents au RÉPPOP 38.

Etude sous la direction : Dr Serge BOUHANA

Investigateur principal : Claire BALVAY et Laetitia BOUJON

Méthode de l'étude : Thèse qualitative, avec entretiens semi dirigés.

Critères d'inclusion : tout médecin généraliste, exerçant en Savoie ou en Isère.

Critères d'exclusion : adhésion au RÉPPOP 38

Caractéristique de la population étudiée : sexe, âge, mode d'exercice, lieu d'exercice, part de pédiatrie dans l'activité, qui a fait le diagnostic obésité/surpoids, qui a initié la prise en charge, formation complémentaire.

Conduite des entretiens : entretiens individuels retranscrits et menés jusqu'à saturation des données

Méthode d'analyse : analyse thématique du contenu des entretiens, classement par catégories conceptuelles, puis identification éventuelle de typologies ou associations.

But de l'étude : Contribuer à une meilleure compréhension des limites à la prise en charge des enfants en surpoids et obèse pour éventuellement trouver des pistes pour l'amélioration de celle-ci.

Engagement du participant :

Il s'engage à participer à un entretien semi directif autour du thème de notre étude, mené à l'aide d'un guide d'entretien.

La durée de cet entretien est d'en moyenne 1 heure mais la durée est modulable selon les disponibilités du participant.

Les entretiens seront enregistrés intégralement par un dictaphone ou smartphone. Ces enregistrements donneront lieu à une retranscription intégrale anonymisée qui apparaîtra en annexe de la thèse.

Il déclare sur l'honneur être majeur et ne pas faire l'objet de mesure de protection.

Engagement de l'investigateur principal :

Nous nous engageons à mener l'entretien en date, heure et lieu choisis par le participant dans une limite des départements de l'Isère et de Savoie.

En tant qu'investigateur principal, nous nous engageons à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades les résultats globaux de l'étude pourront lui être communiqués s'il le souhaite.

Liberté du participant :

Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant :

Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Frais :

La collaboration du participant à cette étude n'entraînera pas de participation financière de sa part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude.

Confidentialité des informations :

Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel nominatif.

Législation :

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude.

Le projet a été porté à la connaissance du DPO de l'UGA en date du 01/04/2020 pour déclaration du traitement de la CNIL.

Formulaire de consentement :

Titre de la recherche : **Surpoids et obésité de l'enfant : freins à la prise en charge par les médecins généralistes**

Je soussigné(e) (nom et prénom du participant), accepte de participer à l'étude :

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par BALVAY Claire et/ou BOUJON Laetitia.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données déidentifiées recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès du directeur de thèse dont voici les coordonnées : Dr Serge BOUHANA, tel : 04 79 24 15 04 ; serge.bouhana@wanadoo.fr.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Je conserverai un exemplaire de la lettre d'information et du formulaire de consentement dûment complétée et signée.

Fait à

Le

Signature du participant

Annexe 6 : Entretiens

Entretien 1

Pour toi, qu'est-ce que le surpoids ou l'obésité ?

Hhhmm, en termes d'IMC ou... Je ne sais pas, moi je les vois en fait, (*rires*) donc je ne sais pas trop. Les IMC j'avoue je ne les calcule pas trop, au-delà de 25. Mais c'est surtout l'allure du gamin quoi. Ouais sur l'allure du gamin, je me dis que ça ne va pas et on commence à alerter les parents. Parce que l'IMC, ça n'est que rapport poids/taille, je trouve que ça n'est pas si adapté que ça, parce qu'il y en a, tu sens qu'ils sont charpentés, qu'ils vont avoir peut-être un poids un peu élevé, mais pas si inquiétant que ça, et puis t'en as, tu vois d'emblée que ça n'est que de l'adipeux.

Quand tu constates ça, quel rôle penses-tu avoir dans la prise en charge ?

Bon déjà, euh, première chose, faire comprendre aux parents, qu'il y a un souci, parce que les parents souvent étant eux-mêmes déjà franchement en surcharge (*rires*), voir même en obésité, ne sont pas très sensibilisés et pour eux, ça leur semble être un poids normal. Voilà, donc déjà, faire comprendre qu'il y a un souci. Moi je ne les affole pas dès le départ, je leur dis : « bon il va falloir faire attention au poids, on verra l'année prochaine, euh ». Et là c'est vrai, que c'est les parents souvent qui disent : « - ah mais c'est vrai docteur, vous trouvez qu'il est trop gros ? - Bah oui c'est vrai, qu'est-ce qu'il mange ? » et on amène un peu la discussion.

Mais donc pour toi, c'est les parents qui amènent le sujet ?

Non, c'est quand on fait une visite, on dit : « oh, bah tiens, il est un petit peu gros quand même pour sa taille, le poids est un peu élevé », voilà. Et les parents disent : « ah vous trouvez qu'il est trop gros », voilà c'est en fonction de leur réaction, mais il faut vraiment qu'il y ait les parents qui réagissent parce que sinon on n'en tire pas grand-chose.

Une fois que le diagnostic d'obésité ou de surpoids est posé, comment évoques-tu le sujet, comment fais-tu l'annonces ?

Bah c'est ça, en disant : « il faut faire attention, il est un petit peu lourd, oui le poids est un petit peu élevé quand même, est ce que dans la famille, il y en a qui sont en surpoids ? voilà... euh, comment vous mangez ? ». Mais moi je ne dis pas : « attention il est en obésité », je dis : « il est un peu lourd, il va falloir qu'on surveille l'évolution, qu'est-ce qu'il mange ? » ou : « faites attention peut être à ce qu'il mange », voilà, mais moi je ne dis pas : « il est en obésité ». En fait je pense que ça les traumatise un peu si on prononce ce mot.

Et donc toi, est-ce que tu utilises les courbes ?

Bof, euh, bah une fois que l'on est parti là-dessus oui, mais les courbes, ouais je pense, qu'on les a en tête. Ouais, euh, on trace, ouais.

Mais est-ce que tu leur montres ? Parce que tu dis que le terme obésité est chargé de sens, comment tu leur dis ?

Ouais, pour montrer qu'ils débordent de la courbe, ou pour dire : « bah voyez là, son poids était bon et là tout d'un coup, on ne sait pas ce qu'il se passe, il n'est plus sur la même courbe », mais voilà je ne dis pas le mot obésité, mais ils voient qu'ils sortent de la bande.

Et avec les enfants, comment tu évoques le sujet ?

Après ça dépend de l'âge, ça dépend de l'âge, c'est un peu compliqué. Alors les enfants, la plupart du temps, jusqu'à l'âge de... Je ne sais pas, jusqu'à l'âge du collège, ils ne sont pas du tout conscients du truc, ils s'en foutent complètement (*petite moue*), voilà on peut leur dire n'importe quoi, je pense qu'ils n'ont pas leur image, ils ne se voient pas. Après, je pense que c'est à partir du collège, où il commence à y avoir les réflexions des autres, qu'ils leur font prendre conscience de leur image corporelle, où ils se sentent un peu plus concernés. Et peut-être après à partir de la quatrième tu vois, plus vers les 13 ans. Mais avant je trouve qu'ils ne se sentent pas concernés du tout. Tant mieux pour eux d'ailleurs, (*rires*) parce que vu qu'on ne va pas faire grand-chose... Tant mieux pour eux.

Et à partir de 13-14ans, tu leur dis quoi alors ?

Bah savoir, déjà, comment ils mangent, ce qu'ils aiment bien, s'ils font des abus. En fait les interroger un peu sur leur diététique, puis tu as toujours la maman qui est là, à côté, et qui va dire : « - ouais, ah bah si au goûter, il prend ça, ça et ça. - Ah bah oui, ça fait un petit peu beaucoup, voilà ».

Mais moi je ne leur parle vraiment de régime, je leur dis : « alors tiens, dis-moi ce que tu manges le matin, ce que tu manges à midi, le soir, est ce que tu fais du sport en dehors du collège ? ». Voilà pour arriver à évaluer l'activité physique, ce qu'ils ingurgitent et puis voilà essayer de faire la part des choses.

Quels types de conseils tu leur délivres ensuite ?

Je leur demande d'abord de faire une enquête alimentaire. Alors s'ils sont ok pour faire quelque chose, si tout le monde est motivé, euh, les parents, enfin la maman en général. Si le gamin dit : « oui, bah ouais, moi j'ai des réflexions, les copains me traitent de gros tout ça », ça commence à l'embêter, et qu'ils veulent faire quelque chose, moi je leur demande une enquête alimentaire en fait, d'au moins 15 jours. Du coup c'est le gamin, qui doit écrire son enquête, qui doit tout écrire et après il revient avec et on rediscute chaque fois le truc et on voit pour la fois d'après, si on peut modifier. En fait c'est avec eux, je leur dis par exemple : « est-ce que tu es d'accord pour enlever ça, pour enlever ça ? Qu'est-ce qu'on met à la place ? ». Voilà. Après je leur commence un truc comme ça, moi, avec leur enquête alimentaire de départ. Et après je leur dis : « maintenant est-ce que tu es d'accord pour voir quelqu'un d'autre ? Une diététicienne, est-ce que tu es d'accord ? ». Enfin après pour aller en centre c'est autre chose, mais voir une diététicienne, mais dans un second temps tu vois. En fait je fais au moins trois quatre fois leur enquête alimentaire et on voit comment ça évolue, et voir s'ils sont ok pour une prise en charge ou pas, et voir si ça marche quoi. Parce que si tu fais ça, et puis que la maman te dit : « non mais attendez, là il vous a mis ça, mais c'est n'importe quoi, ce n'est pas vrai, il continue au goûter à prendre quatre choco, machin. » Bah la maman elle dit que l'amener chez la diététicienne, ça ne va pas forcément amener grand-chose. J'essaie tu vois au départ de voir leur motivation.

Et s'il n'est pas motivé ?

Comment les motiver ? (*rires*) alors ça je n'ai jamais trouvé, c'est bien ça le problème (*rires*) je n'ai jamais trouvé. Et puis je pense, qu'il y a une telle injustice par rapport au poids. Parce que, il n'y a pas que, enfin, moi je m'interroge beaucoup, actuellement sur les problèmes de poids. Par rapport au, on dit tout le temps : « quelqu'un qui prend 400 calories et qu'il en dépense 200, forcément il en stock 200 », bah moi, ça ne me semble pas si simple que ça. Parce qu'en fait, il y a des tas de gens, qui ne mangent pas tant que ça, et qui sont en surcharge, et je pense qu'il y a pleins d'autres facteurs que l'on ne gère pas, que l'on ne connaît pas. Et ça a été le gros dilemme, avec une amie qui est endoc, et elle m'a toujours dit : « il n'y a pas d'obèse au Bangladesh, toute façon, ceux qui sont gros, ils bouffent » et bah moi je ne suis pas de cet avis. Je me dis, qu'il y a des gens naturellement, qui grossissent et c'est trop injuste. Il y a des gamins, qui ne mangent guère plus que les autres et effectivement, ils sont en surcharge. Mais bon c'est un avis très personnel, je ne sais pas si c'est défendable, mais voilà, et du coup c'est terrible pour des gosses, parce qu'ils sont en privation tout le temps et pour pas beaucoup de résultats.

Et justement toi, face à ce peu de résultat, qu'elles sont les difficultés pour ta prise en charge ?

Bah déjà, les difficultés, ouais, c'est de les motiver, dans la durée, parce que pour un gamin, c'est difficile d'être... On les prive quelque part, c'est difficile. « Tiens quand tu fais ton goûter, tu manges 4 choco-BN, maintenant tu n'en mangeras plus qu'un » ce n'est quand même pas simple pour un gamin. Il faut essayer de leur trouver autre chose à côté comme plaisir, donc essayer de les mettre au sport, tu vois, qu'ils se sentent mieux, mais tu vois, ça ce n'est pas facile. Donc là, la grosse difficulté c'est déjà de les motiver et après, moi je trouve, qu'il n'y a tellement pas de résultats... Ils ne maigrissent pas, enfin ils continuent à prendre du poids, parce que le but ça n'est pas qu'ils maigrissent déjà, c'est qu'ils se stabilisent et qu'ils continuent de grandir. Et bah pour qu'ils se stabilisent... Euh enfin moi, c'était des échecs tout le temps, tout le temps, tout le temps. Ceux qui étaient vraiment en surcharge de poids, je n'y suis jamais arrivée, même avec prise en charge après diététique, diététicienne, tout, je n'ai jamais vu de résultat positif.

Jamais ?

Non il n'y en a pas un, qui a stabilisé son poids, parce que génétiquement, il allait être gros. Celui qui a quelques kilos de trop, bah on ne se prend même pas la tête quoi, c'est bon, mais je n'en ai pas eu. Après spontanément, tu en as qui vont mincir, qui s'affinent. Donc tu vois, tu as le rebond adipeux vers 6-7ans, donc là, ils deviennent gros, souvent tu es un peu inquiet, après ils vont s'affiner spontanément. Et tu en as qui ne s'affinent pas mais il y a quand même des gamins qui s'affinent spontanément après, et du coup, il y a que ceux-là qui... mais sinon, la diététique, n'importe qu'elle prise en charge, je n'ai rien vu marcher. Même j'en ai qui sont allés en centre, euh, sur des temps, des longues durées : du six mois, un an de centre pour les enfants où tu as les cours, où ils font faire du sport, où ils les encadrent, enfin où ils sont vraiment internes, voilà à temps complet. Zéro résultat... Et ça se termine par un by pass quand même.

Et là, tu parles beaucoup des enfants, et les parents est-ce que tu as des difficultés avec eux ?

A les impliquer ? Non je pense que, surtout les mamans, parce que s'est quand même elles qui vont plus gérer, on arrive à les motiver quand même. Moi je pense que réellement une fois qu'ils sont décidés, les parents les aident et adhèrent au truc et finissent par se décourager, quand au bout d'à peu près 4-5 mois d'effort, 6 mois, il ne se passe rien. Tu vois, il continue à prendre du poids, inexorablement, et euh voilà, moi je trouve que c'est très décourageant.

Alors, il y a aussi, comment ça s'appelle là, le RéPOPP là, tout ça. (*A voix basse*) Alors moi, je n'y crois pas du tout, du tout quoi. Parce que pareil, tout ceux que j'y ai envoyé, ils n'ont jamais eu de résultat. Je ne sais pas, je ne sais pas pourquoi, ça ne marche pas.

Et les difficultés que tu retrouves dans le suivi ?

Le suivi, le suivi (*soupirs*), je pense que, s'ils ont décidé, moi j'en ai vu qui adhéraient, on a réussi à les motiver, la maman aussi, ils faisaient bien les enquêtes alimentaires, ils allaient même voir les diététiciennes en plus, enfin tout était bien fait, et puis au bout d'un an tout le monde lâche prise, parce que ça ne donne strictement rien, la courbe de poids, reste la même et voilà. Moi ça a été tous ça, et tu les retrouves ados, toujours avec la même surcharge quoi.

Je connais même un anesthésiste de Voiron, qui a monté un centre pour amaigrissement, avec toutes les prises en charge. Mais j'ai envoyé des gamins, des ados, des adultes, bah je n'en vois pas qui ont pu maigrir quoi. Et tu en viens, maintenant quand même la chirurgie de l'obésité, elle se développe et moi je ne vois quasiment plus que ça comme résultat.

Avant donc on ne voit pas de résultat ?

Ah non ! Moi je suis vraiment très très démotivée par rapport à ça. Parce que j'y ai investi hein, les suivis de gamins, les voir tous les mois, avec leur enquête alimentaire, qui le faisaient bien, qu'on a réussi à motiver et les parents aussi, c'est zéro. Zéro. Alors je ne sais pas, je n'ai peut-être pas les bons, je ne sais pas faire, je n'en sais rien, les bons trucs (*rires*), les bons enfants, je ne sais pas, mais euh ou il y en a qui finissent par perdre leur surplus, parce que génétiquement, ils vont arriver, tu as des fois des parents, qui disent : « oh bah moi j'étais pareil à son âge, puis après j'ai maigri » et on sait qu'ils vont faire pareil et effectivement, ils arrivent à passer 14-15 ans et ils sont à nouveau sur une, ils s'affinent. Mais ceux qui réellement vont être obèses, qui sont dans l'obésité, je n'ai aucun résultat.

Et tu parles beaucoup des diététiciens, est-ce que tu fais appel à d'autres professionnels ?

Non, en général, ça n'est que diététicienne, je ne vois pas vers qui orienter. Ah oui c'est vrai qu'il y en a qui sont suivis par le psychologue, en plus ouais... Mais euh pédiatre non. Surtout diététicien, parce que je pense que c'est facile, on en a pas mal là, donc c'est facile, prise en charge diététique, c'est facile.

Et des aides techniques ou des supports ?

Les enquêtes alimentaires, ils me les font sur papiers libres en fait, je n'ai pas de supports particuliers, non, je n'ai pas les trucs des assiettes là, les dessins, machins, non.

Alors là j'ai bien compris que tu n'étais plus très motivée...

Ah non, plus du tout (*rires*).

Mais quand il t'arrive malgré tout de suivre ces enfants, est-ce que tu connais ou utilises les cotations spéciales ?

Ah non, non. Je n'ai jamais utilisé les cotations non. De manière globale rarement, parce que ça me casse la tête et que j'ai plus vite fait de mettre un G, mais pour l'obésité je ne savais même pas que ça existait, pour la prise en charge diététique, je ne savais même pas que ça existait. Mais c'est coté combien (*rires*) ?

Quarante-six euros.

Mouais, mouais, parce que même en y prenant du temps, tu vois, je te dis, je n'y crois plus (*rires*).

Et au cours de tes consultations, est-ce que tu as remarqué, qu'il y avait des caractéristiques particulières, dans ta relation avec l'enfant ou avec les parents ou dans la relation parent-enfant ?

Ah qu'il y ait... Non, non je n'ai pas remarqué particulièrement qu'il y ait de conflit, parents-enfants, non. Pour moi, c'est plus une question génétique, car tous les enfants que j'ai vus, avaient un parent obèse, voir les deux. Oui je pense à celle qui a terminé par un by pass, oui.

Et génétique ou habitude de vie ?

Ah, ça, c'est... C'est un peu la grande question. Mais moi je pense quand même qu'il y a un problème génétique, ouais moi j'en suis persuadée. Parce que je te dis, ils partent en centre, on surveille ce qu'ils mangent, on ne peut pas dire qu'ils trichent toute la journée, ça n'est pas possible. Et on leur fait faire des heures de sports, donc je ne crois pas que le problème soit si simple : « il en rentre tant, il en sort tant » ça n'est pas possible.

Et d'un point de vu plus global, est-ce que tu trouves qu'il y a des freins d'ordres sociaux, économiques, environnementaux ?

Euh... Par rapport oui, par rapport à ce qu'ils peuvent acheter... Non, parce que nous ici, on n'a pas de population vraiment défavorisée. Au sens tu veux dire par exemple que pour acheter une nourriture correcte, il faut l'acheter plus chère ? Ici on n'a pas trop ce problème, on a beaucoup d'agriculteurs quand même. Je ne pense pas que ce soit une question d'accès. Disons que je n'ai pas eu l'impression que ça soit un problème pour prendre en charge ces patients.

Mais voilà, je te dis, moi je n'ai peut-être pas un profil de population, on n'a pas ici des patients socialement défavorisés. Donc ça n'est pas très représentatif je pense.

Et donc tu m'évoquais plus haut les RéPPOP ?

Ouais, bah ouais. Ecoutes, moi le RéPPOP il y a quelques années m'a demandé que je fasse partie du réseau, moi j'ai dit carrément non. Parce que du coup, j'ai suivi une gamine, qui était suivie par le RéPPOP et ils m'ont dit qu'ils voudraient que je fasse partie du réseau. Voilà je leur ai dit non c'est bon. Voilà toujours pareil, je te dis, il y en a qui sont passés par le RéPPOP et voilà ça n'a pas été miraculeux. Ça n'a même rien donné, zéro. Donc je ne sais pas comment ils bossent, du coup je me suis un peu désintéressée du RéPPOP. Euh je sais que J** y est, que B** y est, qu'il y en a qui le font sur le secteur, ça va bien.

Mais c'est parce que tu as l'impression que ça ne sert à rien ?

Ah oui oui, je suis complètement démotivée par rapport à ça.

Et pour te remotiver, tu aurais besoin de quoi par exemple ?

Ah non, moi là rien, je suis foutue (*rires*), je suis perdue pour la cause (*rires*). Parce que tu vois là, même la cotation ça ne va pas m'amener grand-chose. Comment se remotiver sois-même ? Je ne sais pas. Non après trente ans d'échec, j'ai baissé les bras dans ce domaine. (*rires*) N'importe quoi comme outils, je ne crois pas, je ne sais pas... Ou alors il faudrait vraiment trouver l'idée révolutionnaire, je ne sais pas, mais les petits outils qu'on peut avoir, tu sais on te montre une assiette, une grosse assiette, une petite assiette, tu dis machins et tout ça... Pffff, ça ne me motive plus. Toujours pareil, ça ne marche pas quoi... Donc euh, moi j'ai l'impression que tant qu'on n'a pas plus avancé dans la compréhension de l'obésité, on n'aura pas de choses intéressantes. Mais bon c'est un discours, je te dis, un peu... Moi j'arrive à la fin, j'en ai marre (*rires*).

Et est-ce que tu aurais d'autres choses à rajouter à tout ça pour conclure ?

Non, non, je te dis, le peu de résultat, aucun résultat sur des années et des années, euh ça m'a complètement démotivée. Je te dis, il y en a certains quand même qui en sont à la chirurgie, jeune quoi. Et je me dis, on en vient là, c'est dommage, et pourquoi on en vient là ? Parce que rien ne marche. Et souvent, c'est quand même des gens, qui ont eu des parcours, tu vois je pense à une de mes patientes, qui est sur une chirurgie de l'obésité entre 18 et 20 ans, euh, on s'y est mis, elle avait 6 ans, 7 ans, les deux parents sont obèses hein. Eh bah voilà, et elle a fait tous les parcours : la diététicienne, le RéPPOP, le centre d'amaigrissement où elle est restée plus

d'un an, tout, et malgré ça, on arrive à évoquer, et elle l'a eu d'ailleurs ça y est, elle a été opérée l'année dernière. On est quand même arrivé sur une chirurgie, c'est quand même très dommage. En se disant, le problème est là, il faut le prendre en charge, et la maman disait : « bah oui, je ne veux pas qu'elle soit comme moi », eh bah si. Et voilà (*rires*) pourquoi je suis découragée. Je me dis que de toute façon, ça risque de finir par les mains du chirurgien et puis voilà quoi. Moi je pense que ça ne marchera pas, tant qu'on n'aura pas trouvé le pourquoi du comment, et on ne l'a pas. Moi je suis vraiment persuadée, que quand tu as des gens obèses, et qu'ils te disent « je ne mange pas plus que » et qu'ils comparent avec d'autres qui sont tout fins, je pense que c'est vrai. Parce que je ne vois pas pourquoi, ils continueraient à nous mentir indéfiniment. Quand ils nous disent : « moi je ne mange pas tant que ça », moi je les crois, voilà. Je les crois. Donc il y a un grand mystère, et les psychologues, n'arrivent pas à le régler, euh... Tu vois par exemple, tous les gens qui sont dans le parcours pour la chirurgie de l'obésité, on les fait passer par un parcours qui les analyse sous toutes les coutures, qui dure 6 mois, un an, et ça ne débouche sur rien. Donc c'est quand même assez extraordinaire non ? On est parti sur le principe qu'ils mangeaient beaucoup, parce qu'ils n'allaient pas bien, donc tu vas les faire voir le psychologue pour qu'ils aillent mieux, pour qu'ils mangent moins, mais comme au départ ils ne mangeaient déjà pas tant que ça... Voilà, et tout leur profite, et il y en a qui me disent : « rien que de regarder la bouffe, je vais grossir » et ils le ressentent les gens, ils sentent que le moindre truc va les faire grossir, ils ne peuvent pas relâcher. Il y a un grand mystère.

Et tu vois dans les centres spécialisés, par exemple, l'idée c'est par exemple d'arrêter de se priver. Au début, ce n'est pas de diététicienne, on vous voit en consultation, c'est juste d'arrêter que la bouffe soit un problème. On va vous prendre en charge en globalité, vos problèmes psychologiques, etc, etc. Mangez ce que vous voulez, on ne parle plus de diététique. Moi mes patientes, elles ont pris 10 kilos en trois mois, elles étaient désespérées. J'ai dit : « on arrête vite ». Parce qu'on mange ce qu'on veut, et qu'ensuite on va maigrir, parce que c'était un problème psychologique. Non bah non. J'en ai envoyé beaucoup, parce que j'y croyais vraiment en ce projet, à Voiron. Ça fait au moins 10-15ans, qu'il a monté ce truc, moi j'y croyais vraiment, je me suis dit, ça c'est top, parce que dans son cabinet il y aura tout, c'est une approche différente. Bah moi, il y a eu zéro réussite et pourtant j'en ai envoyé un paquet. Voilà donc pour moi ça reste très mystérieux. De même que des maigres qui te disent qu'ils mangent et qui ne grossissent pas.

Moi je pense que le réglage du poids, il y a quand même pleins de choses qui nous échappent.

Entretien 2

Pour vous, qu'est-ce que le surpoids et l'obésité ?

Qu'est-ce que le surpoids et l'obésité ? Pour moi c'est le dépassement de la courbe, pour les enfants j'entends. C'est quand il y a un décrochage de la courbe et qu'on arrive dans la zone surpoids ou obésité, de façon longue durée, ça n'est pas un dépassement une fois.

C'est la courbe d'IMC, qui me donne cette indication, d'abord du carnet de santé, et si on a des doutes ou si c'est un peu bizarre, on peut prendre la courbe OMS, mais en général c'est quand même la courbe du carnet de santé.

Est-ce que vous pensez avoir un rôle à jouer dans la prise en charge ?

Oui, alors après, on a toujours l'impression que ça n'est pas très efficace (*rires*), on essaie de sensibiliser. Alors euh, moi quand j'ai commencé, j'étais à fond là-dedans, parce que quand on arrive dans les quartiers, voilà. Et je me rends compte que je devais être culpabilisante, beaucoup, et du coup j'essaie de modifier ma façon de faire, d'avoir un discours beaucoup plus familial, que ciblé sur l'enfant. Mais ouais après on touche au mode de vie parental, donc c'est très compliqué à changer les choses. Moi je n'ai pas la sensation de changer beaucoup de choses personnellement, pourtant, on a tout ce qu'il faut ici : on a la diététicienne (gratuite ici), il y a la MJC, il y a le plateau, il y a tout ce qu'il faut pour que les enfants fassent du sport, il y a tout ce qu'il faut, mais c'est compliqué.

Et la position culpabilisante, que vous évoquiez, est-ce que vous pouvez développer ?

Eh bah : « attention il prend du poids », « oh là là, est ce qu'il fait du sport », machin, enfin comme si c'était la faute de l'enfant qui grossissait et ça ne marche pas en vrai. Et quand on voit des adultes, pareil, qui ont eu des relations avec leur poids compliquées, qui est culpabilisante tout le temps, je me dis que ce qu'on fait depuis l'enfance, ça n'est peut-être pas bien. Donc on essaie de changer un petit peu ça. Après, c'est difficile de sensibiliser, en montrant qu'il y a quelque chose, mais sans stigmatiser, ça n'est pas forcément simple d'avoir la bonne attitude.

Et donc le rôle du médecin généraliste pour vous serait plus de sensibiliser ?

Oui, de prévenir surtout, de prévenir, d'essayer, quand on suit un enfant depuis qu'il est tout petit, sur la diversification, on parle beaucoup de l'alimentation, du rythme, des choses comme ça, puis après plus rien, ensuite on les revoit pour le sport, puis là, on voit que ça décroche, ça décroche, puis bah, on n'en parle pas, ou... Mais on arrive trop tard. Du coup, il manque un

quelque chose entre les un an et demi et les quatre, cinq ans. On perd les enfants de vue je trouve et c'est là où il se passe quelque chose. De la prévention on en fait pourtant hein, mais peut-être pas comme il faut, je ne sais pas. Ils sont vraiment très bien suivis jusqu'à un an et demi, puis après, dès qu'il n'y a plus les vaccins, il n'y a plus de suivi, on ne les voit que quand ils sont malades. Donc après on essaie d'en parler, de leur dire de revenir. C'est la même chose que pour le langage, on a le même souci, c'est à la même période charnière entre un an et demi et quatre ans où ça part. Peut-être qu'il faudrait qu'on fasse de la prévention en amont, chez les femmes enceintes, parce que c'est l'imitation aussi, ils mangent comme leurs parents, ils vivent comme leurs parents. Donc ce n'est pas simple.

Et une fois que vous faites les diagnostics d'obésité ou de surpoids, comment arrivez-vous à évoquer le sujet, à faire l'annonce ?

C'est un peu du cas par cas, ça dépend des familles. Il y a des familles où on sait qu'ils sont un peu sensibilisés, on ne peut jamais les connaître à 100%, mais quand on commence à les connaître un petit peu, on sait un peu comment ils fonctionnent et on sait qu'il y en a où on y va cash, alors peut être que je me trompe, mais il y en a on y va plus cash, il y en a où on va prendre des pincettes, parce qu'on sait qu'ils vont tout mettre sur l'enfant, et il y en a où ça dépend, c'est vraiment très variable. Enfin en tout cas, je sais que ce que je n'ai jamais réussi à faire, c'est les faire revenir juste pour ça. Ça clairement, ça ne fonctionne pas, ils ne reviennent pas, donc il faut le faire maintenant quand ils sont là, même si c'est pour le rhume, il faut le faire, tout de suite maintenant. Parce que si on leur dit : « voilà ça dévie un peu, j'aimerais bien revoir à 3 mois, pour refaire le point », j'ai essayé hein, ils ne reviennent pas.

La consultation dédiée ça ne fonctionne pas ?

Non, j'ai essayé plein de fois, plein de fois, plein de fois, j'ai essayé de mettre le rendez-vous, j'ai essayé, ils ne reviennent pas.

Et quand vous dites cash, vous utilisez les mots ?

Non c'est avec la courbe, je montre la courbe. Je n'aime pas utiliser les termes surpoids et obésité, sauf au bout d'un moment, quand ça dure, que rien n'est fait, quand l'enfant a une souffrance, quand l'enfant a une souffrance. J'essaie de voir si l'enfant est en souffrance, s'il n'en souffre pas, j'essaie de montrer aux parents qu'il va bien lui, donc : « nous on va voir comment vous, vous pouvez changer son alimentation » mais... (*réflexion*) moi je leur montre la courbe, je trouve que ça leur parle quand même. Et les enfants, je leur demande comment ils se sentent dans leur courbe, quand ils ont vers 10-13 ans, j'essaie d'être vigilante aux mots que

j'utilise, à l'image de soi, et il y en a, s'ils ne le vivent pas bien, c'est compliqué. C'est difficile d'en rajouter une couche, c'est compliqué. Je ne préfère pas utiliser les mots « surpoids », « obésité », ce n'est peut-être pas ce qu'il faut, mais je trouve ça stigmatisant et je pense que les enfants l'entendent déjà, et qu'il y a déjà sûrement des moqueries à l'école ou des choses comme ça, donc je ne pense pas utiliser les mots, je préfère leur dire, voilà, il y a la courbe de l'indice de masse corporelle qui dévie, il y a un risque. Quand on n'est pas encore dans l'obésité, je le dis : « il y a un risque de dévier dans l'obésité ». Mais faudrait vraiment qu'il y ait une obésité massive qui soit stable dans le temps, qui fait que là je dirais : « là on est vraiment dans l'obésité » pour pouvoir aller plus loin.

Et justement, quels types de conseils, vous donnez ?

Alors, on commence par essayer de parler alimentation. Déjà les grignotages, les sucres, le soda, c'est vite vu. Je dirai 80% des enfants en surpoids, c'est parce qu'ils grignotent tout le temps, font très peu d'activité physique et qu'ils ont une alimentation très anarchique et donc voilà, déjà commencer par là. On peut ensuite orienter vers la diététicienne, mais c'est pareil, ils n'y vont pas, ou très rarement. On essaie de parler du sport, de proposer une activité extra-scolaire, de faire autre chose, de marcher en famille. Des conseils plutôt d'ordre diététique et d'hygiène de vie.

Plutôt à l'enfant ou plutôt aux parents ?

Aux parents, toujours aux parents. Parce que souvent les parents regardent les enfants, disent : « tu écoutes bien ». Je dis : « non non », ce n'est pas lui qui fait les courses, ce n'est pas lui qui remplit les placards et ce n'est pas lui qui donne l'autorisation de quand est-ce qu'on mange. Parce que le souci, c'est souvent que c'est l'enfant qui décide quand il mange, quand, comment. Donc je leur rappelle qu'un enfant n'est pas capable de savoir de quoi il a besoin, que c'est à l'adulte de faire les choses. Après on arrive dans la remise en cause de l'adulte, et ça c'est compliqué (*rires*).

Et justement, les difficultés de la suite de la prise en charge ?

Le parent, est-ce qu'il se sent impliqué ou pas ? On va avoir du : « de toute façon, toute la famille est comme ça, donc ce n'est pas grave », ils n'ont pas du tout envie de faire quoi que ce soit. Là je demande à l'enfant s'il en souffre ou pas, s'il n'en souffre pas et que la famille n'en a rien à cirer... On en parle... On montre des courbes, puis on attend qu'il y ait une demande, mais sans demande derrière, moi je vois peu... Moi je donne des conseils, on continue toujours, « pas de grignotage », on essaie de voir un autre biais : les dents, parce que bon, des fois il y a

des caries associées, donc on peut parler du grignotage par les caries... D'orienter vers d'autres problèmes de santé, qui sont plus médicaux, et qui parleront plus aux gens, mais les caries c'est pareil : « on est tous comme ça ».

Parce que pour eux l'obésité n'est pas un problème médical, c'est ça ?

Pour eux l'obésité est une bonne chose, les enfants sont bien portants, ils mangent bien c'est important, ils ont faim, ils donnent. Ils ont peur que l'enfant ait faim, c'est impressionnant. Ils vont rassasier l'enfant, tout le temps, tout le temps, tout le temps, c'est compliqué. C'est très... je ne sais même pas si c'est de l'ordre de la culture ou de, de... C'est vraiment une crainte, de, de ne pas être un assez bon parent je pense, de ne pas bien donner à manger à son enfant, et d'apprendre que bah, que d'apprendre à un enfant de ne pas manger tout le temps, c'est aussi être un bon parent, mais c'est dur.

Et si malgré tout, il y a une accroche, est-ce qu'il y a des difficultés, qui sont spécifiques au suivi ?

Moi, j'ai déjà adressé aux diététiciens. Moi je veux que ça soit eux qui fassent la démarche, la diététicienne aussi souhaite que ça soit eux qui fassent la démarche, que ça soit eux qui prennent la consultation... Eh bah, ils ne le font pas, j'ai eu des parents quand même, qui prennent rendez-vous, pour le surpoids, pour l'obésité, pour parler de ça, en disant : « ça n'est plus possible », et derrière, il ne se passe rien quand même. On ne sait pas trop pourquoi... Parce que la diététicienne est dans le centre de santé, c'est gratuit, on a des horaires qui sont compatibles à peu près avec tout le monde, c'est sûr qu'il y aura toujours des gens, pour qui ça ne conviendra pas. Mais ici, c'est vrai que c'est beaucoup des familles où il y a au moins la maman qui ne travaille pas... Et ils ne vont pas jusque-là. Alors après on parle du sport, on arrive à peu près, je n'ai pas eu l'occasion, le RÉPPOP j'ai dû envoyer une fois, ça n'a pas fonctionné. Ils n'ont pas dû avoir le téléphone tout de suite, et du coup, ils repoussent, alors je ne sais pas, s'il faudrait appeler sur place, et que, je ne sais pas. Une fois j'ai une dame qui est venue, qui m'a dit qu'elle avait essayé d'appeler, ça n'a pas marché et après elle n'est plus jamais revenue. Alors après le sport ici, je parle beaucoup de ce qui se fait ici quand même. Et le sport ici il y en a quand même, il y a de la boxe, des sports qui plaisent aux enfants, de la boxe, du foot, de la danse, il y a de tout un petit peu quand même. Il y a même la piscine à côté, enfin comment, ce n'est pas une question de distance ou de... c'est vraiment accessible et de plus en plus je trouve, que les enfants en font, du sport. Je trouve que les parents veulent que leurs enfants fassent du sport maintenant. Enfin ça ne fait que 7 ans que je suis là, mais quand même, il y a une progression je trouve, de l'intérêt sur l'alimentation et de l'intérêt pour le sport,

les activités physiques par rapport au début. Je pense que c'est lié à toute la promotion, aux campagnes... Les gens savent maintenant qu'il faut bien manger, ça les touche, ça finit par les toucher quand même. Après, j'ai l'impression, ou alors est-ce que je me suis habituée aussi ? Mais j'ai l'impression, qu'il y a moins de décrochage quand même sur la courbe qu'au tout départ, j'ai l'impression que c'est plus progressif parmi les patients. On est plus dans des conduites, ce qui est difficile vraiment pour moi, c'est le comportement parental, on veut que son enfant mange bien, mais on n'a pas envie de changer son alimentation à soi, mais le problème c'est que c'est le modèle et que ça ne marche pas du coup. Enlever le coca, enlever les chips tout le temps, ça ne marche pas. Les parents ne veulent pas l'enlever parce qu'ils en ont besoin eux. Donc il faudrait traiter les parents, on essaie de faire ça là en ce moment, quand j'adresse à la diététicienne, j'adresse que les parents, pas avec l'enfant, pour que vraiment on parle de l'alimentation familiale. Après c'est vraiment récent, ça doit faire deux ans, qu'on fait ça, on essaie vraiment de ne pas stigmatiser l'enfant, de ne pas trop le mettre au cœur, parce que lui, il n'y est pour rien.

Donc finalement pour vous le plus gros obstacle c'est les parents ?

Pour moi oui, après, est-ce qu'on ne le vend pas bien, est-ce qu'on, je ne sais pas, maintenant il y a plein de techniques d'écoute attentive, de, de... Que je ne connais pas bien et il faudrait peut-être aller par-là, pour voir quels sont leurs freins à eux, et pour ça il faut du temps. Et ça on n'en a pas toujours, d'autant plus qu'ils ne viennent pas à la consultation dédiée. Donc voilà, des fois on le fait, on se dit : « voilà tant pis, je suis en retard » on continue et là on prend le temps et des fois, bah non ça n'est pas possible, quand ils viennent pour le rhume, ils viennent pour le rhume, on leur dit que ça serait bien qu'ils reviennent, mais non.

Est-ce qu'en plus de la diététicienne, vous avez recours à d'autres personnes ?

Alors, on a une infirmière Asalée aussi, j'adresse quand la diététicienne sent que ça ne va pas être possible, quand on a constaté que ça ne marche pas, le fait de passer par une infirmière, d'avoir une éducation thérapeutique, d'alimentaire, d'hygiène de vie familiale. Toujours qu'avec les parents, pour vraiment parler de l'alimentation globale. Après c'est tout, on a une prof d'activité physique adaptée, mais on n'envoie jamais les enfants. Elle fait les adultes, du réentraînement à l'effort, je n'ai jamais trop envoyé les enfants. Après, j'essaie vraiment de jouer sur les sports locaux, on sait vraiment ce qu'ils font, ce qu'il y a, qu'est-ce qu'ils aiment. Je connais les sports d'ici, donc je peux donner les horaires, les choses comme ça, pour qu'ils y aillent, voilà. Après en termes de professionnels, localement, c'est vraiment les sports par les associations locales.

Et est-ce que vous avez recours à des aides techniques, des supports ?

Non, pas trop. C'est plutôt dans la relation, en fonction de ce qu'ils vont dire. J'avais un moment une affiche du PNNS, avec l'équilibre alimentaire, en expliquant ce qu'est un féculent, un légume, mais ça ne marche pas vraiment, ça n'est pas très rentable, alors j'ai un peu arrêté.

Et tout à l'heure vous parliez des consultations dédiées, est-ce que vous connaissez les cotations spécifiques ?

(Petite moue) Oui, mais j'en fais très peu, déjà parce que le « vrai dédié » ça ne marche pas, ils ne viennent pas. Quand je passe du temps à le faire, j'essaie de penser à le coter, mais comme ça me met en retard, je ne pense pas à le coter non plus, parce que nous c'est les secrétaires qui cotent donc il faut que je leur donne l'information, et j'oublie.

Donc il y a quand même une grosse problématique de temps ?

Ah oui, oui, en plus le temps on pourrait le mettre, mais on sait qu'ils ne reviennent pas. C'est exactement comme les dépistages pour le langage, ils ne reviennent pas, on n'y arrive pas, donc il faut le faire au moment même, et pour ça il ne faut pas déjà avoir une heure de retard. Sinon c'est compliqué, parce que c'est une consultation qui va bien durer trois quarts d'heure, voire plus, donc on ne peut pas.

Très bien, et est-ce que vous avez remarqué des caractéristiques particulières, des spécificités dans les relations avec l'enfant, et son entourage ?

Les adultes, clairement ont un gros vécu avec leur poids, ils sont plus sur la défensive. Les enfants, je le remarque moins, parce qu'ils sont plus réservés, et encore pas tous, mais ceux qui ne le vivent pas bien, au niveau de leur image du corps, oui, ils ne vont pas trop vouloir en parler. C'est compliqué, ils sont émotifs, et c'est difficile d'en parler sans être stigmatisant, sans dire qu'il y a, on voudrait les rassurer, et en même temps, il faut quand même changer certaines choses pour que ça s'améliore, c'est compliqué.

Et dans la prise en charge, est-ce que vous avez remarqué d'autres freins ?

Alors, nous on a une diététicienne pour lutter contre le frein économique, on a quand même ici une population qui est très précaire. Après, par rapport à l'achat des aliments, parce que quand on leur parle de fruits, de légumes, tout de suite, il y a quand même l'argent, ça ne leur paraît pas à leur portée. Certains ça n'est carrément pas à leur portée, on en a quand même qui dépendent des restau du cœur, donc quand on essaie de faire de la prévention, et qu'on voit qu'ils n'ont que deux boîtes de légumes par semaine, on ne peut pas faire grand-chose.

Après l'accès au sport, pour certains, c'est difficile de payer, même si c'est souvent en fonction du quotient familial, ça reste compliqué, il y en a pour qui ça ne reste pas possible à la rentrée, d'en plus de payer les cahiers, les trucs, ... C'est quand même des familles qui sont nombreuses, donc payer le sport pour tout le monde ça peut être un frein. Ce n'est pas celui qui nous est dit, car les gens en ont honte, mais si on creuse un peu, on le retrouve un petit peu. Ils ont honte, de ne pas payer ce qu'il faut à leurs enfants. Ensuite, sur le plan social, je ne sais pas, ici la diététicienne c'est plutôt dans les murs, ils peuvent très bien aller chez le médecin pareil. Après l'enfant « bien portant », ne va pas être mal vu par les adultes, peut-être par les autres enfants, mais pas par l'adulte. Par contre la honte des adolescents, ils ne veulent plus aller à la piscine, ne veulent pas faire du sport, parce qu'ils ont honte de leur corps. Et là oui, c'est un frein d'aller faire du sport, de se mettre en tenue de sport, d'être un peu plus essoufflé que les autres, là oui c'est plus compliqué. Là par contre il y a les sports adaptés, mais ils ne veulent pas y aller non plus, ils ne veulent pas, parce que c'est marqué que c'est pour les obèses, et ils ne veulent pas y aller. Ils le disent hein, quand on parle, moi je n'utilise pas le mot, mais sur la plaquette c'est marqué et ils disent : « non mais moi je ne veux pas me retrouver avec des obèses », parce que pour eux ils ne le sont pas ou ne veulent pas être catalogués comme tel je pense. Du coup le mot obèse les repousse, les ados en tout cas.

Et malgré tout ce que vous avez déjà au centre, qu'est-ce que vous pensez de réseau tel que le RÉPPOP ?

Je pense, que nous allons rentrer dedans. Je pense que ça sera dans les mois qui viennent. Moi je ne me suis pas encore renseignée. Je sais que ça nous demande à nous de nous former. Il faudra voir à l'usage, si c'est facile, si c'est facile pour les familles d'y rentrer, et est-ce qu'ils sont accompagnés ? Il faudra voir, pourquoi pas. De toute façon, on va tenter, on va voir. Il y aura un médecin référent par centre. C'est pour ça qu'on a mis le temps ici, on n'a pas encore décidé, qui le sera. Je n'ai pas encore pris le temps, on verra comment ça va se mettre en place.

Et finalement, après tout ce que vous m'avez dit, est-ce que vous avez identifié d'autres besoins ?

Bah justement, je suis en train d'y penser, j'essaie de comprendre et de voir comment on peut agir en amont sur qu'est-ce que c'est bien manger ? Qu'est-ce que c'est que le besoin alimentaire des enfants ? Qu'est-ce que c'est que j'ai faim ? ça oui, j'aimerais bien. Je sais que la diététicienne, quand elle fait la prise en charge, elle parle beaucoup de la sensation alimentaire, de ce qu'est j'ai faim, j'ai envie, je n'ai pas envie, et il faudrait pouvoir faire le même travail, sur de la guidance parentale, au même titre, qu'on les aide sur « est-ce qu'il arrive bien à dormir ou pas quand il est tout petit ? Est-ce qu'il mange bien ses petits pots ? », bah continuer et comment ne pas avoir cette perte et continuer à parler de l'alimentation de l'enfant et que l'alimentation, l'éducation ça va ensemble. Je ne sais pas justement, ça serait ça qui manquerait, une légitimité de la part des parents, qu'ils sentent qu'on soit légitime pour qu'on parle de l'alimentation de leurs enfants. Ça, je ne sais pas comment l'investir. La prévention, je pense que c'est ce qu'il y a de plus efficace, agir en amont. Si déjà, les parents ont à peu près des bonnes habitudes alimentaires, si les parents ont conscience que grignoter ce n'est pas légitime pour un enfant, qu'un enfant qui a faim peut bien attendre l'heure du goûter, qu'il ne va pas mourir de faim tout de suite maintenant, que ce n'est pas forcément bon pour lui de répondre à sa demande tout de suite maintenant. Si on pouvait aborder ces sujets-là avant, ça serait bien. Avant que ce soit stigmatisant pour l'enfant du coup, et culpabilisant pour les parents. Parce que finalement, on parle de comment ils sont de bons parents et on leur dit : « bah là vous avez loupé », je pense que c'est comme ça qu'ils le vivent aussi et c'est compliqué.

Et ça, ils vous le font ressentir ?

Bah déjà, à la diversification tout petit c'est compliqué de leur demander l'alimentation, on a l'impression que ce n'est pas notre rôle pour eux, que l'on rentre dans quelque chose d'intrusif, pas tous, mais certains, et ensuite quand ils grandissent : « non, non mais il mange bien ». Quand on demande : « qu'est-ce qu'il mange, comment ? », il y en a certains qui nous donnent le truc tellement parfait, que ce n'est juste pas possible (*rires*). Et quand on leur en parle, on sent bien que ça les dérange, on rentre dans l'intrusion, dans quelque chose, qu'ils ne considèrent pas comme médical je pense, ou comme notre rôle...

Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter ?

Non je pense qu'on a fait le tour, après il faudra voir avec le RÉPPOP, si ça apporte quelque chose, moi je vais voir justement, si on peut faire des choses préventives. Après, il faudrait trouver un moyen de les toucher pour leur parler du bien manger, je ne sais pas, si ça se fera

avec l'école, je ne sais pas par quel biais toucher les familles, pour parler de bien manger en famille. Ça serait le truc qui manquerait pour moi. D'un point de vue médical, on a tout ce qu'il faut, il manque juste l'intérêt et l'envie de faire, l'envie de modifier les choses, parce que tout est déjà... Comment amener les parents à modifier les choses, pour leur enfant, pour leurs enfants, parce qu'en général, s'il n'y en a qu'un qui est obèse dans la famille, c'est que tout le monde mange mal en général et que même s'ils ne sont pas obèses les autres, ils mangent mal. Donc ça aiderait tout le monde en fait, mais ça, ils ont du mal à l'entendre. Il faudrait qu'on arrive à leur faire comprendre que c'est normal qu'on parle de ça, il faudrait peut-être qu'on en parle plus. Le réévoquer systématiquement.

Et vous pensez que les campagnes de prévention d'un point de vue général, ça les touche ?

Oui, quand même un petit peu, mais ça reste : « pas trop de sucre, pas trop de gras, manger cinq fruits et légumes par jour », ça personne ne le fait, en fait. Je ne sais pas, il faudrait faire des petites campagnes comme on fait des campagnes sur les écrans, les faire sur le grignotage, sur 4 repas par jour, enfin je ne sais pas, ce qu'il faudrait... Boire de l'eau (*rires*) je ne sais pas, mais oui, ça manque de prévention, clairement.

Entretien 3

Pour toi, qu'est-ce que le surpoids, l'obésité pédiatrique ?

Ok, ben en fait, moi je me fie au carnet de santé, euh à la courbe d'IMC et puis voilà, quand ils passent au-dessus du trait quoi. Enfin je n'attends pas forcément le moment où ils sortent pour en parler. Et puis il y a ce moment où ils s'affinent là, vers 2, 3, 4 ans, donc je sais que s'ils ne le font pas, c'est mauvais signe. Voilà, je me fie à la courbe.

Est-ce que tu penses avoir un rôle à jouer dans la prise en charge ?

Oui (*rires*), alors déjà, pour pointer le problème lorsqu'il va arriver, déjà avant qu'ils soient vraiment obèses. On peut déjà commencer, déjà juste pour en parler et leur dire et voir ce qu'ils peuvent faire. Après ça n'est pas moi qui peut changer les habitudes alimentaires, mais au moins voir ce qu'ils peuvent faire et voir ce qui peut poser problème, ce qui fait qu'on en est là.

Et une fois que le diagnostic est posé, comment tu vas évoquer le sujet, l'annonce ?

Euh (*soupirs*) et bah je me sers de la courbe en fait, juste déjà pour expliquer aux parents et à l'enfant, enfin je leur montre la courbe de taille et de poids, mais je leur montre que moi, ce qui m'intéresse le plus, c'est cette courbe d'IMC, et montrer dans quelle partie, ils doivent être normalement, et montrer le point sur la courbe en fait. Et donc après, je leur explique qu'il grandit et que je veux juste qu'il stabilise un peu son poids, pour re rentrer dans la courbe et après on essaie de voir ensemble qu'est-ce qu'on peut faire pour ça, qu'est-ce qui... Mais souvent les parents savent là aussi qu'est-ce qui ne va pas. Et ils savent pourquoi on en est là, enfin ici, dans ma patientèle, et voilà. Après c'est vrai que le mot obésité, je ne sais pas, enfin est-ce que je le dis la première fois, je ne suis pas sûre (*rires*).

D'accord, mais tu l'évoques quand même à un moment ?

Oui, oui, en fait s'ils ne réagissent pas. Parce que des fois ils réagissent à l'IMC et du coup je félicite, enfin non, je dis : « ouais super, regarde, tu as amélioré ton truc » et si ce n'est pas le cas, je mets le mot, parce que je me dis, qu'il faut quand même, juste essayer de plus appuyer. Que ce soit avec les parents ou les enfants. Enfin je m'adresse à l'enfant, mais je le fais dans le même temps, les parents sont là. Je demande à l'enfant, qu'est-ce qu'il en pense ? Qu'est-ce que ça lui fait ? Parce que des fois, ça leur passe à dix mille, des fois ils en souffrent à l'école, enfin voilà, je ne sais pas s'il faut faire ça (*rires*) mais je fais ça. Si, parce qu'après les parents, c'est le principal moteur, parce qu'après ils disent « bah tu vois, je te l'ai dit, il ne faut pas manger », bon c'est quand même eux qui les achètent la plupart du temps. Après, il y a peut-

être d'autres questions, mais un des gros freins que j'ai repérés, un des problèmes que l'on a souvent, c'est les parents séparés. Moi je ne connais pas forcément les deux parents. Quand ils font une semaine sur deux, et que quand la maman (*voix chuchotée*) par exemple, fait les efforts et que la semaine d'après le papa veut faire plaisir et qu'il fait pizza, Mc Do tous les soirs et bah, ça c'est compliqué, c'est compliqué. Et l'enfant qui est entre les deux et qui ne veut pas faire de la peine, qui passe un bon moment, avec l'un de ses parents, il ne va pas dire : « non, non moi il faut que je mange... ». Bon voilà, il y en a où on n'arrive pas à faire changer les choses à cause de ça.

Et donc tu disais que tu essayais de voir avec eux ce qu'ils avaient compris, et quels conseils tu peux leur délivrer aux enfants et à l'entourage ?

Bah en fait, je questionne un peu sur ce qu'ils mangent, sur leurs habitudes alimentaires, parce que par moment, on a l'impression de faire bien. Déjà les goûters, si ce n'est pas que des gâteaux industriels ou des trucs comme ça. Sur les grignotages et les quantités, parce que des fois, il y a quand même des histoires de « je me ressers », il a un gros appétit, je le ressers, donc ça je conseille de ne jamais se resservir, même si c'est très bon, mais pour tout le monde d'ailleurs, même les adultes. Après, d'éviter les choses trop sucrées, les céréales le matin hyper sucrées, les gâteaux industriels au goûter, enfin voilà, les trucs comme ça. J'essaie de voir un petit peu ce qu'ils mangent, je leur dis ce qu'ils peuvent peut-être changer et je vois, si c'est possible. Alors moi je n'utilise pas de semainier ou de trucs comme ça.

Tu orientes donc plutôt vers la diététique ?

Oui, alors les questions que je pose à ce moment-là, euh je sais un peu les activités. Ouais, en fait c'est quand même souvent à des moments, où je les vois une fois par an, je les vois pour les certifs pour le sport, donc je sais à peu près ce qu'ils font comme activité ou pas. Et à ce moment-là, je pose la question des écrans aussi, depuis pas hyper longtemps, mais je le fais, donc je sais à peu près ce qu'ils font comme activité, enfin de ce qu'ils me disent en tout cas.

D'accord et tout à l'heure tu as commencé à évoquer le problème des parents séparés, est-ce que tu as repéré d'autres difficultés à la prise en charge, pour le suivi ?

Non, je (*soupirs*), là en tête, je n'en ai pas forcément beaucoup des enfants obèses, je pense que ça dépend aussi de plein de choses, ici je n'en ai pas tant que ça. Et ceux où on n'arrive pas à changer les choses, c'est quand même ça souvent le frein, ou alors c'est un problème psychologique, justement des conflits, les parents, machin. Mais moi, ici, ils sont quand même, enfin je n'en sais rien, mais ils ont quand même des notions de nutrition, on n'a pas de grosses

bêtises quand même, ou financièrement, ils arrivent quand même à s'acheter des fruits, des légumes, donc tout ça, ils le savent déjà, et ce n'est pas le frein principal ici. Bon après il y a bien des parents, qui pensent bien faire, parce qu'eux ils mangent comme ça, et qu'ils n'ont pas envie de changer, mais bon, je n'en ai pas tant que ça. Franchement, j'en ai un en tête où c'est vraiment les parents et tout ça et le côté psychologique, et après les autres arrivent à entendre ce qu'il faut, enfin ça ne marche pas trop mal.

Enfin, tu n'as pas repéré tant de freins à la prise en charge ?

(Rires) Non, mais après s'ils ne veulent pas faire d'efforts, je ne vais pas les faire à leur place, mais ici, les parents entendent bien. Et moi je trouve ça hyper intéressant de commencer à le faire, enfin moi je les vois souvent, je les connais bien et j'arrive à les alerter avant qu'on sorte de la courbe et c'est plus facile quand même à ce moment-là. Après je ne dis pas qu'ils font tous des efforts non plus, mais ils l'entendent quand même assez bien, et ils sont contents d'agir avant. Dès que je vois la courbe augmenter, je leur dis qu'il n'y a rien de cata, mais que ça prend une tournure qui pourrait poser problème et là on commence à voir, c'est peut-être plus facile qu'une fois que c'est installé quoi.

Et tout à l'heure, tu évoquais le fait qu'ici tu avais une population où ça pouvait être plus facile, quels autres freins justement tu vois dans la prise en charge ?

Bah justement déjà, le point de vue financier, euh malheureusement, ce qui coûte le moins cher, ce n'est pas forcément ce qui est le mieux pour la santé. Plus payer des activités physiques aux enfants, moi ils n'ont pas de frein vis-à-vis de ça ici, il n'y en a pas beaucoup qui ont des freins là-dessus, mais je pense que ça doit être plus problématique dans d'autres endroits, ouais. Où les pâtes ça coûte quand même moins cher que faire des repas équilibrés, enfin je ne sais pas. Après il doit y avoir des trucs culturels, sûrement dans d'autres endroits, mais euh ouais, je ne sais pas. Je ne sais pas.

Ok, et tu évoquais tout à l'heure des problèmes d'ordre psychologiques, est-ce que tu as recours à d'autres aides ?

Des psychologues oui. Après j'ai déjà eu recours à l'endocrino-pédiatre, parce que finalement, il y avait également des problèmes de puberté précoce, voilà et sinon, non. Et moi je sais que je n'ai pas du tout adhéré dans le réseau RÉPPOP, je sais que ma collègue l'avait fait, pour une enfant, d'ailleurs ça n'a pas été très concluant, et donc non je ne me sers pas du tout de ça pour l'instant.

Et qu'est-ce que c'est qui te freine concernant le RéPPOP ?

Et bah, je me suis fiée un petit peu à ce qu'elle m'a dit, et déjà il faut faire quelques réunions, formations obligatoires, ça ne me... Voilà. Et après je n'ai pas forcément envie, enfin ça m'intéresse pour mes patients, mais je n'ai pas forcément envie qu'on m'envoie euh des enfants obèses parce que je suis adhérente au RéPPOP.

Très bien, et tout à l'heure tu évoquais la non utilisation des semainiers, est-ce qu'il y a d'autres choses que tu peux utiliser ?

Non, je n'utilise rien de plus.

Et connais-tu les cotations spécifiques, qu'en penses-tu ?

Non, je ne les connais pas et je ne les utilise pas. Je ne sais pas, ce n'est pas mon principal moteur les cotations, après si, il doit y avoir une cotation mais je ne la connais pas, je ne sais même pas dans quel contexte on peut coter ça. Est-ce que ça me motiverait plus ? Je ne sais pas, parce que oui c'est bien si c'est des consultations où on passe plus de temps à parler avec les parents, mais moi à la fin, je ne me vois pas dire : « 42€ -pourquoi ? - Parce que votre enfant est obèse ? », je ne sais pas, je ne le ferais pas je pense. Enfin sauf si je peux le coter, enfin je fais beaucoup de tiers payants dans le suivi des enfants, si je peux le faire comme ça pourquoi pas, mais je ne me vois pas dire aux parents : « c'est 42€ » alors que d'habitude c'est vingt-cinq.

Et le temps dans ces consultations, c'est important pour toi ?

Oui, mais ce n'est pas mon frein. Je ne vais pas parler de ça pour une consultation pour la grippe, mais ils viennent pour des consultations, juste pour le suivi, donc j'ai le temps. Je redis, que je veux qu'on se voie dans 3 mois pour ça, et ils reviennent oui. Et ils viennent tous au moins une fois par an, pour du suivi, même quand ils sont plus grands, donc le temps je l'ai. Donc c'est un frein en moins pour moi, et ils me demandent : « on vient une fois par an ou plus ? », non une fois par an, c'est bien. Enfin ça dépend ce qu'ils ont, mais non, non, moi ils viennent. Parce que j'ai souvent des parents impliqués, qui ont envie que les choses changent pour leurs enfants, ou qui sont passés par là. Enfin ils ne reviennent pas s'ils ne veulent pas changer de choses chez eux aussi les parents, ou si je ne sais pas. Oui j'ai de la chance ici (*rires*) sûrement.

Et au fil de tes consultations, est-ce que tu as pu remarquer des caractéristiques particulières ou des difficultés dans la relation avec les enfants ou avec son entourage ?

(Silence) Je ne sais pas, c'est dur comme question, parce qu'en plus à force je les connais tous bien, alors trouver un trait commun, à part peut être le retentissement psychologique, ça je peux retrouver un manque de confiance en soi. Est-ce que c'est la cause ou la conséquence, je n'en sais rien, mais oui, ça va tous être des gamins qui n'ont pas confiance en eux. Et ça ressort toujours à un moment ou à un autre. Il y en a qui vont être plus introvertis, d'autres plus bagarreurs, bon c'est ça. Après dans la relation avec les parents, dans ce qu'on voit dans deux consultations de 20 minutes par an... Non je ne peux pas dire grand-chose de plus. Ça n'a pas l'air forcément conflictuel. Après je pense par exemple à l'enfant pour lequel les parents sont séparés, la maman ça la désespère un peu, donc ce n'est pas contre l'enfant, mais plus vers son ex-conjoint, mais avec les enfants, non je ne trouve pas qu'il y ait de conflit particulier sinon.

Et dans ta prise en charge, tu as dit ne pas avoir de limites d'ordre économiques ou sociales est-ce que tu as pu en remarquer d'autres ? environnementales ?

Non je pense que les freins qu'on a eus, là où on n'a pas réussi, c'était soit parce que de toute façon, il y a une souffrance liée à autre chose, des enfants pas bien de manière globale, pour d'autres raisons. Soit, on a eu aussi, on en a eu une, d'ailleurs celle pour laquelle ma collègue a fait appel au RéPPOP. Elle, on n'a rien fait, mais en même temps, la famille n'aidait pas, parce qu'ils n'avaient pas vraiment envie de changer les choses je pense, et parce qu'ils la trouvaient « très bien comme ça » et ils n'avaient pas envie que les choses changent. Enfin, ils n'allaient pas du tout dans notre sens de « il faut faire quelque chose », alors bon, s'ils ne voient pas de problème, on ne peut rien faire. Donc je ne dis pas qu'on y arrive pour tout le monde. Après l'accessibilité ici, si ils veulent, ils peuvent faire tout ce qu'ils veulent, par contre ils ont peut-être trop accès à des écrans ici oui. Ils ont tous leur téléphone, leur tablette, et ça ils doivent passer du temps, et ça ne doit pas aider. Les écrans, je pense que c'est un gros problème, pas uniquement pour le poids, mais je ne posais pas la question systématiquement, je le fais depuis une formation, et bah des fois on a de belles surprises quand même (*rires et soupirs*).

Quels autres besoins as-tu identifiés ?

Bah... Pas vraiment d'autres, mais c'est comme l'obésité des adultes, c'est un peu frustrant, parce qu'on peut y passer du temps, avoir l'impression que le message est bien passé, et finalement les choses ne changent pas beaucoup. Parce que de toute façon on n'est pas là au quotidien pour leur dire : « rappelle toi », donc c'est quand même frustrant ce type de prise en charge. Voilà aussi pourquoi j'aimerais ne pas faire que ça comme prise en charge (*rires*). Voilà,

mais des fois ça paye quand même, ils font ce qu'il faut et c'est cool. Après je ne sais pas quoi penser de ces réseaux. Par exemple, j'adhère à d'autres réseaux pour d'autres trucs, où je vois l'utilité, et le RéPPOP je n'en sais rien, mais je n'ai que l'écho de ma collègue et bon ça n'a pas été une expérience folle et du coup je ne me suis pas dit : « tiens ». Par exemple un gamin où je n'y arrive pas, je ne sais pas si ça changerait quelque chose ou pas, mais comme je n'ai pas eu de retour très positif sur le réseau, je n'ai pas envie de passer du temps pour rien. Après moi, je ne sais pas si c'est comme ça qu'il faut faire, mais je sais que je ne suis pas très directive. Je suis plus dans les faire réfléchir sur ce qu'ils peuvent faire, donner des conseils, mais ce n'est pas moi qui vais dire : « vous pouvez manger ci, ça, ça », et crier. Enfin il y a des médecins qui travaillent comme ça, à l'ancienne. J'avais fait une formation à Lyon, c'était terrible. On avait parlé un petit peu de l'obésité, et il y avait un vieux médecin qui disait : « oui mais faut leur dire c'est du pain sec et de l'eau au gouter », non moi c'est pas possible, après lui il disait que ça marchait sur certains... Peut-être... enfin moi je pense qu'on leur fait peur et qu'on ne les revoit pas, mais c'est pas simple, oui c'est pas simple comme sujet.

Et ça n'est pas simple pourquoi ?

Bah après l'enfant j'y vais quand même avec des pincettes, pour pas qu'il se braque, avec les parents après non ça va. Mais ça n'est pas simple parce qu'il y a pleins de facteurs là-dedans, et puis aussi parce que, eux ils font comme ça, il y a toujours la peur de l'enfant qui ne mange pas assez, qui ne grandit pas. Est-ce qu'on n'a pas nous aussi cautionné des trucs ? Je n'en sais rien. Et c'est des habitudes, c'est comme ça peut-être qu'ils ont été élevés et c'est ce qu'ils leur transmettent, les éduquent, enfin c'est un sujet qui n'est pas simple l'obésité, mais pour les adultes, pour tout le monde. Après peut-être que ça devrait peut-être plus se faire dans les écoles, dans les cantines, en parler avant. Il y a pleins de choses qui devraient passer par l'école : l'alimentation, l'écologie, le plastique, enfin voilà.

As-tu des choses à rajouter ?

Non je pense que j'ai tout dit.

Entretien 4 (Téléphonique)

Pour vous qu'est-ce que le surpoids, l'obésité ?

C'est une définition par le BMI, si je ne me trompe pas un chiffre supérieur à 25 et supérieur à 30. Après chez les enfants, je leur mets sur leur courbe. Et puis je crois d'ailleurs que sur les nouveaux carnets de santé, il me semble, qu'il y a les... Parce que nous sur le logiciel, on l'a, mais sur les nouveaux carnets de santé on a les courbes surpoids et obésités. Je crois qu'ils les ont rajoutées. Donc oui oui, quand on positionne le petit sur la courbe, on a la tranche dans laquelle il est quoi.

Et en tant que médecin généraliste, quel rôle pensez-vous avoir dans la prise en charge de l'obésité pédiatrique ?

Bah je dirais principalement, alors, la prévention. Quand c'est constaté c'est plutôt de la prévention secondaire, mais en tout cas un rôle de conseil et puis souvent, on voit le petit dans son entourage familial, en connaissant souvent les frères et sœurs quand il y en a et donc on a un rôle prépondérant à jouer, c'est certain.

Et pensez-vous avoir une place prépondérante dans la prise en charge ?

Eh bien, je dirai que c'est plutôt par rapport à la zone ou au secteur où l'on exerce, parce que par exemple, nous sur le secteur de ***, il n'y a pas de pédiatre, donc la prise en charge en première ligne d'un enfant, c'est soit la PMI (il arrive que la PMI gère la prévention), et puis, soit nous. Donc en fait on voit énormément de petits de tous âges depuis leur consultation obligatoire des 15 jours jusqu'à l'adolescence et plus quoi. Donc nous on a un rôle en tant que médecin généraliste, en tout cas, dans une zone où il n'y a pas d'accès à un pédiatre, à mon avis plus important que dans d'autres zones où on voit éventuellement moins de petits quoi.

Vous disiez que la PMI pouvait faire des diagnostics, une fois que celui-ci a été fait, comment évoquez-vous le sujet avec le patient, et comment faites-vous l'annonce ?

Alors moi j'essaie de me baser sur la courbe, alors avant on faisait plus poids et taille, maintenant pour un petit que l'on suit actuellement par exemple, on raisonne plus avec le BMI avec les parents. Mais bon tout dépend d'abord du patient, parce qu'il y a des patients avec qui on discute directement, et pour les très jeunes patients, on discute plutôt avec les parents, en sachant que les consultations, ne sont jamais qu'enfant-médecin. En général le parent est là. L'annonce du diagnostic ne pose pas de problème, l'annonce ne pose finalement pas de problème parce qu'on se base sur les chiffres, et en général quand on le dit quelque part, ça

libère un peu. Les parents en avaient aussi conscience mais n'en parlaient pas, etc, donc ce n'est pas un diagnostic difficile, comme d'autres diagnostics en médecine générale. Et après par rapport au suivi, c'est essentiellement un suivi, tout dépend de l'importance, mais en général mensuel, en tout cas chez les tout petits, puisque de toute façon on les pèse, on les mesure et on fait un périmètre crânien au moins tous les mois au début, puis après en fonction des parents, et puis après pour les plus grands, parce que souvent, c'est des plus grands, en général, moi je dis 3 mois, ou alors les prochaines vacances, en essayant entre temps, non pas de surveiller que le poids, mais aussi l'activité physique et puis les équilibres alimentaires quoi.

Et quand vous disiez « avec les plus grands on le dit », c'est-à-dire que vous dites le mot ?

Non, je dis souvent « trop gros » (*rires*), je reste sur la courbe hein, mais souvent je dis « trop gros » parce que « obésité » euh, souvent, c'est soit perçu de manière négative, très très négative je trouve, soit inversement un peu banalisé. Donc quand on dit « trop gros » il y a le côté « trop » qui a l'air, enfin c'est un ressenti que j'ai moi, mais donc en général les termes basiques, accessibles, au moins il n'y a pas la barrière au niveau de la compréhension du terme médical quoi. Même si l'obésité a priori c'est compris de tout le monde. Donc moi je dis plutôt : « donc voilà tu es trop gros », alors en sachant, qu'on regarde quand même au niveau de la tendance de la taille et du poids. J'ai pensé à votre travail là, il y a 3 semaines, pour lequel, il y avait vraiment une croissance au niveau de la taille, qui ne correspondait pas du tout à la croissance du poids, donc on a aussi insisté sur le fait que la situation allait se modifier, donc on a discuté avec la maman, des apports et des dépenses et d'encourager à l'activité physique et on a aussi discuté du fait, que probablement le BMI aller se modifier avec la croissance ultérieure quoi.

Et par exemple, concernant cet enfant, vous délivrez des conseils particuliers ?

Et bah j'essaie de leur faire faire un journal alimentaire. Donc d'abord à la première consultation en général, quand on discute de ça, on essaie d'établir les causes qui paraissent le plus facilement modifiables, ou en tout cas, quand il y a un gros déséquilibre au niveau des apports, ce que je leur conseille par exemple c'est de faire un calendrier hebdomadaire au niveau des apports pour voir un petit peu à quelle heure, comment, dans quel contexte ils mangent et pour essayer de les sensibiliser aussi au fait des apports en dehors des repas, qui souvent ne comptent pas pour les patients. En fait, ils nous disent qu'ils ont mangé la veille et quand on fait un calendrier alimentaire, et que les enfants et les parents jouent le jeu, on s'aperçoit, qu'il y a d'autres choses que ce soient des jus, ou d'autres apports en dehors des repas, et qui ne sont pas nécessairement du grignotage, qui sont plus des habitudes. Et donc, le calendrier alimentaire ça peut être intéressant. Et puis après, on fait pareil avec l'activité physique, on en discute, c'est-

à-dire qu'est-ce que c'est que l'activité physique pour eux ? Comment les parents aussi voient ça. Nous on a quand même le constat, à part pour une famille où il y a vraiment une grosse différence, que les quatre cinq familles qu'on suit, qu'il y a malheureusement un contexte familial, qui n'aide pas dans le sens où, en tout cas pour trois familles sur cinq, donc plus de la moitié, il y a les deux parents qui sont en situation d'obésité et qui considèrent que l'enfant est obèse, parce que les parents sont obèses. Il y a cette espèce de déterminisme avec ça et que : « quoi qu'il fasse, il sera toujours un peu enrobé docteur » voilà. Et c'est pour ça que des fois, ça permet de rebondir sur le comportement alimentaire des parents, mais aussi de l'activité physique, l'usage des écrans et compagnie, quoi.

Vous évoquez la difficulté liée à l'obésité-même des parents, est-ce que vous en avez repéré d'autres ?

La principale difficulté qu'on a en général, c'est le manque de temps. Donc par exemple, nous pour avoir un rendez-vous avec nous, il doit y avoir aller, deux trois semaines le plus souvent, avec des horaires scolaires, quand les enfants sont scolarisés, ou les horaires des parents, c'est souvent compliqué de fixer un rendez-vous, même si les parents en conçoivent l'importance. Et surtout fixer un rendez-vous, où en général, on prend plus de temps, des rendez-vous plutôt de vingt minutes, une demi-heure et ces plages de rendez-vous sont difficiles à trouver pour les patients et pour nous aussi. Et surtout que quand on ne parle que de l'obésité, un quart d'heure, vingt minutes, on peut dire que c'est suffisant, des fois non, et souvent, c'est dans le cadre d'autres problèmes. Donc par exemple là pour l'autre petit, il y a quatre semaines, c'était par rapport à un rappel vaccinal, je crois qu'il n'avait pas eu son ROR, je le vaccinai, à ce moment-là, on a discuté d'un certificat médical, on l'a pesé, mesuré, mais il ne l'avait pas été depuis plus d'un an je crois. Et donc il y a d'autres pathologies et on essaie de se centrer là-dessus, parce qu'on pense que c'est important à ce moment-là, mais il y a d'autres situations où l'on va privilégier autre chose. Par exemple, j'ai un petit qui vient me voir régulièrement pour un problème allergique, et pour lequel on parle avec les parents de l'obésité, mais on reste sur le problème de l'allergie. Le temps ça me paraît être l'obstacle le plus important.

Donc à priori, vous n'arrivez pas à mettre en place une consultation dédiée ?

Non, enfin si, quand on les reconvoque pour ça, oui. On arrive à faire une consultation dédiée qu'à ça. Après ça dépend de... voilà, j'allais dire de l'appréciation, du ressenti des parents, de notre impression aussi par rapport à la situation et à l'importance du problème. Donc c'est aussi par rapport à ça, qu'on détermine le délai de la prochaine consultation. Mais quand on détermine

ça, et que, par exemple je demande de faire des calendriers alimentaires et tout ça, à ce moment-là, la consultation d'après est une consultation qui est dédiée à ça.

Et dans votre mail, quand vous m'aviez répondu, vous m'aviez évoqué le fait qu'il y avait également la relation avec les parents qui est compliquée, donc là vous l'avez évoqué en partie avec les parents eux-mêmes obèses, est-ce qu'il y a d'autres choses en lien avec les parents qui semblent bloquer la prise en charge ?

Bah en tout cas, on a l'impression qu'à cet âge, même si on peut essayer de modifier les comportements, en tout cas, là je parle des jeunes enfants, les ados je n'en parle même pas, parce que c'est encore un peu plus compliqué. Le comportement des jeunes enfants en général est forcément modifié par des changements d'habitudes à la maison. Je ne me suis jamais retrouvé confronté à un refus catégorique des parents, mais par contre, il y a des fois, malgré ce qu'on essaie de changer, il y a une absence de relais à la maison. C'est-à-dire qu'on a l'impression que les changements de comportement ne sont pas forcément encouragés à la maison. Indépendamment du fait que les parents soient obèses hein. Alors est-ce qu'ils ne perçoivent pas comme grave la situation ? Est-ce que nous on l'explique mal ? C'est aussi possible. Parfois on demande de faire un calendrier alimentaire, on sensibilise sur pleins de choses, on imprime des tableaux, avec des apports journaliers, ou des calories par aliment, ou on essaie de sensibiliser par rapport aux apports en sucre. Il est arrivé que par exemple des gens ne viennent pas à la consultation dédiée, sans prévenir forcément, ou que les gens par exemple n'ont pas fait ce qu'on leur a demandé de faire, que le calendrier soit oublié à la maison, mais qu'ils ne soient pas capables de nous dire ce qu'ils ont mangé la veille. Donc voilà, ça je ne vais pas dire que ça arrive souvent, mais ça arrive dans pas mal de cas, mais c'est souvent ces cas-là qui posent problème, où on est mis en échec, et probablement, que nous on est mis en échec par rapport à la stratégie qu'on propose, mais qu'il y a aussi une absence d'adhésion au niveau des patients et de l'entourage du patient.

Et est-ce que vous avez été confronté à d'autres obstacles ?

Euh... Alors un obstacle qui peut paraître secondaire, mais qui peut des fois être utile, c'est que des fois on aime bien s'appuyer sur euh, justement des paramédicaux. Par exemple envoyer le petit avoir une consultation diététique et tout ça, et où là il peut y avoir la barrière financière. Alors là, la réponse, c'est la réponse par l'adhésion au RéPPOP, puisque le RéPPOP permet ça, que ce soit par rapport à l'activité physique ou aux consultations dédiées, psy ou diet. Mais le problème du RéPPOP, c'est que si on n'adhère pas, on ne peut pas suivre le patient dans ce cadre-là. D'ailleurs moi c'est un peu les reproches que j'ai à faire à ce système-là et sa mise en

place, c'est que ça a été fait en excluant certains professionnels de santé, et ce qui à mon avis est une erreur de jugement et qui revient à faire la « gueguerre » de d'habitude entre les médecins qui soignent bien, et d'autres qui ne soignent pas bien. La lettre que l'on a reçue, par rapport au RÉPPOP, pour adhérer au RÉPPOP, nous obligeait, je ne me souviens plus du terme utilisé, mais il y avait vraiment une obligation de formation, de je crois un weekend ou deux demi-journées, je ne sais plus, une obligation de formation, pour pouvoir adhérer au RÉPPOP. Donc l'adhésion à la limite, pourquoi pas mais pour pouvoir suivre des enfants, en mentionnant bien dans le courrier que en cas de non adhésion, si on n'avait pas fait la formation, qu'on n'adhérait pas, on ne pourrait plus suivre les enfants et que les enfants pourront être suivis par un autre médecin RÉPPOP, sous-entendu, on n'est pas bon pour le faire quoi. Et ça, ça vraiment, c'est, moi je pense, une erreur, surtout pour une politique qui vise le plus large possible et qui vise à avoir une prise en charge pluridisciplinaire. Dire qu'un médecin peut gérer l'obésité, uniquement si il a fait une formation, euh dans le cadre du RÉPPOP, c'est à mon avis une erreur quoi. Et moi par exemple, j'ai un patient que je suivais depuis qu'il était né, et que je ne suis plus parce qu'il a été vu par un de mes confrères dans le cadre du RÉPPOP et que je n'ai plus jamais revu, alors peut-être que depuis il n'a jamais été malade, mais je ne l'ai jamais revu. Donc même les précautions qui étaient annoncées, disant que si le patient allait voir un médecin, dans le cadre du RÉPPOP, euh le reste des soins seraient organisés et continuerait à être réalisés par le médecin traitant, c'est une erreur. Donc en plus, c'est une forme de détournement de patientèle, qui n'est pas fait pour ça hein, mais clairement il y a un détournement de patientèle et en plus pour un motif, le motif c'est visiblement l'absence de connaissance. Donc on considère qu'on n'est pas suffisamment capable de gérer l'obésité pédiatrique, en sachant que j'imagine que les gens qui ont inventé ça ont prévu quand même qu'il y avait des obèses qui n'étaient pas suivis par le RÉPPOP. J'imagine. Donc voilà, ils sont partis du principe que seuls les médecins formés par leurs soins pouvaient traiter l'obésité pédiatrique. Sous-entendu avant que le RÉPPOP existe, on ne savait pas faire, et que si on n'adhère pas au RÉPPOP on ne sait pas faire quoi. Donc euh, franchement, ça a été mal vécu, et on en a parlé avec des confrères en EPU qui ont eu le même ressenti que nous et qui n'ont pas adhéré. Moi voilà, il y a un seul patient qui a quitté ma patientèle, à regret quoi mais voilà.

Et initialement c'était vous qui l'aviez adressé ?

Non, donc en fait, ce qui s'est passé, c'est que le patient a eu une visite scolaire, la visite scolaire a identifié l'obésité, dont on avait déjà parlé avec la maman, et l'infirmière scolaire, qui est l'infirmière de la PMI en l'occurrence pour nous, lui a dit que par rapport à la PMI, il y avait notamment des activités sportives qui étaient organisées et donc qu'il fallait qu'elle se rapproche de la PMI, donc moi à ce moment-là, elle n'est pas venue me voir la maman. On lui a dit à ce moment-là que la seule manière de bénéficier des activités, c'était qu'il aille voir un médecin adhérent au réseau RéPPOP, ce que la maman a fait. Elle est venue me voir avec les conclusions du médecin, en disant, qu'il y avait une visite de prévue, avec la diététicienne, le psychologue et tout ça et qu'il allait démarrer le sport, au semestre suivant et je ne l'ai plus jamais revu. Ça fait un seul patient, mais ça fait entre guillemets « mal » quand même. Du coup ça peut être un frein, mais surtout clairement on s'oppose alors que je pense que pour que ça aille bien dans ce genre de prise en charge, en santé publique, il faut que tout le monde, soit à peu près d'accord et aille vers le même endroit, alors que moi, voyant ça, je m'oppose catégoriquement, à ce que les gens consultent dans le cadre du RéPPOP. Alors ce n'est pas que je leur dis qu'ils n'ont pas le droit d'y aller, mais je leur dis : « je vous préviens que visiblement, si vous y allez, je ne serai plus bon dans cette histoire-là quoi ». Et donc les gens ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge psy et d'une prise en charge diététicienne, alors qu'ils peuvent en bénéficier et que ça aurait été utile pour eux, donc au détriment de la santé publique, on prend des décisions comme ça. Donc franchement, euh... c'est un gros gros frein. Et donc nous sur le secteur on est quatorze médecins généralistes. Ma femme et moi par exemple, on voit énormément de petits. Ma femme elle a douze rendez-vous cet après-midi, elle en a sept de pédiatrie. Elle n'est pas adhérente RéPPOP, donc ça veut dire que ces sept gamins à priori, s'il y a un problème ils ne pourront pas bénéficier de ça, ou alors en allant voir un autre médecin. C'est quelque part antinomique, dans le sens où si encore, je les adressais à un service, ça arrive des fois, par exemple, on a une petite en ce moment, qui n'a aucun problème médical, mais qu'on a adressé en nutrition au CHU, parce que clairement, il y a un déni complet de la maman, et que la petite, elle n'arrive presque pas à marcher, du fait de cette obésité, et qu'on a essayé tout ce que l'on pouvait faire sur place et que ça n'a pas débouché sur grand-chose, donc je demande un avis spécialisé. A ce moment-là, je demande un avis, à quelqu'un qui en sait plus que moi, sur la pathologie de l'obésité pédiatrique, alors que leur demander d'aller voir un confrère qui a le même âge que moi, la même formation que moi et qui est juste allé à quatre soirées, qui doivent être déterminantes dans la formation d'un médecin généraliste, euh, qui permettent de dire qu'il est plus compétent que moi. Non, donc euh... voilà c'est quand même

vachement mal vécu. Donc cette espèce d'opposition entre les uns d'un côté, les autres de l'autres, ça n'est pas super.

Et si on reprend l'histoire de la petite, que vous avez adressé au CHU, avant ce dernier recours, avez-vous pu avoir accès facilement à d'autres professionnels de santé ?

Ah oui, oui sans problème, il y a une diététicienne, avec laquelle on s'entend très bien, qui est à quoi, 7 km et qui veut bien prendre en charge l'obésité pédiatrique. On a des psychologues libéraux ou éventuellement le CMP, mais le CMP enfant est plus difficile d'accès, et puis le problème du CMP enfant, c'est qu'on n'a pas de retour. Donc souvent, on réserve à des pathologies psychiatriques un peu plus lourdes, mais voilà, si on a besoin d'un avis psychologique par rapport à un comportement alimentaire qui nous pose question, on a aussi des psychologues libéraux qui sont disponibles, qu'on peut joindre éventuellement directement et qui peuvent faire des consultations dédiées pour ça. Donc le recours à la deuxième ligne, enfin je ne veux même pas dire à la deuxième ligne, parce qu'on va dire que la deuxième ligne, c'est le médecin spécialisé, mais le recours au pluridisciplinaire peut se faire. Le problème c'est un problème de moyen quoi, pour les familles. Parce que forcément, quand on en a besoin, pourquoi pas, mais à ce moment-là il faut souvent argumenter auprès des parents, aussi pour justifier l'investissement financier. La diet, c'est en général, au moins quatre ou cinq consultations et donc ça a un coût. Moi je m'étais renseigné à un moment donné, parce que nous on a une diététicienne qui bosse à ***, et donc c'est sûr que ça a un coût quoi. Après sur le plan alimentaire, j'ai moins l'impression, on va dire que dans les cas que je suis (parce qu'on va dire que le problème aussi, on est sensibilisé de manière différente à la question, les uns et les autres et donc on estime par exemple des fois une situation qu'on ne trouve pas grave, que d'autres pourraient trouver grave) et dans les cas entre guillemets « graves » que l'on suit en ce moment, c'est-à-dire quatre ou cinq actuellement, aller, il y a peut-être une famille qui est dans une situation sociale précaire, mais sinon il n'y a absolument pas de facteur limitant financier pour la qualité de l'alimentation. Donc c'est vraiment minoritaire, et par exemple dans cette famille, on va dire défavorisée, il y a trois enfants et donc là c'est le dernier qui a ce problème-là, qui a d'ailleurs moins de problème depuis six mois, là, qu'on s'en occupe un peu. Et les deux autres n'ont aucun souci, les deux autres enfants et les parents n'ont pas ce problème-là. Donc je ne crois pas que dans leur cas, c'est vraiment financier, au niveau de la qualité des apports alimentaires. Voilà.

Très bien, et est-ce que vous avez recours encore à d'autres professionnels ?

Alors, il y a les pédiatres, mais après les pédiatres, moi je ne les mettrais pas trop dans la pluridisciplinarité, mais dans la deuxième ligne quoi. C'est-à-dire que je les référerais pour une pathologie endocrinienne sous-jacente, pour ne pas passer à côté d'un truc quoi. Mais c'est plus rare, qu'on fasse appel à eux.

Et d'un point de vu plus technique, quels sont les autres supports que vous utilisez ? Vous aviez évoqué les calendriers alimentaires par exemple.

Alors moi, j'utilise les supports de... euh, parce qu'on a été formé en Belgique avec ma femme, les supports de la SSMG (société scientifique de médecine générale belge), qui a fait des fiches d'info patients, et donc par exemple le calendrier alimentaire, c'est sur la base d'un calendrier, qui a été fait. Et donc ils ont d'autres supports pédagogiques et autres. Et donc ils font ça, c'est bien, il y a des fiches d'info patients, pour essayer de sensibiliser les gens et il y a des fiches sur les index caloriques, ou les index glucidiques ou les pyramides alimentaires ou les choses comme ça. On essaie de partir de supports que les gens en général connaissent pour essayer d'inciter sur des éléments qui sont déjà connus, et donc il y a une partie du boulot qui est déjà faite, et qui restera éventuellement plus dans les têtes quoi. Donc on s'aide quand même de supports, par exemple, là avec les enfants, ouais 7, 8, 9, 10 ans, on interagit autour de l'écran, avec la pyramide alimentaire, avec ce qu'il faudrait (voir il faut totalement) supprimer, et ce qui a besoin d'être apporté en plus quoi. Donc voilà, c'est des petits supports techniques, qu'on utilise aussi en fonction du patient, des parents et de l'interaction qu'il peut y avoir lors de la consultation. Après comme autre support... Non pas spécialement.

Et concernant la cotation spéciale, qu'en pensez-vous ?

Je sais qu'il y a une consultation, qui est dédiée à ça, je ne l'ai jamais cotée. Je ne sais même pas comment elle se cote, donc euh... J'avais discuté avec la représentante de l'assurance maladie, mais vous voyez j'ai déjà oublié quoi. Donc non non non, on va dire que je ne suis pas du tout au courant, je suis au courant qu'il y a quelque chose qui existe pour ça, mais je ne l'utilise jamais quoi. Moi je suis un peu contre le fait de rémunérer le médecin à la tâche qu'il fait. Mais bon, ça c'est plus par conviction, qu'autre chose, j'ai justement fait ma thèse sur la rémunération du médecin, et je pense que l'important c'est la santé du patient, dans sa globalité. Et je ne trouve pas forcément pertinent de demander... A part par exemple le frottis et l'ECG que je cote, par exemple, je ne cote jamais l'évaluation de la dépression 70€, je ne cote jamais une visite longue à un patient, parce que je pars du principe qu'il y a d'autres visites qui ont été plus courtes et on ne les a pas facturés deux fois moins chères (*rires*). Mais c'est plus un

argument personnel qu'un truc qui a vraiment de la valeur. Mais je ne suis même pas au courant vous voyez. Donc on en a parlé quand la représentante de la sécurité sociale est venue nous évoquer les changements de nomenclatures aussi par rapport à l'introduction du COP là, des consultations obligatoires pédiatriques, mises en place par la sécu là, mais même ça on ne le fait pas. J'ai l'impression qu'il faut vraiment connaître, des fois, j'ai l'impression qu'on se transforme en comptable là, faut voir le nombre de consult par an et tout ça (*rires*). Voilà.

D'accord, et question un peu plus complexe : est-ce qu'au cours de vos consultations, vous avez remarqué des caractéristiques particulières, ou des difficultés particulières avec les parents ou les enfants en surpoids ou obésités ?

Euh... euh... Pas forcément. Euh... Alors moi je vais dire que déjà, il y a un biais, pour ma réponse à moi, parce que, comme je vous dis on doit soigner cinq, six personnes qu'on trouve à risque. Je dis « nous », parce qu'en fait, on les suit de manière conjointe avec ma femme. Et donc sur cinq, six personnes, j'essaie de mettre des points communs entre, euh... A part éventuellement, une espèce de prédisposition génétique, ou en tout cas, euh... une prédisposition familiale à avoir un surpoids, mis à part ça, comme caractéristiques communes, euh, non pas spécialement. Parce qu'au niveau psychologique, je ne vois pas, euh, de comportement type, mais bon sur cinq c'est difficile de se faire une appréciation, mais je ne sais pas, je n'ai pas l'impression qu'il y a un comportement type. Surtout que c'est en plus à des âges différents et tout, mais il y a des petits qui sont vachement dans l'interaction dans la consult et puis il y a des petits, qui ne parlent pas du tout, de toute la consult. Euh... au niveau physique, à part l'obésité, ils ne partagent pas forcément grand-chose d'autre. Au niveau de l'activité physique, euh, paradoxalement, c'est variable aussi. On pourrait s'attendre à ce qu'ils ne fassent rien, mais pas tellement. Après sur cinq, c'est difficile de se faire une idée. Et euh, par rapport à la relation, que ce soit avec moi, ou avec les parents, non. Moi je ne vois pas d'éléments qui pourraient les rapprocher tous ces patients, mis à part, ouais une prédisposition familiale. La majorité des parents ne se sent pas forcément investie dans le truc quoi. Moi le problème que j'ai essentiel et ça revient un peu aux freins qu'on a évoqué tout à l'heure, c'est que je n'ai pas toujours, dans moins de cinquante pour cent, moins d'un cas sur deux, euh, un appui parental au message que je véhicule, au changement de comportement, que l'on encourage et donc je dirais l'incompliance thérapeutique des parents quoi. Enfin le manque d'adhésion au projet.

Et voyez-vous d'autres limites ?

C'est-à-dire ?

D'ordres sociales, environnementales ou autres.

Euh non, je ne pense pas que ce soit tellement des limites, mais clairement, on a l'impression que c'est un problème, qui est quand même un problème sociétal, et qu'un changement de mode de vie, et d'habitude de vie, fait que l'obésité arrive de plus en plus jeune, et qu'en parallèle, euh... Parce que là, nous on évoque les initiatives du médical, paramédical. Après moi ma petite, elle a 6 ans, elle va à l'école, on les sensibilise à ça aussi à la cantine, donc je pense qu'il y a un rôle de l'éducation aussi important à jouer. C'est sûr que c'est des pathologies, qui, qui, je ne vais pas dire qui n'existaient pas, mais en tout cas, qui existaient moins avant, ça c'est presque certain, et qui sont quand même essentiellement liées à notre mode de vie. Donc euh, en dehors de l'obésité, des gamins, qui lorsqu'ils sont en consultation, sont sur une tablette ou euh en train de jouer à un jeu vidéo, il y en a plein, les apports alimentaires qu'on peut avoir ne sont pas forcément adaptés à leur âge, et à leur activité physique, donc voilà. Donc je pense qu'en effet, c'est un problème de fond, bien plus important que juste la partie nous médicale que l'on voit. Alors après toutes ces politiques, qui sont menées, je pense qu'elles vont toutes de concert et par exemple, moi je vois ma petite qui rentre, on a parlé du sucre, et tout, je pense que les, les supports et l'information quand elle vient de supports différents et de personnes différentes, elle passe mieux, et donc il y a la même recherche sur les écrans, euh je vois qu'on a discuté avec les membres de la crèche de la ville, pour justement sensibiliser les parents à ça, de mettre des affiches dedans etc, et donc je pense que voilà, il ne faut pas se leurrer, on est les maillons dans une chaîne vachement importante de personnes et de choses que l'on peut changer, et donc ouais, il faut rester modeste aussi quoi. Ce n'est pas parce qu'on fait bien le boulot, que les patients sont moins obèses et ce n'est pas parce qu'on fait mal notre boulot, qu'ils le seront plus.

On arrive donc sur la fin, est-ce que vous avez remarqué d'autres besoins, d'autres choses qui pourraient vous être utile et mis en place ?

Non pas spécialement, je pense que ce qui pourrait être utile vraiment, voilà, mais là je parle à l'échelle d'un territoire, c'est que, quand il y a un projet comme ça, assez ambitieux de santé publique qui se met en route, il faut qu'il se fasse avec tous les partenaires de santé. Et là clairement, la direction qu'a pris le RéPPOP, en tout cas par ici, c'est une direction qui va être contre-productive quoi, donc euh voilà. Et vu que, que ce soit en investissement en temps, en argent et en ressource qu'on a mis en place par rapport à ça, euh, ce qui me paraît important à développer, c'est vraiment les compétences de chacun au sein d'une équipe, plutôt que de créer une équipe où seuls les gens qui veulent adhérer sont bons et les autres sont relégués au reste, donc voilà.

Entretien 5 (Téléphonique)

Pour toi, qu'est-ce que le surpoids, ou l'obésité pédiatrique ?

Euh... Moi je me réfère beaucoup à l'IMC de l'enfant, que je pèse systématiquement à chaque consultation, que je retranscris sur son dossier informatique. Je me fie à l'IMC et puis surtout l'IMC. Basique quoi.

Et comment tu te positionnes en tant que médecin généraliste face à cette problématique ?

Bin, je pense, qu'on est là pour alerter, surtout pour alerter les parents, qui ne se rendent pas compte que leur gamin prend du poids quoi. Leur faire prendre conscience.

Et une fois que tu as fait le diagnostic toi ou qu'il a été fait par la médecine scolaire ou autre, comment évoques-tu le sujet, comment fais-tu l'annonce ?

Euh, alors moi je suis assez franc quoi. Je leur dis que le gamin est trop, qu'il a un poids supérieur, qu'il a un poids excessif, je leur dis clairement. Je le dis aux parents et aux enfants, qu'il faut faire attention, qu'il est entrain de dépasser la normalité quoi.

Et suite à ça, quels conseils donnes-tu ?

(Rires) Moi je suis très, enfin je suis très anti-sucre tout le temps. Je trouve que les gamins mangent beaucoup trop, qu'on est une société, qui mange beaucoup trop. Donc c'est très très directif là-dessus quoi. Je leur dis d'arrêter de manger des céréales sucrées, voilà, mais souvent c'est mal perçu par les gens. C'est mal perçu par les parents quoi. Ils ne comprennent pas, je veux dire, le gamin pour qu'il... Les parents souvent ne sont pas, comment dire, ils ne se rendent pas compte que pour faire plaisir à leur gamin, ils leur donnent des bonbons, ils leur donnent des sucreries, des pains au chocolat, des croissants, des choses comme ça. Et ça, ça me met en colère tout de suite, donc je leur dis les choses très directement quoi, qu'il faut arrêter. Il faut arrêter leurs conneries quoi. Je suis assez direct ouais.

Y a-t-il d'autres conseils que tu donnes ?

Oui, oui oui sur le, moi je m'énerve beaucoup aussi, tu vas penser que je m'énerve beaucoup, c'est un peu ça. Je m'énerve beaucoup sur la sédentarité des gamins quoi, leur dire de faire du sport, des choses. Parce que maintenant, on a une génération, une jeune génération qui fait, qui fait du portable, de la console, et qui ne sort pas quoi. Et ça, je le ressens énormément. Moi ça fait vingt-cinq ans que je bosse, euh, on n'avait pas ça avant. Avant les gamins, ils faisaient du sport, ils faisaient du sport, là ils en font beaucoup moins, euh voilà. Et ça je ne peux pas m'en

empêcher de le dire aux gens quoi. Voilà. Donc les conseils je les dis aux parents, mais bon je ne suis pas direct comme ça, hein, je ne leur rentre pas dedans comme ça, je le dis un peu de façon, mais il faut dire, il faut dire les choses, quoi.

Une fois que tu as essayé de leur dire, as-tu remarqué d'autres difficultés pour la suite de la prise en charge ?

Euh la difficulté, c'est souvent : « oui mais, on n'a pas le temps », ils bossent, donc ils n'ont pas le temps de s'occuper de leur gamin. « On n'a pas les moyens d'acheter les choses », ça coûte cher d'acheter des choses, qui sont plus saines. Voilà des choses comme ça, bon ça c'est des faux arguments à mon avis, mais euh, voilà, c'est les arguments qu'on entend, que ça coûte cher d'acheter. C'est sûr que c'est facile d'acheter des choses trop grasses, des plats cuisinés. On n'a pas le temps d'acheter à manger, on n'a pas le temps de faire la cuisine, on n'a pas le temps. Voilà. Après concernant le suivi, quand un gamin est vraiment, que je m'inquiète, je leur dis : on revoit les choses, on revoit les choses dans un mois. Je le revois, je le re-pèse. Enfin je n'ai pas de règle particulière, mais euh voilà, après ça dépend, d'ici un mois, d'ici deux mois, j'espère que tu n'auras pas pris de poids et voilà quoi.

Et tu arrives à les revoir ?

Oui, oui oui, mais pas de façon spécifique, c'est difficile parce que les gens sont dans le déni de toute façon, forcément, ils sont dans le déni. Quand ils sont partis sur une prise de poids, très souvent, ils sont dans le déni. Ils disent : « ça s'arrangera plus tard ». Pour eux, un mois, deux mois ça n'est pas, ce n'est pas, c'est trop court quoi. Ils laissent trainer.

Est-ce qu'il y a d'autres obstacles qui te viennent en tête ?

Euh... (*Soupirs*) souvent, en fait, c'est qu'ils ne reviennent pas forcément, quand tu as mis le doigt dessus. Alors je veux dire les gens, enfin les parents ne sont pas forcément, ils ne sont pas comment dire, pour eux, ça n'est pas grave. Il n'y a pas la perception du danger. Ouais « et puis ça va s'arranger » voilà. « On est tous un peu forts dans la famille », tu vois (*rires*).

Et lors de ta prise en charges, est-ce que tu as recours à d'autres métiers ?

Ouais, alors j'oriente souvent chez la diet, chez les diététiciens. Essentiellement ouais. Et puis des fois, quand on voit que le problème est plus profond, moi j'envoie facilement chez le psycho tu vois. Et souvent il y a un problème quoi. Souvent, c'est des gamins qui sont, qui sont, on ne va pas dire qu'ils sont livrés à eux-mêmes, mais qui sont, qui sont mal dans, qui sont mal quoi. Qui sont mal, parce qu'à l'école, même s'il y a de plus en plus de surpoids, d'obésité, euh, ils

sont vachement, tout de suite c'est les gros, je veux dire, à l'école, c'est dur pour les mômes hein. Quand ils sont en surpoids ou obèses, ils sont stigmatisés très facilement. Souvent il y a un malaise, un mal-être, un truc. Parce que les gamins le savent, ils le savent qu'ils sont en surpoids, et ils ne peuvent pas faire autrement, enfin ils ne peuvent pas faire autrement, ils ont pris des habitudes, de très mauvaises habitudes. (*Soupirs*)

D'accord, et est-ce que tu as recours à d'autres aides techniques ?

Non, en dehors de ma toise et ma balance, je n'utilise pas grand-chose, je n'utilise rien du tout. Je n'utilise pas d'enquête alimentaire, je ne le fais pas, parce que, je pourrais le faire, mais je pense, je pense que je n'ai pas le temps, et ça, c'est vrai, que... C'est pour ça que j'oriente facilement vers la diet, qui elle peut le faire quoi, mais non je ne le fais pas. Honnêtement c'est un manque de temps quoi.

Et justement concernant le temps ?

Alors c'est très variable, si tu as des périodes où tu es surbooké, où tu n'as pas le temps, que tu vois le gamin pour une rhino ou un machin, tu lui en parles, mais tu n'as pas le temps de le prendre en charge quoi. Après il ne vient pas spécifiquement pour le, il y en a très peu, qui ne viennent que pour la prise en charge, que pour le problème de poids, il y en a très peu. C'est dommage, mais euh voilà c'est comme ça, c'est la réalité quoi. Donc oui, on n'a pas franchement le temps. Après quand on a des périodes un peu plus calmes, on prend le temps avec le gamin, avec les parents pour analyser les choses. Mais franchement ce n'est pas la majorité des cas. C'est dommage, c'est très dommage. Mais c'est comme ça.

Et en lien avec ce temps potentiellement non pris, est-ce que tu connais les cotations spéciales ?

Non, non. Les cotations sur le plan sécu ? (*Rires*). Honnêtement moi toutes les cotations spéciales, je ne m'en sers jamais, je n'ai que des cotations spéciales, des 25€ et des 30€, je ne m'en sers pas. Toutes ces nouvelles cotations, qui sont parues il y a quelques années, honnêtement, je ne m'en sers pas (*rires*), ce n'est pas quelque chose qui m'aidera à prendre plus de temps. Ce n'est pas une question d'argent, machin, pfff, non non (*rires*). Je m'en fiche un peu quoi. C'est vrai que vous les jeunes, je vois les remplaçants cotent beaucoup de choses, ils cotent des choses, enfin moi je ne le fais jamais, c'est toujours 25 et puis, mais voilà (*rires*).

D'accord, et tout à l'heure tu évoquais des enfants qui sont mal dans leur peau, est-ce que tu as remarqué d'autres caractéristiques, d'autres spécificités à la prise en charge des enfants, ou des parents ?

Il y en a oui, forcément, c'est clair, au niveau social, même si on dit qu'il n'y a pas de classe sociale qui sont spécifiquement concernées par ça, si malheureusement, il y en a, on voit toujours. Ceux qui sont défavorisés socialement, et bah il y a plus d'obésité, même si je crois que les chiffres montrent que ça concerne tout le monde, malheureusement, je crois qu'il y a une classe sociale qui est plus concernée. Après on en revient, c'est un peu ce qu'on disait : « de toute façon il fait ce qu'il veut, il mange ce qu'il veut » et on a l'impression que les parents sont un peu dépassés, voilà. Il y a forcément un lien avec l'éducation, oui (*soupirs*) il faut le dire, ouais moi je pense.

As-tu remarqué d'autres singularités ?

Non.

Alors continuons, concernant les réseaux, par exemple dans notre département le RÉPPOP, est-ce que tu les connais, qu'en penses-tu ?

Non, je ne connais pas, non. J'en ai déjà vaguement entendu parler, mais je ne m'en sers pas, je n'ai pas le contact du tout avec ça. Voilà. Après je pense qu'on peut toujours en avoir besoin, ça peut être une aide, après c'est par manque de temps, j'ai une activité qui est relativement importante, donc c'est, je pense que ça peut être compliqué pour moi voilà. Ouais je ne suis pas très réseau, pas très réunion, pas très choses comme ça, c'est peut-être un tort d'ailleurs. Probablement d'ailleurs. Mais c'est comme ça. (*Rires*)

Concernant les réseaux très bien, est-ce que tu as pu repérer d'autres choses qui pourraient t'être utiles dans ta pratique ?

Non, pfff, comme ça je ne vois pas. Non je ne vois pas.

As-tu d'autres choses à rajouter ?

Non je crois que c'est tout bon.

Entretien 6 (Téléphonique)

Pour toi qu'est-ce que le surpoids ou l'obésité ?

Bah je fais taille poids et j'ai un IMC. J'essaye de le faire systématiquement depuis le début de l'année parce qu'avant je le faisais pas c'est vrai. Euh mais dans nos recommandations tu sais dans nos euh comment ça s'appelle, nos ROSP, tu sais nos recommandations opposables là.

Oui...

Euh on est tenu de préférence de faire euh de calculer l'IMC voilà. Et donc là on a la sécu qui nous pousse à le faire donc on le fait. Maintenant j'essaye de le faire systématiquement.

D'accord donc c'est assez récent au final que tu sois systématique ?

Ah ouais, l'IMC oui, pour les enfants oui. Pour les adultes je le faisais depuis longtemps, pour les enfants j'avoue je le faisais pas, pas systématiquement, maintenant j'essaye, chaque fois que vois un gamin je marque dans son carnet de santé l'IMC et dans mon dossier.

D'accord et avant tu faisais comment du coup ?

Je calculais pas l'IMC. Je faisais les courbes de poids et taille et après je disais à la maman bon aller il faut... voilà. Si tu veux le côté IMC pour les enfants j'avoue je le faisais pas du tout avant le début de cette année et depuis le début de cette année je fais un point d'honneur de le faire voilà.

Ok et quel rôle tu penses jouer dans la prise en charge de ces enfants ?

Ah bah je suis là, mais je le faisais déjà avant sans l'IMC, je disais à la maman : « bah il faut s'occuper du poids, il y a un problème », bah j'essaye de comprendre pourquoi le gamin il avait un surpoids ou une obésité, c'est-à-dire dans le mode alimentaire, ou dans ce que la maman achetait etc... S'il y avait un côté familial notamment.

Dans le sens génétique ?

Non plus les, oui génétique, mais c'est surtout les eusses et coutumes qu'ont les familles. C'est, t'as des familles qui achètent n'importe quoi euh, qui... on le voit quoi ! Voilà et c'est souvent les populations défavorisées du reste. On voit une obésité en médecine générale, c'est flagrant.

Et donc une fois que tu as fait le diagnostic, comment tu abordes le sujet avec les parents, comment tu fais l'annonce ?

Euh l'annonce je la fais sans, sans aucun état d'âme. Euh là tout de suite à la patiente, enfin là tout de suite à la maman, je lui dis : « votre enfant il a un surpoids euh il faudrait qu'il monte sur la balance, qu'on le pèse régulièrement et puis bah faire attention à ce qu'il mange etc... » Une petite enquête alimentaire.

Ok donc sur les conseils que tu donnes, tu donnes des conseils au niveau de l'alimentation du coup ?

Bien sûr ouais ouais, les sucreries notamment. Comme je leur dis, le régime alimentaire d'abord il est euh, quand on met un enfant à un régime alimentaire bin toute la famille doit s'y mettre parce que sinon l'injustice elle est, à cet âge-là elle est, elle est pas concevable, euh l'injustice alimentaire et donc c'est ça que je dis en premier et c'est facile parce qu'en général quand un enfant est obèse, les autres enfants de la fratrie, ou sont obèses, ou ont un problème de surpoids, et j'explique bien à la maman que ça se passe, le régime, ça se passe déjà dans le caddie quand on va faire les courses. Ça c'est la base.

Et tu donnes d'autres conseils ?

Moi j'adresse pas au réseau euh d'obésité, pourtant y'en a un à *** le « RéPPOPS » là je ne le fais pas parce que j'ai pas l'habitude à vrai dire. Donc je me sers pas de cet outils-là ouais. Mais c'est surtout la courbe je dessine la courbe, je fais la courbe avec la, en montrant à la maman regardez votre enfant il dépasse etc, etc...

Ok et donc quelles difficultés tu rencontres dans ces prises en charge là ?

La difficulté principale c'est que les parents m'amènent pas le gamin pour ça, c'est-à-dire c'est moi qui mets ça sur la table, mais c'est plus de 9 fois sur 10. C'est jamais le motif principal de consultation c'est même jamais je peux te dire, je me rappelle pas UNE SEULE FOIS que y ait une maman qui m'ait amené son gamin en me disant : « euh mon enfant est en surpoids ou en obésité qu'est-ce qui faut faire ? ». Je crois que jamais on ne m'a présenté ça comme ça. Donc c'est comme quelqu'un qui veut arrêter de fumer. Bon on a le conseil minimal bien sûr, on dit bon il faudrait arrêter de fumer, mais quand je leur dis, les gens me disent : « ouais bah... donnez-moi des patchs ! », je leur dis : « non, c'est le jour où vous viendrez me voir en me disant je voudrais arrêter de fumer que là on va s'occuper de faire quelque chose et sinon ça va être voué à l'échec » et puis un échec après bin on n'a pas envie de recommencer et on n'a pas réussi à arrêter. Bref c'est pour dire que c'est moi au moment de la consultation je dis : « votre

enfant il a trop de poids » euh et c'est jamais une démarche volontaire initiale, unique des parents donc ça porte moins bien, bien sûr.

Et du coup ils reviennent pour ça ou c'est pareil ils ne reviennent pas non plus pour ça et c'est toi qui dois...

Non à mon avis je pense ils ne reviennent pas pour ça. Je pense qu'un beau bébé un gros bébé c'est euh, tu vois c'est le bébé cadum qu'on met en photo sur les paquets de couches euh c'est un bébé qui est en surpoids 9 fois sur 10 et euh... t'as un gamin toi ?

Non pas encore.

Bah tu vois les paquets de couches, on voit des gros bébés de 9 mois, 12 mois et il y a cette image déjà qui est péjorative.

D'accord donc qui donne une impression de normalité du surpoids quoi ?

Ouais ouais.

Tu as d'autres difficultés à propos de la prise en charge ?

Non, la difficulté c'est plus vers les adultes, par exemple j'ai, moi tu sais ça fait 32 ans que je bosse à *** et on m'a dit des fois : « ah mais oui Dr vous aimez pas les gros ». On me l'a dit hein et notamment récemment, on m'a sorti cette phrase qui m'a fait un peu mal parce que, « j'aime pas les gros » euh... C'est que j'ai une image, je suis un sportif, je fais beaucoup de sport et, de la course à pied, du vélo donc je vais dans *** pour sortir de *** pour courir etc, et je fais partie d'un club de course à pied et euh ouais les gens savent que je suis actif dans mon club donc ça passe des fois dans le dauphiné donc j'ai une image et euh cette image elle me colle à la peau et euh « Dr vous n'aimez pas les gros » et c'est vrai que chaque fois qu'un patient vient, enfin je sais pas si tu te rappelles quand t'es venue là, mais je les fais monter systématiquement sur la balance et, vraiment à chaque fois même si il y a pas de problème de poids, euh et euh bah j'ai ça qui me colle un petit peu à la peau alors euh je sais plus pourquoi je te dis ça déjà c'était quoi ta question ? oui le problème que je pourrais rencontrer bah euh peut-être qu'on me reproche ça en tant que médecin généraliste euh de de pas accepter qu'on soit non conforme, c'est-à-dire quand on dépasse euh bah le surpoids n'est peut-être pas forcément une pathologie non plus.

Pour les patients ?

Pour les patients et puis je me pose la question après tout, quelqu'un qui a 5 kg de trop qui a un petit bide euh est-ce que vraiment c'est péjoratif je ne sais pas. Mais là on parle pas de pédiatrie là.

Oui voilà c'est hors pédiatrie, mais est-ce qu'avec les parents tu as l'impression que du fait d'amener le sujet, d'entrer un peu en conflit avec eux ?

En conflit non, non j'ai vraiment pas cette impression-là, euh de leur faire découvrir quelque chose oui. Et que ce que je dis ne porte pas aussi, ça ne porte pas ce que je dis parce que les gens reviennent pas pour ça. Euh... Et ils ont pas l'air, y a pas de, je leur dis ça mais j'ai l'impression que ça porte pas, il y a pas de dialogue euh...

Ils ne sont pas réceptifs ?

Non. Alors pour un adulte ils sont plus réceptifs ouais.

Est-ce que dans ta prise en charge tu as déjà eu recours à des aides que ce soient d'autres professionnels ou des outils techniques ou autres ?

Oui euh le diététicien bien sûr.

D'accord, autre chose ?

Euh à part le diététicien non, pour la pédiatrie hein ?

Oui toujours, d'accord. Est-ce que tu connais la cotation spéciale pour la prise en charge de ces enfants ?

Non je savais même pas qu'il y en avait une. Ah attends ! Oui attends je cherche mon petit pense bête. Mais c'est pas pour les adultes ? ah oui de 3 à 12 ans ouais. C S O. Jamais utilisé. Faut dire, tu as vu c'est super compliqué notre façon de travailler hein ?

Oui il y a pleins de conditions, ...

Ça devient dingue. Ouais celle de l'obésité pédiatrique j'avoue que je l'avais complètement squizée.

Ok et est-ce qu'au fil des consultations avec ces patients-là tu as remarqué des difficultés ou des caractéristiques particulières dans la relation que tu as avec l'enfant ou avec son entourage ?

Non.

Rien de particulier dans cette population-là ?

Non dans la mesure où les gens viennent pas me présenter leur petit parce qu'ils ont un problème de surpoids, d'obésité, donc ils viennent pour autre chose, c'est une visite systématique, un vaccins, une bronchite ce que tu veux euh et c'est l'occasion de dire bin tiens votre enfant regardez la courbe d'IMC puisque je m'y mets à l'IMC, mais si tu veux c'est euh, je pourrais leur parler de la pluie et du beau temps que ce serait pareil.

Ok, donc tu disais que tu n'adressais pas les enfants au réseau ? c'est quoi du coup ton avis sur le réseau c'est que tu ne connais pas assez ?

Le réseau d'abord il est à *** donc il est à dix bornes d'ici

Donc tu parles d'un médecin du réseau là ? C'est ça ?

Le RéPPOP je sais pas ce que c'est exactement en plus. Je sais que c'est à la maison des associations euh à *** et je pense que c'est plutôt une infirmière qui doit faire un suivi et puis donner des conseils et probablement avec les conseils d'une diététicienne et j'ai jamais utilisé ce réseau. Donc je peux pas te dire ce que j'en pense moi et euh ça serait à *** même je le ferais plus facilement et là c'est à *** il y a quand même des choses euh, c'est souvent des milieux défavorisés hein l'obésité chez les enfants et euh c'est souvent pas leur préoccupation donc j'aurais peur que toute cette débauche ne donne rien quoi. Mais je me gourre peut être hein je sais pas.

Et bien en fait le réseau donc c'est départemental, il y en a un en Isère dont le « QG » est à saint martin d'hères

Oui mais il y en a un à ***

D'accord mais parce qu'en fait normalement il me semble qu'en fait tu as des médecins généralistes qui adhèrent au réseau, des diététiciens, des psychologues en fait et donc c'est un réseau qui est réparti sur tout le territoire. Mais du coup tu dis que c'est une antenne vraiment RéPPOP étiquetée RéPPOP ?

Oui. Ah oui, il me semble oui oui.

Ok je regarderai ça. Et as-tu identifié d'autres besoins dans ta prise en charge ou d'autres freins d'une manière plus globale ?

Non le problème c'est un niveau social, ça c'est sûr, et pas que, mais c'est prépondérant ouais bien sûr. Mais autrement non je vois pas.

Entretien 7 (Téléphonique)

Pour vous qu'est-ce que le surpoids ou l'obésité pédiatrique ?

En premier lieu c'est l'explosion de la courbe de croissance euh voilà c'est ça.

D'accord, et quel rôle vous pensez jouer dans la prise en charge ?

Aucun.

Aucun ?

Non je sers à rien. Je sers à rien parce que quoi qu'on fasse, quoi qu'on dise, y'a rien qui change et euh quand on adresse les patients au RéPPOP on les perd de vue totalement et on sait pas ce qu'ils deviennent et on les revoit 6 mois plus tard quand ils ont une angine et rien n'a changé donc on ne sert à rien du tout. Non mais on n'est pas efficace quoi, c'est des choses qu'on ne sait pas faire en médecine.

Et quand vous avez posé le diagnostic, comment est-ce que vous évoquez le sujet, comment vous faites l'annonce ?

Alors l'annonce c'est souvent au décours d'une consultation. Euh pour un, j'en parle pas quand ils viennent pour une pathologie infectieuse, ce qui est souvent les motifs de consultation des enfants, c'est un sujet que j'évoque quand il y a une demande de consultation pour un certificat médical pour le sport par exemple, ou quand ils viennent pour un vaccin, donc on a un peu plus de temps devant nous et euhhhh je fais ça en regardant, je regarde toujours les carnets de santé et euh je pèse, je mesure et puis c'est là que je fais remarquer gentiment que il y a un petit peu de surpoids, que le BMI augmente . Et puis c'est un sujet de discussion euh déjà au sujet de l'enfant, est-ce qu'il se sent bien ? Quel est le regard des autres sur lui et est-ce que ça le gêne psychologiquement ? Est-ce que ça le gêne dans ses activités sportives ? Des fois on évoque le contexte locomoteur, le contexte respiratoire, le contexte de l'essoufflement parce que c'est pour un certificat de sport donc c'est à ce sujet-là que j'en parle et puis on évoque aussi les antécédents familiaux hein si le père fait 100 kg, la maman en fait 80, il y a aussi le contexte génétique des fois donc j'essaie toujours d'être rassurant et encourageant quand on parle de ce sujet quoi.

Et donc quel type de conseils vous délivrez ?

Bah il y a déjà l'interrogatoire, c'est des consultations qui sont toujours longues, euh moi je suis un peu comme *** (autre médecin interrogé) quoi tu vois, j'en vois 5-6 par heure en général

parce que j'ai beaucoup de patients et alors ça c'est toujours une consultation qui prend du temps euh parce que on évoque le mode de vie, on évoque comment ça se passe à l'école, ou on évoque quelles sont les activités de l'enfant, on évoque ce qu'il fait en dehors de l'école, est-ce qu'il a une activité ou est-ce qu'il reste devant les écrans ? On évoque l'alimentation, qu'est-ce qu'il mange ? à quelle fréquence ? Je leur demande souvent de faire un petit carnet, de noter ce qu'il mange quoi sur quelques jours, je demande pas sur un mois parce que c'est intenable, des fois je dis : « bin du lundi au vendredi, ou d'un lundi à un dimanche, chaque fois que tu manges quelque chose tu me le notes, si tu manges un chewing-gum tu le notes, si tu bois un coca tu le notes, si tu bois un verre d'eau tu le notes, si tu te sers des pâtes tu le notes, si tu te ressers tu le notes » et puis ça en reste là, les gens je ne les revois pas quoi donc voilà mon action elle est... elle sert strictement à rien.

Donc le fait que les gens ne reviennent pas ça fait partie de vos difficultés du coup ?

Bin je ne me sens pas en difficulté parce que si ils veulent pas, si ça les intéresse pas, voilà on peut pas forcer les gens à avoir un BMI à 25 alors qu'ils ont un BMI à 35 ou à 40 euh ce sera malheureusement enfin j'ai l'impression que c'est à vie, y compris chez les adultes, mais ça tu verras quand tu pratiqueras, euh c'est, l'obésité c'est l'enfer hein, c'est hyper compliqué. Il y a souvent des problèmes psychologiques derrière hein quand tu creuses un peu, enfin moi c'est ce que j'ai toujours remarqué, des familles recomposées ou des conflits larvés, des choses qui sont pas dites, y compris, enfants /adultes, y a souvent ça derrière enfin c'est mon point de vue quoi.

D'accord et est-ce que vous avez du coup des difficultés particulières pour la prise en charge ?

Bah oui parce que je suis... je sers à rien quoi donc enfin voilà quoi. Après quand je les adresse au RÉPPOP, je l'ai fait 2-3 fois, j'ai jamais eu de retour, donc euh bah voilà, j'en sais rien quoi. De temps en temps je les revois puis ils sont toujours pareils quoi, il n'y a rien qui a changé. Après il y a tous les gens mais ça c'est plus les adultes qui se trouvent, il y a des centres de nutrition qui se développent, je crois qu'il y en a un à *** donc des fois les gens ils vont là-bas, ils sont contents, on les accompagne pendant 6 mois, un an, on leur tape 2000 euros et puis à la fin c'est toujours le même truc quoi mais bon c'est, c'est compliqué l'obésité, voilà.

D'accord et donc au cours de votre prise en charge, est-ce que vous avez recours à des aides que ce soient d'autres professionnels ou des aides techniques ou autre ?

Euh je propose la consultation chez le psychologue toujours, de voir un psychologue. Je n'envoie pas forcément chez les diététiciens ni les diététiciennes parce que tant qu'on n'a pas réglé les problèmes on peut faire tous les efforts qu'on veut on n'y arrive pas en général, donc enfin voilà. En fait moi ce que je leur demande c'est un cahier nutritionnel sur une semaine et puis euh je prends du temps sur ma consultation mais c'est, il y a jamais de suites, jamais.

Et est-ce que vous connaissez la cotation spéciale pour la prise en charge de ces enfants ?

Non.

Ok et est-ce qu'au fil de vos consultations vous avez remarqué des difficultés ou des caractéristiques particulières dans la relation que vous avez avec l'enfant ou avec son entourage ?

Ouais je sens que c'est un sujet qui est tabou et il y a souvent du blocage chez les gens. Psychologiquement c'est dur hein pour eux je pense, ils s'en rendent compte et euh c'est pas un sujet qui est facile à aborder. Même si on en parle très simplement pendant la consultation, les gens j'ai l'impression que oui, ils ont toujours l'impression qu'on les renvoie à leur problème de poids et je pense qu'ils le vivent mal leur surpoids et leur obésité les gens obèses. Adultes comme enfants hein, les deux.

D'accord et justement vous évoquiez le RÉPPOP, vous vous positionnez comment par rapport à ça ? En termes d'utilité...

Alors en termes d'utilité pour l'instant pour moi elle est nulle, aucune utilité, pour moi. J'ai peut-être tort mais moi c'est mon expérience. Enfin bon bref voilà aucune utilité, enfin ça a rien changé pour mes patients obèses quoi en tout cas.

D'accord donc vous ne les envoyez plus spécialement ?

Non je ne les envoie plus, je leur propose toujours, mais je les envoie plus du tout.

Avez-vous identifié d'autres besoins ou d'autres freins de manière plus globale ?

Bah tu sais il y a des gens qui viennent plus hein quand tu commences à leur parler de leur poids euh ils viennent plus te voir. C'est euh hein on est, enfin moi je suis en échec permanent avec ça, en échec permanent. C'est un sujet, j'ai vraiment le sentiment que c'est un sujet tabou quoi,

quand tu parles de ça aux gens ça les... Voilà enfin ils aiment pas. C'est quelque chose qui les gêne et ils aiment pas et voilà.

Et il y a quand même des gens qui sont réceptifs ou... ?

Euh oui y'en a mais, chez les adultes hein par ce que chez les enfants c'est pas un truc qui est récurrent quoi tu vois je, je leur en parle, on en parle un petit peu à chaque consultation, j'essaye toujours d'être rassurant, de leur dire on se revoit dans 6 mois avec la courbe de poids, euh donc ils le font pas ou ils reviennent pas. Les adultes souvent ils sont un peu plus réceptifs mais enfin j'ai en tête que un couple qui a fait des efforts et qui a réussi à faire des efforts alimentaires et à améliorer un peu leur BMI quoi, mais en tête si tu me demandes bin j'ai un couple quoi, où tous les deux ont fait des efforts. Mais c'est des gens avec qui j'ai une bonne relation, qui est constructive, qui est saine, ils ont une certaine intelligence quoi et c'est pas donné à tout le monde ça.

D'accord c'est pas le cas dans toutes les autres familles

Non.

Bonus :

Ouais ton sujet il est un peu dur hein parce que c'est, l'obésité c'est vachement difficile je trouve. J'ai aucun patient si tu veux euh pour lequel on a évoqué le sujet et qui a réussi à perdre ses kilos, j'en ai, j'en ai aucun, ils restent tous obèses même si ils perdent mais enfin bon c'est un problème, c'est même pas un problème de médecine hein c'est un problème de société. Enfin moi j'habitais en Polynésie, en Polynésie les gens ils sont gros aussi, médecin ou pas médecin quand on est obèse on est obèse hein c'est dans la tête et on consomme quoi on mange quoi y a pas de secret hein ! Donc des fois je les encourage je leur dis : « ah bah votre poids est stable c'est bien ça veut dire que vous dépensez autant de calories que vous en absorbez » et donc je leur explique : « si vous absorbiez juste un petit peu moins de calories avec la même dépense vous allez perdre des kilos » je leur dis : « faut pas perdre 10 kilos en 6 mois, je vous demande de perdre 10 kilos en 2 ans et puis je vous demande de pas reprendre les kilos que vous perdez cet été avec les salades et l'eau que vous buvez je vous demande de pas les reprendre cet hiver quoi et faire attention l'hiver », il y a rien qui fait hein, on a beau être rassurant, euh c'est hyper dur.

Entretien 8

Pour toi qu'est-ce que le surpoids ou l'obésité pédiatrique ?

Au niveau définition je me base sur les courbes du PNNS, pour voir un petit peu par rapport à l'IMC où l'enfant en est donc j'utilise ces courbes pour la définition de l'obésité et du surpoids pour mes patients et je suis aussi sensibilisée au rebond d'adiposité précoce avant 6 ans donc pareil, sur les courbes, je les trouve plutôt bien faites.

Quel rôle penses-tu jouer dans la prise en charge ?

Euh...

Comment tu te positionnes en tant que médecin généraliste dans la prise en charge ?

Bah il y a le dépistage, où mon rôle ça va être de poser le diagnostic soit de surpoids, soit d'obésité, soit de risque d'évolution vers une obésité, donc vraiment je pense qu'en médecine générale on a ce rôle de dépistage primaire de l'obésité. Après au niveau du suivi, dans la prise en charge, une fois que le diagnostic est posé, c'est là que ça se complique un petit peu parce que poser un diagnostic c'est pas trop difficile mais après il faut accrocher les parents, faire passer le message sans blesser, sans stigmatiser le mode de vie parental, les choix éducatifs et c'est là que c'est plus difficile. Donc je pense que j'ai un rôle de prise en charge initiale, si c'est une obésité qu'on n'arrive pas à prendre en charge en médecine générale parce que ça va pas bien, parce qu'il y a besoin d'un accompagnement autre, je pense qu'il faut faire jouer le réseau, il faut rapidement ouvrir aux paramédicaux et puis des fois l'avis spécialisé. Et puis notre rôle aussi c'est de dépister les obésités secondaires.

Et donc justement une fois que le diagnostic est posé soit par toi, soit par la médecine scolaire, comment tu évoques le sujet auprès des parents, auprès de l'enfant ?

C'est vrai qu'on va souvent se concentrer sur l'évaluation des apports caloriques et l'alimentation. Je pense que ce n'est pas forcément la bonne chose à faire mais c'est là-dessus que c'est le plus simple pour nous de jouer. En tout cas moi j'ai tendance à demander comment se passent les repas ? Qu'est-ce qu'il mange ? Est-ce qu'il mange entre les repas ? Et les grignotages. J'essaye de trouver des façons détournées de savoir si il a des boissons sucrées parce que c'est quand même souvent la chose qui montre bien la mauvaise habitude alimentaire. Donc voilà plutôt déjà une évaluation de l'alimentation, après j'enchaîne sur l'activité physique en général et du coup j'évalue quelle quantité d'écran par jour il peut y avoir à la maison, les activités extra scolaires, est-ce que c'est un enfant qui est très actif ou pas ? Est-ce que pas du

tout ? Et après j'évalue le mode de vie en général, le sommeil, les relations intra familiales, les facteurs psychologiques qui peuvent entraîner aussi des grignotages, les antécédents familiaux aussi parce que quand ils viennent d'une famille où il y a des prédispositions génétiques on sait que ça va être plus difficile aussi pour un enfant qui, à la même alimentation qu'un autre, va plus prendre de poids, donc on met tout ça dans la balance en essayant de déculpabiliser le parent et ça permet une première approche, mais c'est pas simple.

Et comment tu annonces le diagnostic ?

J'utilise la courbe, moi je suis quelqu'un d'assez visuel et du coup je fais systématiquement les courbes taille/poids/IMC dans le carnet de santé et quand je vois que l'IMC commence à décoller ou qu'il y a un rebond d'adiposité précoce, j'ai les courbes de l'IOTF dans mon placard donc je les sors en disant : « regardez dans ce carnet ce sont des courbes un peu anciennes, il me semble que le poids et la taille ne sont pas tellement en rapport, on va faire l'autre courbe » et là j'utilise les courbes où il y a marqué surpoids ou alors IMC à l'âge adulte supérieur à 30 et là j'utilise la définition de l'IMC pour expliquer et à l'enfant et aux parents ce que c'est que l'IMC et si je le sens, j'arrive au mot obésité, mais vu que c'est marqué dessus des fois c'est plus facile (*rires*). En tout cas quand c'est marqué zone surpoids je dis : « bah là il faut faire attention » mais je n'ai pas toujours recours au mot, au diagnostic formel. Des fois j'utilise aussi des formules un peu détournées dans le carnet de santé : « on discute autour du poids » ce genre de choses.

Ça c'est quand tu ne sens pas les parents ou c'est que tu ne te sens pas forcément à l'aise de le dire ?

Non, enfin je pense que je n'ai pas forcément de complexe par rapport au poids, à en parler avec mes patients. Je vais beaucoup caler mon discours sur ce que les parents renvoient et aussi sur l'histoire familiale parce qu'effectivement j'ai quelques enfants dans ma patientèle dont la maman a été opérée d'une obésité morbide avec un anneau ou un by-pass, du coup je vais aussi utiliser ma relation avec la mère pour adapter mon discours à l'enfant en lui disant : « tu sais ta maman avant elle était obèse, ça entraîne beaucoup de complications médicales donc faut pas que tu en arrives là » donc voilà j'utilise beaucoup la relation que je peux avoir.

Quels conseils tu donnes à l'enfant et son entourage ?

J'essaye d'utiliser plutôt l'entretien motivationnel et je vais pas calquer des conseils, je n'ai pas des fiches de conseils diététiques dans mon ordinateur, je n'utilise pas ça. Je vais plutôt évaluer et ce que l'enfant pense : est-ce que pour lui c'est un problème ? Est-ce qu'il en souffre ou ça

lui va très bien comme ça et il ne s'était pas posé la question ? Essayer du coup si c'est le cas de stimuler un peu la prise de conscience et par les parents et par l'enfant, pour proposer des objectifs adaptés dont on va convenir ensemble. Et si l'enfant pour lui c'est déjà difficile et que c'est le but de la consultation : on vient me voir parce que typiquement il y a cycle piscine commun et l'enfant voudrait bien le sauter celui-là et bien j'ai déjà dit : « ok c'est important de bouger, je comprends c'est pas simple, donc on fait le certificat comme quoi tu ne peux pas aller à la piscine pendant 3 mois mais pas contre on fait un deal, tu vas faire autre chose » et là l'enfant va trouver des idées, « ouais je voudrais faire ça. -bah très bien vendu on fait ça et puis on se revoit à 3 mois et on voit où on en est, et si en plus t'as pu diminuer le nutella au gouter et plutôt prendre un fruit et bin c'est chouette » donc des objectifs comme ça en lien avec l'enfant.

Donc tu adaptes tes conseils en fonction de chaque situation ?

Oui je pense que les conseils calqués ça ne marche pas de toute façon donc j'applique plutôt des techniques d'entretien motivationnel.

Quelles difficultés tu rencontres que ce soit pour la prise en charge, pour le suivi ?

Ce qui coince c'est qu'on passe un contrat de soin, je propose une réévaluation générale à 3, 6 mois et c'est là où ça pêche. Je constate que souvent on les revoit un an plus tard, qu'il n'y a rien eu de mis en place au niveau médical entre temps. Les parents disent : « si si on a fait attention à l'alimentation à la maison, on a essayé de faire des efforts, on s'est inscrit au sport, là ça y est il a repris le foot » donc ils font des choses mais sans l'accompagnement médical que j'avais proposé initialement. Donc on, j'ai l'impression qu'on raccroche les wagons toujours, on court un peu après, on le voit pour un rhume, on se dit : « oula ! tient on en est où ? ». J'ai Ahmed en tête, 12 ans, je le vois régulièrement car il est asthmatique, je lui dis souvent : « est-ce que tu veux qu'on parle du poids aujourd'hui ? » Des fois il dit oui, des fois il dit non du coup je respecte quand il dit non et je relance à chaque fois la maman en disant : « vous savez on peut faire des consultations que pour ça parce que là aujourd'hui c'est une consultation d'urgence, il y a la crise d'asthme, c'est pas le moment, mais il faut qu'on s'en occupe » et pourtant je vois bien que ça n'accroche pas tellement et je pense que c'est un sujet difficile et délicat pour la famille et que du coup ça passe souvent à travers.

Y a-t-il d'autres obstacles ?

Je pense que les autres obstacles c'est que en médecine générale on a l'avantage du temps très long de suivi chronique, au long cours, mais on a un temps court de consultation et du coup en une consultation on ne peut faire que un motif. Moi j'ai des créneaux de 20 minutes, on peut faire qu'un aspect. Quand c'est la visite du certificat pour le foot et qu'il faut évaluer tout le reste c'est très court donc il y a ce temps où on n'a pas le temps d'évaluer tous les aspects et d'entrer aussi en profondeur qu'on aimerait et que cet investissement de se dire bon on se revoit la semaine prochaine et on ne va parler que de ce problème-là, et bien les parents je trouve qu'ils n'accrochent pas, en tout cas quand je l'ai eu proposé, ça s'est pas fait, alors est-ce que c'est parce que c'était dans un temps trop long et que donc en 3 mois ils étaient passés à autre chose ? C'est possible donc oui, le temps court de la consultation qui je pense est assez bloquant. Et puis encore une fois il y a le côté où on rentre vraiment dans les habitudes de vie d'une famille, je pense aux parents de la petite Célia qui a 14 ans maintenant et qui est en début d'obésité, elle a dépassé le surpoids mais elle n'est pas non plus dans une obésité majeure. Les deux parents sont obèses sans l'avoir vraiment identifié, la maman si, le papa moyen il me dit : « oui je suis enrobé. -Non vous êtes obèse monsieur » IMC à 31. Et donc cette banalisation du surpoids et bin Célia elle est comme eux donc c'est normal. Et pour faire changer les habitudes de vie c'est compliqué parce qu'il y a cette banalisation du surpoids et de l'obésité de par la représentation propre aux parents.

Au cours d'une prise en charge, à quelles aides tu peux avoir recours ?

Ça m'est finalement arrivé peu souvent parce que souvent ça traîne et j'ai pas encore réussi, (ça fait que quatre ans que je suis installée), à vraiment mettre en place des choses. Je travaille en MSP et on a fait un travail sur l'obésité de l'enfant cette année en équipe. Ça nous a permis de démarcher une diététicienne et un psychologue qui bossent dans l'obésité de l'enfant parce que chez nous on n'a pas de, de diet et on a un psychologue qui ne s'intéresse pas trop à l'obésité donc ça nous a permis de faire un peu de réseau et que je puisse avoir des noms pour orienter les patients. J'ai pas encore eu l'occasion d'orienter, surtout que ce n'est pas remboursé. Donc la prise en charge financière c'est quand même un frein pour beaucoup de familles, le fait qu'ils ne prennent pas forcément conscience malgré mon insistance c'en est un autre... Donc je n'ai pour l'instant pas encore eu recours à d'autres professionnels.

Et est-ce que tu as recours à des aides techniques ?

Je vois pas trop ?

Les sites d'aide au suivi...

Ouais Obéclic et choses comme ça, j'en ai connaissance, je sais qu'il y a pas mal de choses qui se font, je ne m'y suis pas encore penchée dans le sens où c'est pas dans ma problématique de la consultation. J'essaye déjà de les amener à prendre conscience et à revenir me voir et du coup j'ai pas encore ressenti le besoin d'avoir un appui technique. Après je sais que dans la pratique j'utilise assez peu les fiches info patient, tous ces outils-là qui demandent quand même qu'on les appréhende beaucoup, qu'on les maîtrise beaucoup avant de les utiliser devant les patients. Dans ma pratique finalement, même si les études montrent qu'il peut y avoir un bénéfice à les utiliser, je n'ai pas réussi à les mettre en place à l'heure actuelle. Donc je pense que ça va avec le fait que je ne suis pas quelqu'un qui distribue des fiches toutes faites aux patients, j'ai plus tendance à discuter et à me baser sur la relation que j'ai avec eux. Pas sûre que ça marche bien mieux (*rires*), mais je fonctionne comme ça et du coup non, je n'utilise pas les sites internet.

En ce qui concerne la cotation spécifique des consultations obésité...

Inconnue au bataillon.

Donc tu ne les utilises pas, tout ce qui est première consultation...

Alors en pratique c'est pareil, c'est un truc où je me suis largement assis dessus parce que ça me gave et que je préfère coter un G parce que j'ai jamais compris ces premières consultations : « contraception, sortie d'hospit » tout ça là j'ai un peu occulté.

C'est trop compliqué ?

C'est trop compliqué ouais, enfin ça me parle pas. Je ne suis pas là dedans quand je consulte. Je suis pas à 10 euros près du coup je préfère ne pas m'encombrer la tête avec ce genre de détail et c'est peut être complètement débile, mais au final je cote des G et ça me va bien.

En tout cas tu n'as pas l'impression que c'est une aide à ta prise en charge ?

Non au contraire, ça me complique la vie.

Est-ce que dans ta prise en charge de ces enfants en surpoids et en obésité tu as remarqué des caractéristiques ou des difficultés particulières avec l'enfant et/ou son entourage ?

Entre moi et l'enfant et moi et l'entourage ?

Ou entre eux ?

Alors il y a des fois des enfants qui sont en souffrance de par leur surpoids ou leur obésité parce qu'il y a une stigmatisation à l'école, parce qu'ils sont l'objet de moqueries et que du coup bin ça ils en souffrent. Donc en difficulté relationnelles avec leurs copains oui. J'ai plutôt l'impression que dans les familles au contraire c'est plus la banalisation : « oui il est un peu enrobé mais c'est bon on attend la poussée de croissance c'est pas bien méchant » bin en fait si, du coup pas trop de difficultés relationnelles dans la famille pour eux. Par contre il y a cette espèce de conflit entre le docteur (moi) qui veut dire : « eh si si il est gros ! je vous jure il est gros ! » et eux qui disent : « non mais ça va il est pas si gros que ça » et du coup bin là c'est des fois un peu plus compliqué de faire passer un message politiquement correct et bienveillant à cette famille qui a tendance à banaliser le symptôme de cette maladie. Mais après en général les ados ils le vivent bien et je respecte quand ils ne veulent pas en parler et je sais insister, ils savent que je suis chiante de toute façon, donc je reviendrai dessus, donc à un moment faudra qu'ils me parlent et du coup ça ne se passe pas trop mal parce que des fois j'utilise l'humour, je les vois aussi en individuel sans les parents, donc dans ma relation à eux non et en général dans ma relation aux parents ça se passe bien aussi.

Vous voyez les parents sans les enfants des fois ?

Dans la consultation pour l'enfant non très rarement, en tout cas ça m'est jamais arrivé pour une problématique d'obésité mais j'utilise ma relation de médecin de famille pour mettre des piquûres de rappel régulièrement. Donc quand je vois la maman d'Ahmed typiquement, pour autre chose des fois je reviens sur le sujet : « et comment ça va Ahmed, et il en est où, et alors au niveau des efforts que vous faisiez il y a 3 mois ? ». Je prends des nouvelles, je montre à la maman que je m'intéresse, que je relance et c'est un temps d'échange d'adulte à adulte.

Je fais pas sortir l'enfant de la consultation quand ça le concerne lui, j'estime que c'est sa santé, je fais sortir ses parents pour qu'on ait un temps d'échange tous les deux et puis je refais le point sur le secret médical et ce qu'on se dit nous, ça reste entre nous.

Comment tu te positionnes sur l'utilité d'un réseau ?

Bah là ils sont en train de monter le RéPPOP 73, j'attends de voir, avec impatience. Je suis en contact avec le médecin je pense qui va être la coordinatrice du RéPPOP 73 parce qu'on a travaillé avec la MSP autour de l'obésité de l'enfant. Je suis très intéressée, c'est positif, j'ai pleins d'espoirs pour que ça nous aide dans les prises en charge. Après qu'est-ce qu'ils vont pouvoir changer ? Dans les départements avec RéPPOP ils ont montré à priori un bénéfice

modeste mais réel, c'est toujours ça parce que pour l'instant il n'y a rien qui marche donc c'est toujours ça de pris ! Et moi je serais très intéressée oui de d'intégrer un RÉPPOP.

Tu y verrais quels avantages ? Quelles contraintes ?

Avantage : uniformisation du discours entre les professionnels de santé, parce que mine de rien on n'a pas beaucoup de formation à l'obésité de l'enfant pendant nos études et qu'on apprend pas mal de choses sur le tas et qu'en lisant des trucs en faisant des formations à gauche à droite on se rend compte que... Du coup de je pense que c'est important que tous les professionnels de santé puissent uniformiser leur discours et sensibiliser les collègues un peu aussi parce que dans la MSP je suis étiquetée la référente pédiatrique et du coup on met en place des petites formations entre nous : « tiens moi j'ai appris ça à la FMC l'autre soir » on se donne 2-3 take home message et du coup on échange comme ça avec les autres médecins de la MSP donc je pense que c'est intéressant de pouvoir diffuser ce que je pourrais apprendre au sein d'un RÉPPOP. L'autre avantage c'est que je me sentirais un peu plus légitime. Pour l'instant je fais à ma sauce je bricole dans mon coin des trucs mais si je faisais partie d'une espèce d'entité où j'avais une newsletter, des réunions proposées de temps en temps sur tel ou tel sujet ou un contact référent à joindre en cas de difficulté, ça serait bénéfique pour ma pratique et surtout pour les patients. Ça permettrait de sensibiliser aussi les autres professionnels notamment les paramédicaux donc je pense que ce serait intéressant de se sentir moins seul dans son coin. Et les contraintes, j'attends de voir parce que ce genre de réseau on y met l'implication qu'on veut y mettre et à part le médecin coordinateur qui va vraiment être impliqué, j'ai pas l'impression qu'il y aura beaucoup de contraintes de mon côté, je continuerai à faire ma sauce dans mon coin si j'ai envie et si j'ai besoin d'un coup de pouce j'aurai des gens à appeler, donc je pense que ça peut être bénéfique.

Globalement as-tu identifié d'autres besoins dans ta prise en charge ?

Adapter les courbes dans le carnet de santé parce qu'ils ont fait des nouveaux carnets sans les bonnes courbes d'IMC c'est « con » quand même. On pallie à sa à la maison de santé en imprimant les courbes du PNNS. Trouver des pistes d'amélioration plus globales, parce que pour l'instant y'a rien qui marche dans l'obésité de l'enfant. Je schématise mais globalement voilà, donc c'est aussi un peu démotivant pour les médecins, enfin pour l'instant je suis encore pas trop vieille donc je suis pas encore trop démotivée et je lâche pas le truc en disant que bin si ça change juste pour un et bien ça sera déjà ça de pris ! Et puis ça ne me déplaît pas comme approche d'essayer d'aider les gens en allant à leur rencontre, ça me parle. Mais oui je ne parle pas forcément d'évolution thérapeutique, je parle plus d'évolution sociétale et de sensibilisation

dans les écoles, dans les cantines, mais je pense que ça passe aussi par un changement de société plus global et que si on continue à faire la pub pour les mars® et les bounty® à la télé et bin on peut pas se plaindre qu'on a des enfants obèses et que peut-être que les pouvoirs publics vont devoir un peu mouiller la chemise pour faire changer les choses, ce qui n'est pas simple, parce que c'est contraire aux intérêts financiers des lobbies du sucre, enfin voilà c'est un vaste débat ! Je ne compte pas m'engager en politique pour l'instant (*rire*).

Autre chose ?

Non.

Bonus :

L'annonce c'est pas simple parce que ça rentre dans l'intime des familles, c'est au cas par cas. Toute la difficulté quand c'est une famille qu'on connaît ou qu'on est remplaçant et qu'on voit qu'il n'y a jamais rien eu de dit par le médecin et qu'on dit : « on vous a déjà parlé du poids ? - non pas vraiment, bin on nous a dit qu'il allait grandir de toute façon donc que c'était pas grave », là tu t'approches à pas de loup et c'est pour ça que je disais que je mets pas toujours d'emblée le mot dessus, pour pas braquer, mais c'est pas simple. Discuter de l'obésité c'est tellement stigmatisant dans la société d'aujourd'hui que des fois je pense qu'on prend trop de pincettes, en tout cas moi peut-être que j'en prends trop et il y en a sûrement qui n'en prennent pas assez.

Nous-mêmes on se bloque mais quand t'as un lien avec le patient et toute sa famille et qu'ils ont confiance et que t'es le médecin de tout le monde tu peux dire des choses, mais effectivement quand tu débarques et que tu connais pas et que le souci de poids n'a jamais été évoqué bah la question de la légitimité se pose même si c'est très pertinent parce qu'un œil neuf c'est intéressant mais c'est très compliqué à aborder dans ce contexte-là.

Et en tout cas moi je sens moins cette difficulté maintenant que je suis installée et que je suis le médecin de toute la famille et que je sais que je les reverrai.

Et puis, il faut que les groupes d'experts puissent se mobiliser, en tant que médecin dans un environnement aussi toxique on sera forcément impuissant et si les pouvoirs publics ne prennent pas le problème à bras le corps et bin on pourra que constater que ça progresse. C'est le fond du problème !

Entretien 9

Pour vous qu'est-ce que c'est que le surpoids et l'obésité pédiatrique ?

C'est quand dans la courbe de l'IMC soit il y a un rebond précoce, soit il y a un dépassement de la ligne des +2DS. C'est la définition que j'ai retenue.

Quel rôle pensez-vous jouer dans la prise en charge ?

Eh bin d'éducation, d'orientation, euh de, d'essayer de faire prendre conscience aux parents qu'il peut y avoir un souci ultérieurement, c'est le plus gros problème.

De faire prendre conscience aux parents ?

Oui, d'essayer de faire changer les choses, c'est rare quand ça fonctionne.

En tant que médecin généraliste tu te positionnes comment ?

C'est de montrer la courbe de poids et le rebond, l'ascension précoce ou le fait que, à l'enfant et aux parents. Ça dépend de l'âge, le fait que ça passe au-dessus des normes, tout en dédramatisant aussi des fois parce qu'il n'y a pas besoin de le mettre au régime. Il n'y a pas besoin... Mais c'est surtout de mettre en place un suivi, parfois de leur redonner des rendez-vous, à 6 mois. Mais c'est jamais, c'est rarement suivi... Et c'est surtout oui, de pointer du doigt la courbe de croissance et la courbe staturo-pondérale.

Une fois que le diagnostic est posé, comment est-ce que tu évoques le sujet avec la famille ou l'enfant ?

Et bien, c'est d'abord en prenant la courbe de poids, en ayant fait la courbe et en leur montrant et en essayant d'ouvrir sur l'alimentation et sur la diététique. Comment ça se passe à la maison ? Comment ils voient les choses aussi ? Comment se voit l'enfant ? Si ça lui pose problème, si ça lui pose pas de problème et parfois je pense à demander si il y a des retentissements à l'école, dans la cours de récré des choses comme ça, si ça l'empêche de faire des choses. Et puis de faire le point oui sur la façon dont il mange, le grignotage, la consommation de sodas, des choses comme ça. Et maintenant un peu plus sur les écrans et le temps passé devant les écrans.

Donc tu fais du repérage, et après au niveau des conseils qu'est-ce que tu donnes ?

Essayer d'écouter sa faim, je leur demande s'ils se resservent, s'ils ont tendance à beaucoup se resservir ou pas s'ils ont vraiment faim quand ils se resservent ou s'ils ont juste envie de manger ce qu'ils ont sur la table. Qu'est-ce qu'ils ont au goûter ? Qu'est-ce qu'ils ont dans le placard

pour le goûter ? Ce qu'ils prennent au petit dej, ce qu'ils boivent à table. Aussi on redit que c'est mieux, l'eau, les produits non transformés, que voilà, ce type de messages-là et après c'est s'ils font une activité physique aussi, quel type d'activité, s'ils peuvent bouger un peu plus.

Tu as d'autres conseils qui te viennent à l'esprit ?

Non.

Quelles difficultés tu rencontres ?

De dire les choses, d'avoir l'impression d'être écoutée et de ne pas voir changer les choses à moyen terme. D'avoir transmis un message, alors parfois les choses changent et ils en prennent conscience et on repose les choses on en discute. Mais souvent le système est installé au niveau familial et il n'y a pas beaucoup de changement à postériori.

Tu vois d'autres difficultés pour la prise en charge, pour le suivi ?

J'ai jamais eu de souci de, j'ai jamais eu d'enfants qui avaient des problèmes dus à leur poids ou à l'obésité au niveau physique ou psychologique, donc j'ai pas eu besoin de leur demander d'autres avis ou une prise en charge complémentaire. Parfois j'ai peut-être adressé à des diet, parce que le problème il est global au niveau familial et voilà, mais c'est rare. C'est surtout le fait de savoir qu'il y a quelque chose à, que j'ai une action à faire, j'ai un message à transmettre, j'ai quelque chose à faire changer, mais en face c'est pas forcément sur le stade où ça peut entendre qu'il peut y avoir un problème plus tard.

Il y a d'autres obstacles ?

Et après, parfois je propose des consultations à distance pour faire le point mais il y a un obstacle personnel, c'est que je ne mets pas de rappel pour dire : « lui je lui ai dit que ce serait bien qu'on se revoie dans 4-6 mois » donc j'ai pas de rappel donc je ne les rappelle pas et si ils oublient, si ils ont pas envie, bah ils viennent pas et le deuxième obstacle c'est que même si c'est entendu, si on marque dans le carnet le rdv est pas forcément pris parce que le moment où ça doit se faire il n'y a pas de disponibilités ou des choses comme ça et après justement sur l'induction d'un changement mais c'est... Après c'est peut-être les messages que je passe qui sont un peu toujours les mêmes et peut-être qu'il faudrait que je renouvelle.

Qui sont les mêmes quelles que soient les familles ?

Oui et puis dans le temps en fait, depuis quelques années ça bouge pas trop, après c'est pas non plus quelque chose qui change beaucoup.

Tu as dit que tu avais rarement recours à d'autres professionnels mais est-ce que tu as des recours autres ?

Euh... Non. Parfois ils sont suivis aussi en parallèle par des pédiatres, donc j'imagine qu'ils font aussi le... Mettre le doigt sur la problématique. Mais j'essaie de me remémorer (*rires*), il n'y a pas de demande non plus, il n'y a pas forcément de demande des parents donc ça pose problème.

Par rapport à la prise en charge ?

Par rapport à la prise en charge complémentaire. Et après je vois pas, à part l'activité physique, les groupes éventuellement de parole ou de diététique, je pense à une collègue qui fait ça qui est à son cabinet. Je vois pas ce que d'autres professionnels de santé pourraient leur apporter. Après à *** il y avait un séjour enfant, mais les critères d'inclusion étaient quand même très restrictifs donc j'ai jamais eu l'occasion de leur demander, et puis il me semble aussi avoir lu des trucs comme quoi ça ne servait pas à grand-chose (*rires*) que ce n'était pas très utile pour la plupart des enfants donc...

Et tout ce qui est site... ?

J'ai pas de référence. A part, si ! Quand j'y pense sur le plan nutrition santé il y a la fabrique à menu où ils donnent des exemples de menus simples et pas forcément hors budget je crois qu'il m'est arrivé de le conseiller une ou deux fois, de dire aux parents d'aller voir.

Tout ce qui est Obéclit tout ça ?

Obéclit non pas pour l'instant, plein d'autres clic mais pas celui-là (*en riant*).

Quel est ton point de vue sur les lettres spécifiques ?

Sur les consultations ?

Oui, est-ce que tu les utilises, qu'est-ce que tu en penses ?

Je ne les ai jamais utilisées euh parce que c'est jamais un motif premier de consultation. C'est rarissime les parents qui emmènent un enfant parce qu'ils ont un doute sur le poids sur l'évolution de leur croissance donc je n'y pense jamais et puis donc je ne le cote pas. Et quand j'aurai pu le faire ça n'existait pas, ça a dû arriver une ou deux fois donc c'est surtout que ouais c'est pas un motif premier de consultation. C'est toujours en fin de consultation quand on fait le bilan de l'examen clinique qu'on met le doigt là-dessus et je me vois pas le coter pour l'instant.

Pourquoi ?

Bin je sais pas, autant en gynéco ça me pose pas de problème, autant en pédiatrie pour l'instant j'ai pas, je me suis pas servie de ce type de cotation.

Par absence de réflexe ou parce que ça te gêne ?

Par absence de réflexe, je pense, parce que la consultation de contraception je la fais sans souci.

Au fil de tes consultations où tu as pris en charge des enfants en surpoids ou en obésité, est-ce que tu as constaté des caractéristiques ou des difficultés relationnelles particulières avec les enfants ou avec les parents ?

Pas plus que pour des enfants qui n'ont pas de problème de poids, non je ne pense pas.

Comment tu te positionnes sur l'utilité des réseaux ?

Euh... au niveau uniquement obésité ? ou en général ?

Au niveau obésité type RÉPPOP.

Et bah je... Eventuellement pour des gens qui ont déjà, qui sont rentrés dans le cycle de prise en charge intellectuellement, ça peut permettre de poser plus les choses de leur renforcer dans leur réflexion, parce que de voir un médecin qui est spécialiste qui, qui peut donner accès à une prise en charge diététique, à des activités adaptées, des choses comme ça. C'est comme ça que ça fonctionne ? Ça peut renforcer, ça peut aider à renforcer les choses, tout en maintenant le lien de suivi régulier avec le médecin traitant, mais il faut que les personnes, les parents et les enfants ils soient déjà investis.

C'est vrai qu'ici il n'y a pas encore de réseau mais en Isère ce sont les familles qui doivent contacter le réseau.

Oui donc il faut qu'ils soient déjà, si ils sont dans le, pas dans le déni mais dans le « Prochaska » où ça s'arrête là c'est difficile d'aller plus loin.

Donc tu as entendu parler des RÉPPOP ?

Oui.

Et tu serais disposée à intégrer un RéPOPP ?

Bin ça veut dire quoi intégrer ? adresser les patients ? ou...

Faire partie du réseau, être un médecin du réseau.

Donc de second recours ?

En fait tu prendrais des enfants aussi dans le cadre du réseau, tu serais le médecin référent d'un enfant du réseau, qui assurerait le suivi médical.

Je me suis pas posé la question, euh... pourquoi pas, après pour l'instant je pense que c'est plus pour MES patients (*rires*). Mais sur d'autres patients, des patients ailleurs et d'autres médecins, je pense pas que ce soit... En fait je fais partie du réseau IVG à *** depuis plus de 10 ans, mais alors au début on était 2 donc il y avait plein de monde qui montait mais je suis un peu excentrée à *** il n'y a pas de bus, pas de service d'accès facile, donc là il y a plein de monde à *** et en Savoie donc je vois beaucoup moins de monde et donc je pense pas que ce serait, du fait de la localisation, adapté à des gens.

Dans l'idée d'un réseau en Savoie dans lequel tu pourrais soit prendre par soit bénéficiaire, est-ce que tu verrais des avantages particuliers, des contraintes particulières ?

Bah l'avantage oui c'est d'avoir des référents à qui adresser les patients. Mais je verrais plus ça comme un complément. Et le suivi ce serait plus, je pense que je préférerais moi assurer le suivi de mes patients en fait, mais en ayant comme il y avait avant avec le diabète des référents des centralisations des informations dans le cadre d'une pathologie.

Tu verrais des contraintes ?

Bin toujours la même c'est qu'il faut que le patient il soit moteur pour que ça fonctionne.

As-tu identifié d'autres besoins dans ta prise en charge ?

Bin je suis en train de me dire en discutant que ce serait bien que je fasse une formation sur la prise en charge de l'obésité. Sachant qu'en fait, c'est pas un problème que je me pose tous les jours non plus donc c'est difficile de maintenir un fonctionnement quand c'est pas au quotidien.

C'est pas une part importante de ta patientèle en fait ?

Non, on est un peu avantagé. Après si, j'ai 3 patients qui vont se faire opérer d'une chirurgie bariatrique.

Des adultes du coup ?

Oui, non il n'y a pas d'enfant, mais il y en a quand même.

D'autres besoins ?

Non mais je me dis que je vais aller voir Obeclie.

Est-ce que tu vois des limites d'ordre sociales ou économiques dans ta prise en charge ?

La diet oui c'est toujours, ça peut être un problème économique, d'aller la voir, parce que c'est pas pris en charge, parce que c'est des frais supplémentaires pour les familles. Même si ils sont partants pour y aller quoi c'est pas toujours... Comme les psycho c'est la même chose. Parce que les psychos ce serait aussi des fois bien, vu que l'accès au CMP il n'est pas non plus fluide donc euh, c'est plus financier. Après c'est mes blocages de fonctionnement de ne pas penser forcément à tout au bon moment voilà.

Autre chose ?

Non.

Entretien 10

Pour toi qu'est-ce que l'obésité pédiatrique ou le surpoids, comment tu les diagnostiques ?

Euh bin... Justement, je viens de remplir mes critères de ROSP donc ça fait partie, c'est déjà de renseigner une taille et un poids chez tous les enfants. Euh... Moi ma manière de faire c'est de... Au cours des visites systématiques, bah c'est systématique, donc après j'ai un calcul de l'IMC. Euh... Je n'ai pas, par contre systématisé la mesure de la taille à toutes les consultations des enfants sauf ceux que je vois jamais, que j'arrive jamais à attraper et que je vois juste pour une rhino. Ceux-là je les mesure quand même, parce que voilà, enfin j'essaye de m'y astreindre. Après j'ai fait une formation par le RéPPOP je crois, ou, il y a un an mais ce n'était pas ... En soi je ne participais pas au réseau et j'ai découvert que probablement je n'utilisais pas les outils optimums, optimaux je ne sais pas, pour justement être pertinent. Mais vu de là où on part, (*inspiration*) voilà c'est toujours pareil. C'est-à-dire qu'aujourd'hui j'ai pas de frein en soi parce que pour moi c'est un élément essentiel de dépistage. Euh... Le principal frein c'est plutôt : on est désespéré de la prise en charge qui suit. Je pense que c'est ça le principal frein c'est de se dire c'est bien de dépister mais c'est un peu comme une maladie d'Alzheimer qu'on dépiste et on se dit est-ce qu'il y a un traitement derrière ? Euh... Est-ce que c'est un dépistage pour affoler ou est-ce que c'est un dépistage avec une prise en charge on va dire efficiente... Parce que seul, en médecine générale on peut faire déjà beaucoup de choses, mais pas tout. Voilà tout dépend du seuil, et moi j'en vois, de plus en plus je trouve. Euh... J'ai pas un long recul mais j'exerce depuis dix ans entre les remplacements et là l'installation depuis 3 ans et demi et je ne suis pourtant pas dans une zone on va dire sociale, la pire, loin de là et je trouve qu'il y a beaucoup de surpoids. Et chez les enfants notamment, enfants, adolescents. Là, pédiatrique c'est jusqu'à 16 ans en gros ? C'est pas défini, mais grosso modo ?

Oui plutôt 18 quoi.

Moi je trouve qu'il y en a beaucoup, j'ai pas revu, j'ai pas ressorti les chiffres récemment euh ça pourrait se faire...

D'accord, donc tu te sens un peu seul ?

Oui. C'est vraiment globalement. C'est à mon niveau, je sais ce que je peux faire moi. Euh... Mais cette formation m'avait montré, parce qu'elle avait été faite par le centre euh...

C'était à Grenoble ?

Non c'était à ***... Euh... Par le centre qui a fermé.

Ah le SSR ?

Oui. Qui s'appelait, je sais plus comment. Bref il y avait un SSR orienté là-dessus et qui a fermé. Je crois si je ne dis pas de bêtise fin 2019 et du coup c'était un peu (*rires*). Bon c'est intéressant, on a de la discussion, de la formation sur les outils mais en fait derrière on a encore moins de ressources de second niveau, or à notre échelle à nous généralistes, quand on est SEUL face à une obésité pédiatrique bah on n'est que très partiellement efficace quoi. Voilà... On a, moi je trouve un gros niveau d'efficacité sur des surpoids, mais dès qu'on parle finalement de l'obésité et selon sa gravité on va dire, puisque c'est là que j'avais appris qu'il y avait graduellement et que j'utilisais peut-être pas les bons outils mais euh c'est là qu'on est seul quoi euh... Enfin moi en tout cas à ***.

Une fois que tu as fait le diagnostic de surpoids ou d'obésité comment tu évoques le sujet, comment tu fais l'annonce ?

Euh... Je fais du visuel beaucoup. C'est-à-dire que on a quasiment toujours les carnets de santé ça c'est pas un gros problème. Sinon j'utilise les courbes de mon logiciel euh où vraiment on va montrer qu'il y a un couloir dans lequel l'enfant n'est plus, puisqu'en général ça débute à un moment euh... Et du coup c'est très visuel. Moi j'utilise beaucoup le visuel et je ne mâche pas les mots au sens j'attends deux, trois consult à dire... Parce que dans la vraie vie, il y a des enfants qu'on perd de vue et que le plus tôt on intervient, pour moi, le mieux c'est. Euh d'ailleurs c'est l'avantage du suivi. Quand il est bien fait, au sens que les parents sont observants à nous les amener et que nous, on est observant et systématique dans notre mesure, euh... En fait on prévient quasiment 100% parce que dès qu'on a une suffisante fréquence, le décroché de corpulence à la hausse on le voit très rapidement. Euh... Il a pas le temps de prendre des proportions très importantes et qui atteignent l'obésité finalement donc moi j'en parle tout de suite. Ça m'arrive d'ailleurs régulièrement d'en parler pour des patients que je vois parce que justement ils ne sont pas très suivis, soit par moi, soit par un de mes associés, soit par un autre médecin. C'est pas parce que je ne suis pas le médecin traitant que je n'en parle pas. Euh... J'en parle systématiquement quand, encore une fois, quand je vois que l'enfant est pas bien suivi pour dix mille raisons hein, je ne jette la pierre à personne. Je fais quand même, j'essaye de systématiser la mesure de taille comme ça j'ai un IMC et comme ça j'ai un meilleur visuel sur l'évolution. Parce que je suis conscient depuis seulement quelques années, qu'au visuel, on ne voit pas les enfants obèses. On le voit que parce qu'on fait la courbe, alors les obésités importantes on le voit et d'ailleurs en général, c'est déjà un peu tard et c'est là qu'on se sent le plus seul, euh mais quand on ne le voit pas... Moi, combien de fois ça m'est arrivé de remplir la courbe et de dire « ah ouais » et du coup euh d'aborder le sujet même chez les patients que

je ne suis pas moi, en disant : « revoyez votre médecin traitant » et je l'écris comme ça dans le carnet. C'est-à-dire que je ne le dis pas qu'à l'oral, je le mets dans mon dossier bien sûr, mais en général ce sont des patients que je ne vais pas revoir moi, et donc je l'écris dans le carnet de santé parce que je me dis bin voilà... De plus en plus il y a des outils informatiques qui existent donc quand c'est pas mes patients, je l'écris même par SISRA aux médecins traitants qui sont tous référencés dans le SISRA en disant : « tiens j'ai vu ton patient, il y aura le poids à revoir », voilà un peu ma méthode.

Quels types de conseils tu donnes aux patients, aux parents ?

Bin... En fait avant de commencer par le conseil, je commence par deux questions : quels sont les apports, comment ils mangent ? Alors là en fait il y a déjà 90% du diagnostic d'erreurs faites. Parce que les parents sont souvent finalement assez objectifs hein, ils savent que il y a du grignotage ou bien il y a des quantités excessives. Déjà c'est ça notre rôle de généraliste je trouve. C'est d'être dans les grandes lignes et même si on est seul après pour le deuxième niveau et les grands détails, les grandes lignes bah c'est très facile, bah qu'est-ce que vous pensez qui pêche entre l'apport et la dépense ? Comment votre enfant mange et comment votre enfant se dépense ? Et après dans l'alimentation, c'est de la quantité qui pêche ? C'est de la qualité ? C'est des repas rapides ? C'est du grignotage ? Ça déjà ça va assez vite. Et dans l'activité physique il y a toujours l'activité entre guillemets « à l'école ». Euh... Mais en fait, moi je suis assez insistant sur le fait de dire que l'activité physique à l'école ne suffit pas. Ça je suis très clair, parce que là par contre, j'ai beaucoup de parents qui me disent : « oui mais il bouge à l'école » c'est typiquement, c'est des sédentaires par essence.

Donc la deuxième question, c'est de dire : « bin non ça ne suffit pas ». Parce que prenez l'exemple des enfants qui à 16-18 ans vont faire des études supérieures, donc ils n'auront plus d'éducation physique. S'ils n'ont pas pris l'habitude de faire du sport en dehors de l'école, de bouger on va dire, parce que le mot « sport » il fait peur, mais de bouger en dehors de l'école, ils vont pas avoir cette habitude pour l'adolescence et l'âge adulte et ils vont clairement, même dès l'enfance, être trop sédentaires. Hein... Si on prend les évaluations un peu universitaires ils sont trop sédentaires. Et du coup une question qui revient quasiment en deuxième c'est les écrans, parce qu'en fait c'est corrélé. Alors j'ai pas les chiffres mais je suis quasi sûr qu'il y a une corrélation assez évidente entre un enfant qui va être trop sur les écrans et un enfant sédentaire, donc une question finalement qui peut avoir un double intérêt euh d'une pierre deux coup voilà.

Pour la suite de la prise en charge, quelles difficultés tu rencontres ?

Que les parents reviennent. Euh... Parce que deux types de manière, je trouve deux grandes familles. Il y a les parents, ou peut-être 3. Il y a les parents euh... Dans deux cas de figures qui vont être ouverts, on les sent pas du tout en difficultés avec ce discours, ça leur fait plutôt pour l'une des deux catégories, prendre conscience et on va avoir un retour. Il y a une catégorie où ils vont prendre conscience, ils ne vont pas être apeurés par ce diagnostic et par cette information là mais ils vont être en grande difficulté pour modifier quoi que ce soit et ils vont être on va dire, pris dans le rouleau compresseur de la vie et de l'éducation de leurs enfants sans aucune modification possible et on va continuer à voir soit l'obésité au moins se stabiliser et malheureusement pas s'améliorer voir s'aggraver parce que le facteur qui déclenchait l'obésité en fait est toujours présent. Et il y a une troisième catégorie auquel j'ai déjà été confronté mais du coup par définition je les ai moins vus c'est la catégorie des parents apeurés... Euh... Qui vont être soit dans le déni en disant : « mais qu'est-ce qu'il raconte ce docteur-là ? », soit ils ne vont pas être dans le déni mais alors vraiment je ne suis qu'un gros « connard » d'avoir insulté leur enfant. Ils ne l'ont jamais dit comme ça mais en fait je ne les revoie pas, voilà c'est-à-dire les perdus de vue, ceux que j'appelle les perdus de vue. Et c'est pas seulement perdus de vue de moi en tant que médecin traitant moi. C'est-à-dire que c'est des perdus de vues, des enfants ça va être effectivement très compliqué de les faire reprendre un suivi. Et donc on a typiquement ne serait-ce qu'un an qui va s'écouler euh dans une tendance à l'augmentation de l'IMC, on peut atteindre des catastrophes et des obésités déjà assez bien installées. Un élément que j'ai pas redis mais qui pour moi est essentiel euh et en fait c'est parce que je connais le contexte de vie que je l'aborde pas forcément frontalement à ce moment en première consult, plutôt en deuxième.

Le contexte des familles ?

Le contexte des familles oui. Donc en tant que médecin de famille, je le connais pour une partie d'entre elle déjà pas mal, euh... Je suis les parents, je sais qu'ils vont pour telles et telles raisons pas très bien et donc la coïncidence entre le moment où il y a un contexte de vie qui a pu se dégrader pour l'enfant et l'obésité, mais pour c'est du, j'ai pas envie de dire 100% mais presque. Enfin, la formation nous a montré qu'il ne fallait pas passer à côté des maladies, évidemment, dire bah c'est l'enfant avec son hygiène de vie qui pêche, il y a aussi des maladies qu'il faut savoir diagnostiquer. Mais j'ai pas retenu les pourcentages, mais moi dans ma tête, dans mon constat du quotidien, c'est que maladie ou pas maladie, le contexte psychologique, soit dès le départ, initial, c'est-à-dire le facteur étiologique de l'obésité ou alors tout simplement parce que l'enfant est déjà en surpoids déjà stigmatisé euh la « grossophobie » comme on l'appelle euh

va avoir une répercussion psychologique mais PRIMORDIALE dans la prise en charge et est très compliqué parce que là on est déjà dans un niveau 2. Et comme je dis, pour moi, le niveau deux de la prise en charge de l'obésité pédiatrique pêche en France, énormément. Dans mon secteur ici, je vais pas dire que c'est la catastrophe par rapport à d'autres endroits où il y a encore plus de kilomètres à faire mais voilà... Le seul référent que j'avais un peu en dehors de pédiatres on va dire « simples », c'était par exemple le SSR sur des choses vraiment déjà bien installées, bah il n'y a plus... Tout ce qui va être psychothérapies, puisque pour moi c'est primordial, euh en France ça relève de toute la psychothérapie tout court hein, la psychothérapie spécialisée de l'obésité pédiatrique n'en parlons pas, c'est inaccessible ou tout simplement pas pris en charge. C'est inaccessible par la disponibilité et, ou, pas pris en charge. Et bon, même si on a des parents qu'ont les moyens c'est un vrai frein le financier, ça fait beaucoup, beaucoup de problèmes dans la prise en charge. C'est-à-dire qu'une fois qu'on décape, soit on arrive assez tôt et je pense qu'on y arrive bien en médecine générale et finalement c'est notre rôle à 100% de premier donneur d'alerte et de solutionneur de surpoids, mais la vraie vie c'est qu'en fait déjà il y a un paquet d'enfants qu'on ne voit pas en médecine générale hein c'est le « carré de White » et euh... Et la médecine scolaire étant ce qu'elle est et bah voilà on ne les voit pas plus via la médecine scolaire. Donc on arrive tard, moi je suis assez toujours, les bras m'en tombent quand on arrive si tard sur des obésités chez des enfants c'est que ON et je dis, je parle de moi mais je parle finalement du système de santé français, on a raté quelque chose ça c'est sûr, c'est un frein.

Donc ça t'arrive d'avoir recours à des aides extérieures ?

Oui mais euh... Grande difficulté hein. Grande difficulté parce que là par exemple je me mets dans la situation où cette après-midi je vois un enfant que je considère, aller je parle déjà de l'obésité parce qu'encore une fois le surpoids, premier contact je m'en occupe moi-même et admettons que c'est un surpoids où je rame et je galère, je pense notamment à un enfant en particulier, euh souvent j'ai envie de penser à une thérapeute en premier.

Psychothérapeute ?

Un psychothérapeute, parce que comme je dis pour moi le levier de changement dans l'hygiène, parce que c'est quand même je trouve, en dehors des maladies, quasiment tout le temps ça le problème euh finalement on peut commencer à parler de thérapeute pour l'enfant, pour les parents, euh voilà hein, euh là ça devient inabordable. C'est-à-dire que si on essaye de trouver un thérapeute PRIS EN CHARGE c'est compliqué. Euh... Pris en charge et qui est compétent sur le sujet de l'obésité pédiatrique, moi j'en connais pas. Alors je connais l'existence du

RéPPOP. Mais finalement le seul moment où j'ai eu l'occasion d'avoir une formation il y a peut-être 6 mois c'est pas si ancien, c'était pour m'annoncer la fermeture (*rires*) de l'antenne sur ***, ***, c'est pas non plus la porte à côté pour nous. Nous, on est à mi-chemin en gros entre *** et ***, et sur *** j'en connais pas tellement plus. Il y a peut-être un RéPPOP en fait, le RéPPOP c'est régional ?

Non le RéPPOP c'est que pour l'Isère, c'est départemental.

Je ne suis même pas étonné. Je ne m'en souvenais plus, mais je ne suis même pas étonné. Donc ça c'est un vrai frein, parce que on part euh... Ouais la solitude hein. De toute façon en médecine générale la solitude... Moi je la bataille. Et parfois, effectivement, avec cette bataille, en se faisant son réseau par les patients, on arrive à se sentir moins seul. Mais parfois tout simplement la ressource n'existe pas.

Et est-ce que tu fais appel à d'autres aides techniques ou...

Bin... Je me dis que la prochaine fois, mais c'est une question de temps hein, la prochaine fois vraiment qu'une situation d'un enfant en surpoids ou obésité me posera de grandes questions et que je serai déjà dans un niveau 2 euh... Je pense, que je recontacterai quand même via le RéPPOP ou via justement ceux que j'ai rencontré à cette formation en faisant jouer ma mémoire, je ne l'ai pas paramétré, là par exemple, cet après-midi j'en vois un en direct j'arriverai pas à le faire en direct je pense.

C'est ça le problème. C'est que tout notre métier tourne autour du temps hors consultation. Or moi, aujourd'hui en tant que jeune installé et médecin qui travaille entre guillemets « lentement », je vois une vingtaine de patients par jour pas plus. Je prends vingt minutes par consultation minimum et une heure par visite. Enfin globalement. J'ai une famille, j'ai pas envie d'être chez moi à 21h, et bin tout le temps qui est hors consultation, comme ce matin un mercredi matin, ne me suffit pas à faire toute la coordination et tout le, on va dire le travail préparatoire dont j'aurais besoin en consultation pour être efficace. Donc ça bouge, ça avance, je passe quand même des heures à ça. Mais c'est jamais suffisant pour être opérationnel à l'instant T. Euh là dès on va dire dès un début d'exercice quoi, surtout avec un réseau mouvant, j'arrive pas à évaluer si il est en hausse ou en baisse et dans mon exemple le plus local il est en baisse puisque euh cette structure a fermé. Qui dit structure dit aussi médecin ou confrère à qui je peux m'adresser. Et c'est un peu la grosse déception de cette formation (*en riant*), c'est-à-dire « ah bah super j'ai des outils », je me dis bah ouais les outils sont pas toujours simples à utiliser donc euh hop (*sifflement*) je décroche mon téléphone (*mime*) j'appelle ah bin non finalement il n'y aura plus personne à appeler... Faudrait que j'aille dans un autre département

qui me dira clairement : « ça dépend pas de nous on est déjà débordé, ah mais je vais réfléchir » et puis voilà et puis à son niveau il va réfléchir et il ne va pas avoir le temps de me rappeler enfin... Et on est dans le cercle vicieux de l'isolement et de l'aggravation de l'obésité en attendant avec les répercussions.

Et j'ai aussi l'impression d'entendre dans ce que tu dis que pour l'instant t'as pas encore assez d'expérience ?

Oui, c'est vrai ouais, tout à fait. Alors plus que l'expérience, parce que l'expérience pour chercher l'information je l'ai, c'est le temps. C'est-à-dire que je suis là un mercredi matin, je suis censé pas être là hein, enfin pour ainsi dire le discours c'est que je ne suis pas là. Euhh... En tant que médecin il est très difficile d'avoir du temps hors consultation suffisamment pour gérer tout un tas de choses. Alors que pourtant j'en gère déjà beaucoup en consult. Mais en fait j'ai une conscience de qualité qui fait que pour avoir la qualité, vingt minutes de consult par patient c'est très peu. Et sauf qu'à la fin du mois, moi j'ai du mal à payer mes charges. Comme tu vois c'est un cabinet de qualité avec une secrétaire et tout, mais ça montre que on est à bac plus 9 et voilà ça coince mais bon...

Et as-tu connaissance de la lettre spéciale pour la prise en charge des patients obèses ?

Alors... J'ai connaissance, euh... Je crois l'avoir coté peut-être une fois, mais c'est un manque d'habitude. J'ai le projet de faire une formation cotation cette année. Bin... Parce que ça fait partie du problème de finir ses mois. Euh... Je l'ai même pas par cœur en tête, elle est quand même enregistrée dans mon logiciel (*cherche un papier de cotation dans son sac*). J'essaye d'y penser quand elle m'apparaît mais en fait la vraie vie c'est quoi ? C'est ce que je disais, c'est qu'il faut que les patients reviennent pour ça. Euh... En fait la vraie vie de notre métier de généraliste, médecin de famille, c'est que euh on va peut-être la coter mais en fait la consultation si on est vraiment honnête, on ne pourrait jamais la coter parce qu'en fait il faudrait que les patients ne viennent que pour ça. Ils ne viennent jamais que pour ça. C'est faux. Et pourtant dieu sait que mon discours c'est euh... « Venez pas avec 4 motifs dans vos consultations ». Euh... Je prends 40 minutes de créneau pour les suivis systématiques des enfants, donc quand un parent m'amène son enfant de 1,2,3,4,5,6 mois 11 mois, 12 mois, 16 mois, 2 ans euh par trimestre, quadrimestre après, puis par 6 mois, puis par année... Je leur dis prenez deux créneaux. Mais même en 40 minutes finalement ils ne viennent jamais que pour ça. Donc est-ce que la cotation tac-tac-tac... (*en cherchant sur son listing de cotation*)

CSO

CSO ! Voilà merci, euh... J'ai dû la coter une fois mais qui en fait était intégrée dans un tout, et en plus je connais pas tout à fait par cœur hein. Là je vois sur ça que c'est 2 fois par an avec pleins de petits astérisques. Euuuh, de 3 à 12 ans, d'accord... Ouais.. (*en lisant son papier*) je le cote tellement peu souvent. Mais moi la question que je me dis c'est est-ce que à compter du moment où je considère qu'il y a un surpoids ou une obésité, est-ce que je cote ça ? Si on écoutait la sécu la réponse serait non puisque il y a marqué en fond : « suivi risque d'obésité ». Mais en fait ouais ça montre bien qu'il y a une forme d'archaïsme de nos décideurs de dire voilà bah en fait ils pensent qu'en médecine générale euh les patients viennent pour un motif. C'est totalement faux, même quand on les éduque. Tout simplement les patients polypathologiques ne peuvent pas venir pour un motif. Un enfant qui fait son suivi on a TELLEMENT de sujets : l'alimentation, le développement psychomoteur, la sexualité quand ils grandissent, la prévention, les vaccins, le contexte de vie, les parents... Ingérable, ingérable. Pour peu qu'il aient en plus une maladie ! Il y a quand même des enfants qui ont des maladies hein, c'est pas que du suivi et de la prévention c'est euh... Ouais le monothématique, et euh ouais, moi je défi mes décideurs de venir dans mon cabinet et de dire : « en 40 minutes vous êtes payé combien ? Vous êtes payé 25 euros pour 40 minutes de consult ? » D'accord bin ouais et 40 minutes c'est le temps théorique. Moi personnellement, si je suis en retard c'est parce que malheureusement mes créneaux je les change pas parce que sinon je ne finis pas mes mois mais ils ne sont pas suffisants pour répondre à un vrai travail de qualité je trouve.

Au fil de tes consultations est-ce tu as observé des caractéristiques particulières ou des difficultés relationnelles que ce soit avec les parents ou les parents avec leur enfant ?

Dans le cadre de l'obésité pédiatrique ?

Oui.

Euh... Oui, comme je dis pour moi euh pfff si ce n'est 90 ou presque 100% des situations de surpoids et d'obésité il y a un problème contextuel familial... Euh, alors je m'astreins à systématiquement poser la question des violences et des maltraitances que ce soit familiales, scolaires euh à quoi je pense d'autre, euh les réseaux sociaux. Parce que pour moi ça peut être le facteur déclencheur du surpoids ou de l'obésité. Il y a est-ce que les parents sont en couple ? Je veux dire les grosses cases quoi : parents séparés hop tout d'un coup on voit la courbe d'IMC qui monte, euh c'est pas pour critiquer les parents séparés des fois c'est pas le cas mais c'est un gros pourvoyeur de ça. Il y a, indépendamment de la séparation des parents, des conflits, l'arrivée d'un petit frère, d'une petite sœur, ça j'ai plusieurs fois vu la fratrie, la modification

de fratrie quand on est le grand frère ou la grande sœur, la naissance du petit frère ou de la petite sœur et hop l'IMC monte. Euh... qu'est-ce que j'ai vu comme caractéristique ? Tous les défauts alimentaires et addictions aux écrans alors là plus plus plus hein ! Euh la sédentarité, ça c'est les grandes cases mais c'est pas des particularités pour moi c'est l'évidence de la consultation et après euh c'est très vaste le contexte ça va être le décès ou l'hospitalisation et problèmes de santé du grand père, de la grand-mère, à qui l'enfant est très attaché euh de la chienne, du lapin, du hamster euh ouais enfin les questions sont sans fin. Donc, en fait il y a une part de questions et puis il y a une part d'écoute, et ça il n'y a rien qui peut enlever du temps à ça pour aussi laisser le temps de parole. Parce que combien il y a de parents finalement, c'est le silence dans la consultation qui va permettre de dire : « mais ça m'a fait réfléchir ce que vous avez dit » et puis la fois suivante : « vous m'avez dit réfléchissez à ce qui a pu se passer vers tel moment de sa vie » et ils ont pas du tout trouvé sur le moment et à posteriori ils me disent : « ah ouais il y avait ça, mais il y avait ça en fait qui me concernait moi, j'ai changé de boulot en tant que parent, j'ai commencé à avoir des déplacements dans mon boulot ». Tout ce qui impacte l'enfant, a une répercussion, mais qui parfois est issu d'un comportement d'un parent, de voilà ça peut être parfois assez éloigné on va dire et indirect à l'enfant mais si on cherche un peu ça saute comme le nez au milieu du visage quoi. Ça je trouve que c'est un vrai travail. Le niveau 2 par exemple, à part qu'ils peuvent parfois avoir du temps, ce qui est pas vraiment vrai mais, avoir du temps dédié en mode un temps de consultation et tant de temps etc... A part ça, je trouve que nous on a beaucoup plus d'avantages à connaître la famille euh et on part de beaucoup plus loin, d'autant plus que moi dans dix ans j'aurai dix ans de plus d'installation donc euh... Celui que j'aurai vu adolescent ce sera peut-être mon patient en tant que jeune parent enfin tout ça ce sera tellement important pour être meilleur... Et à la fois ne pas s'endormir sur ses lauriers, parce que on sait aussi ce que ça fait d'être à trois ans d'exercice ou à 20 ans c'est pas la même, ça a des avantages et des inconvénients donc euh...

Et donc comment tu te positionnes sur l'utilité des réseaux ?

Je suis assez critique envers les réseaux parce que je trouve que c'est comment dire ? Si on part du principe qu'on est quand même comme moi optimiste, on se dit bah réseau c'est un truc en plus, c'est bien. Si après on est très pragmatique et c'est surtout pour ça que je suis critique des réseaux, on réfléchit aux moyens, aux ressources utilisées et à qu'est-ce qu'on peut en faire de mieux avec les mêmes ressources, à ressources égales, qu'est-ce qu'on peut optimiser ? Euh aujourd'hui j'ai pas du tout des réponses parfaites à ça sinon je m'engagerais en politique, je m'engage déjà dans le syndicalisme, c'est déjà pas mal, mais effectivement je me pose la question voyant à quel point c'est très loco-local, la preuve, enfin quand je dis loco-local,

départemental c'est mieux qu'une ville mais voilà moi à *** si vous voulez l'obésité pédiatrique est un vrai sujet de... J'ai pas de ressources quoi. Donc est-ce que la vraie question c'est pas de dire on met par exemple le paquet sur la formation initiale, sur, mais pas que des médecins généralistes du coup, parce que j'aimerais bien moi être bien formé sur ces sujets là et c'est aussi mon rôle de formation continue, mais si derrière je n'ai pas de personne de second recours formé « ppprrrrrt », voilà, c'est comme si je veux faire voir à un ophtalmo y'en a pas assez c'est le bordel, aujourd'hui est-ce qu'il y a assez de personnes ? Moi je pense qu'il faut rester à l'échelon d'un pédiatre euh il n'y a pas besoin d'avoir un pédiatre surspécialisé, un pédiatre a le droit de faire de la pédiatrie, il est niveau 1 comme nous quand il est libéral en ville mais dès qu'il va être, il peut y avoir certains libéraux, mais c'est principalement des hospitaliers ou en structure, qui vont avoir une formation spécifique sur l'obésité pédiatrique dans leur casquette de pédiatre, c'est bien, mais il n'y en a pas assez alors qu'on est dans un type un peu fléau de la santé publique qui émerge parce que bin on est des pays occidentaux d'opulence, comment on dit, de florilège de sédentarité oui, mais en fait on a plus besoin de se battre pour vivre, on n'a pas eu de guerre depuis longtemps. J'en souhaite pas mais c'est ça qui fait quand on analyse les facteurs d'obésité aujourd'hui dès la population pédiatrique, c'est lié à ça.

A la société ?

A la société qui ne manque de rien finalement. On est dans une société où on a tout. Euh on n'a pas forcément le bien-être mais on a tout ce qu'il faut pour manger, pas forcément de la bonne bouffe, ça peut être de la mal bouffe, mais on a à peu près ce qu'il faut pour manger, pour boire hein, je pense notamment aux sodas, on aurait ce qu'il faut pour se dépenser mais on a surtout beaucoup d'écrans et de numérique et du coup de sédentarité, bin le cocktail on l'a. Quand on sait les difficultés du monde du travail euh ça entraîne un contexte social qui, moi je n'arrive pas à avoir cette analyse macro-française mais je pense qu'il y a un état social français qui se dégrade, ou qui s'est dégradé sur les vingt dernières années. J'étais pas là il y a vingt ans pour exercer la médecine, mais aujourd'hui le constat est aussi de se dire que l'obésité pédiatrique est une inégalité sociale, provient des inégalités sociales, les fameuses inégalités sociales euh en santé, et c'est beaucoup plus large que juste de discuter du réseau est-ce qu'il y a des niveaux 2 ou pas ? C'est est-ce que les parents ont un boulot, est-ce que les parents ont un logement décent pour eux et leurs enfants, est-ce que les parents sont séparés ou pas ? Donc c'est quand même une échelle qui nous dépasse à peu près tous euh mais c'est intéressant de prendre ces mesures là en compte parce que on va être beaucoup plus vigilant chez un enfant on va dire qui va accumuler ces facteurs de risques.

Donc critique envers les réseaux, parce qu'à mon avis ça ne répond absolument pas à la problématique. Euh maintenant c'est toujours le problème de détruire quelque chose qui a été longuement construit, parce que le RéPPOP, ça a quand même été évoqué à la formation il y a 6 mois et j'ai bien notion que si ça existait pas ça laisserait quand même un vide et que c'est pas, c'est un peu une cacahuète au milieu de l'océan en terme de ressources utilisées, c'est pas le réseau sur lequel je serai le plus critique on va dire. Il y a d'autres réseaux, je pense à des réseaux cancers, qui là parfois engloutissent un peu des financements qui pourraient servir à des choses à mon sens plus globales mais ça c'est les décideurs politiques qui le font aussi.

Donc la perspective d'un réseau en Savoie, tu n'y verrais pas vraiment d'avantage ?

Pff... Difficile de répondre à cette question, pas forcément non j'y verrais pas forcément un avantage. Je ne peux pas me dédire d'être critique envers les réseaux et dire ah oui faites en un en Savoie ! Ça va pas ensemble. Par contre, qu'il existe des ressources oui, mais pas forcément sous forme d'un réseau. Encore une fois le réseau, je ne suis pas très compétant sur le sujet mais, le réseau, c'est de pouvoir répondre dans le soin, de pouvoir aussi être organisé pour faire de la formation donc logiquement on se dirait bah ouais c'est ça qu'il faut ! Mais est-ce qu'il y a besoin d'un réseau pour, ou finalement, comme dans plein d'autres domaines, le réseau au sens le lien entre les professionnels qu'on crée et on se fait connaître peut le permettre. Je pense que ça pourrait peut-être le permettre, à une époque où on finissait ses mois et on avait du temps qu'on pouvait dédier en dehors des consultations, aujourd'hui c'est tellement de moins en moins le cas en libéral que effectivement parfois il faut structurer le truc euh avec un réseau pour dire bah telle personne on va la payer à faire un truc qui n'est pas que du soin, qui est de l'organisation, c'est là que le réseau a son intérêt, c'est-à-dire qu'il va y avoir un temps de secrétariat pour dire bin je vais pouvoir compiler des demandes, c'est une secrétaire hein, compiler des demandes bin tient il y a tel médecin généraliste qui a dit bin moi je suis en galère avec telle prise en charge, comment je peux faire ? Et aujourd'hui si ça on fait décrocher un médecin formé deuxième niveau pour répondre à un autre en mode sur la première demande, bin en fait on perd du temps médical au profit d'un temps purement administratif et en ça le réseau a du positif parce qu'il va pouvoir structurer je pense à l'exemple de la formation, un réseau qui a un temps administratif va dire bin tiens comment on peut gérer la formation et c'est l'administratif qui va gérer la salle qui va gérer l'organisation. Tout ça, ça coûte de l'argent à une personne qui travaille, ça coûte, en ça le réseau oui.

Mais est-ce que ça peut être détaché de la création d'un réseau et finalement intégré dans une MSP ? Parce que aujourd'hui les MSP c'est aussi ça les projets. On avait vu à cette formation qu'il y avait des MSP où il y avait eu un super projet libéral sur l'obésité pédiatrique, il n'y

avait pas eu besoin d'un réseau pour ça. Après c'est essayer de faire connaître, c'est-à-dire que finalement moi aujourd'hui dans mon petit cabinet même si j'essaie de me désisoler, euh si il y a un médecin compétent et qui est à peu près structuré autour de lui à avoir un temps administratif ou quoi sans un réseau et qui informe les généralistes qu'il existe, voilà, quelque part ça va déjà être super positif et après au généraliste de dire par exemple avec ses compétences à lui très souvent dans une MSP parce que pour avoir du temps en dehors des consult, pour moi il faut que les libéraux se structurent et moi c'est mon projet ici, c'est de dire bin j'ai un besoin sur le bassin d'***, ***/***, j'organise tout, une soirée, le lieux, les invitations, je demande à tel expert de venir, et c'est pas le réseau finalement qui va tout faire : l'expert, l'organisation de la soirée, et bidule et machin donc c'est là que je dis on peut se passer du réseau. Mais ça sous-entend un structuration de tous les échelons et de faire en sorte que quand même il y ait du second recours sans forcément un réseau assez bien réparti, parce qu'il faut quand même cette ressource, aussi bien dans le soin que dans la vie et que dans la possibilité d'aller animer une formation, c'est pas moi qui vais aller animer une formation sur l'obésité pédiatrique, je vais être le participant ou l'organisateur, mais pas l'animateur.

Par « ressource » tu entends un temps dédié à l'organisation ?

Oui et ça encore une fois les libéraux peuvent s'en emparer, faut qu'ils se structurent et quand je dis il faut c'est « y'a qu'à, faut qu'on » je me mets dans la boucle hein, j'ai des choses à faire, et en ça je trouve que de créer de novo, c'est beaucoup d'énergie, enfin j'ai pas tout l'historique du RéPPOP, mais quand ils nous l'avaient dit on avait le sentiment qu'il y avait des fondateurs qui s'étaient quasiment livrés corps et âmes dans ça et fallait de la conviction hein, fallait la foi quoi. Je pense encore aujourd'hui, c'est encore de la foi pour mener ce genre d'action. Et toute cette énergie finalement pourrait être répartie entre les différents acteurs et on a le sentiment que le réseau, faudrait encore une fois voir l'historique du RéPPPOP, mais ça part beaucoup d'une antenne institutionnelle, d'un hôpital, et en fait finalement il y a une sorte de déconnexion entre l'hôpital et le libéral qui aujourd'hui est encore au cœur du problème et que même si ça se veut créer ce lien avec les libéraux qui sont principalement généralistes et pédiatres de premiers recours, en fait il est très compliqué à faire ce lien, même avec un réseau. C'est un constat et je me flagelle en tant que médecin généraliste en disant bin on est assez compartimenté et on empêche un peu cette communication mais c'est multifactoriel. Encore une fois aujourd'hui, les outils de communication moderne comme le SISRA, messagerie sécurisée avec tous les professionnels référencés qui utilisent ou qui utilisent pas ça c'est un autre débat, mais je veux dire, ça fait 18 mois/deux ans qu'ils sont partis du principe que maintenant ils utilisaient les annuaires des ordres nationaux (médecins, infirmiers, kiné) ils

réfèrent tout le monde, après il faut que la personne valide son compte, faut qu'il le consulte et moi pour moi ça c'est l'avenir. C'est-à-dire qu'un médecin de second recours qui veut se faire connaître parce que tout simplement il débarque, il crée une activité et que le libéral lui, il a tout intérêt à connaître cette ressource, comment il peut être informé ? Et bin par un message sécurisé et comment le médecin de deuxième recours peut informer ? Bin en fait il prend l'annuaire et il dit bin voilà moi j'ai pas envie d'aller jusqu'à tel endroit, par exemple il est à *** il a pas envie d'aller jusqu'à *** parce que voilà c'est un peu loin, il va envoyer à tous ceux du secteur, *** et sa périphérie et ça s'est faisable ! A l'heure actuelle, c'est juste pas dans les coutumes, c'est encore du courrier papier, moi je vois encore des trucs arriver je me dis mais on est en 2020 quoi ! Ah tel médecin vient de s'installer alors ok il y a un chevauchement des pratiques et des coutumes mais par définition pour mettre dans une enveloppe, pour payer le timbre etc, ... Aujourd'hui il faut une sacrée structure derrière donc combien il a de personnes qui sont capables de le faire ? Pas beaucoup, combien de personnes sont capables d'envoyer un mail sécurisé en disant au fait voilà j'ai telle activité, on peut commencer à travailler ensemble, ça ça va prendre aller à tout casser une heure pour un médecin isolé, il va pouvoir parfois joindre l'équivalent d'un département entier de médecins généralistes sous réserve que les généralistes s'emparent de cet outil aussi.

Est-ce que tu as identifié d'autres besoins dans ta prise en charge ?

La formation continue. Poursuivre la formation continue parce que c'est le nerf de la guerre, euh et qu'aujourd'hui là aussi si on fait presque un peu de politique hein, je suis très bavard, mais aujourd'hui on a quoi, deux jours et demi de formation continue financée euhh qu'est-ce que c'est pour un généraliste ? Déjà pour un cardiologue ultra spécialisé, je prends toujours cet exemple j'aime bien, euh c'est peanuts. D'ailleurs j'ai un très bon copain qui est encore financé par tous les labos parce que lui il pose des piles, alors l'avantage c'est que les piles ça coûte cher et qu'il y a encore beaucoup de lobbying derrière, mais je veux dire il a des congrès ça lui coûte mille euros rien que l'inscription au congrès et encore c'est à bas coût parce qu'en fait ils sont dans des endroits, je sais pas quoi New York des trucs comme ça, mais un généraliste si on prend juste sa petite lorgnette et on se dit on est censé se former sur la médecine générale c'est quand même très vaste, DEUX JOURS ET DEMIE par an bah c'est se foutre de la gueule du monde puisque enfin nous personnellement, moi plus les années passent, alors c'est aussi avec les enfants etc, mais même avec les enfants je veux dire les deux jours et demi mais tu fais bien plus ! Mon problème après à un moment donné c'est de dire ce que je fais c'est gratos quoi ! Euh donc à un moment donné c'est finir le mois. Le problème financier même pour un médecin entre guillemet CSP+ quoi on se dit oh il a pas de mal à finir ses mois, si ! Alors j'ai

un toit sur la tête, j'arrive à payer une nounou à mes enfants d'accord, mais je roule pas sur l'or du tout quoi voilà, je roule pas en Rolls Royce®, je ne suis pas un nanti voilà. Je suis un monsieur qui va acheter sa baguette le matin et qui sait combien ça coûte et si il y avait un métro dans la région, je saurais combien coûte le ticket de métro et voilà. C'est quand même au cœur de notre situation hein parce que là quand tu me dis ça bah pour moi c'est la formation et en fait tout de suite après eh bah formation égal argent parce que le problème c'est ça. Formation continue, parce que la formation initiale en fait on pourrait toujours faire des grands discours sur la formation initiale, je suis le premier à le faire mais euh on pourra pas faire des études pendant 20 ans et deuxièmement le constat alors que je suis un petit peu plus loin des études mais pas encore trop loin c'est que l'intérêt qu'on a et l'enregistrement de ces informations là qu'on a, n'est pertinent que parce qu'on a aussi la pratique en parallèle, on va dire une pratique importante. Quand on a une formation initiale, le moment où on a le plus de pratique c'est interne majoritairement, externe un petit peu mais c'est vague encore, ça pourrait être amélioré mais c'est encore vague, vraiment là le moment où on peut le faire c'est interne. Le problème c'est que quand on passe 80 heures de son temps sur la pratique en tant qu'interne, c'est peut être un petit peu moins maintenant avec l'amélioration des conditions de travail, on ne peut pas avoir ce doublon, théorique/pratique, donc en fait on passe d'un extrême à l'autre, c'est-à-dire qu'on est encore trop théorique à mon sens au départ et on ne peut pas démultiplier les années d'études pour bah on fera plus sur l'obésité pédiatrique dans l'initial, c'est faux. Euhhh mais interne je considère qu'il faut vraiment améliorer le temps pratique dédié au soin pour garder une énergie au temps théorique qui doit faire cet aller-retour permanent et quand on est libéral installé comme moi là maintenant, c'est dans la formation continue qu'il faut investir, pour que moi, un généraliste parent, avoir moins de aller 10 voire 15 jours de formation continue financée, c'est une aberration, si j'ai moins que ça c'est par définition que je me dévalue, c'est-à-dire que je diminue ma qualité dans mon travail au fur et à mesure des années, plus je m'éloigne, j'améliore une expérience donc sur certaines choses je m'améliore mais avec un tel coût en disant bah ouais j'ai l'expérience pratique mais finalement si j'ai pas la théorie où j'ai le temps de faire cet aller-retour en disant parce que moi maintenant ça fait 10 ans que j'ai passé mon internat, je deviens obsolète, on sait la rapidité à laquelle ça évolue.

Tout est lié.

As-tu autre chose à ajouter ?

Je crois que j'ai fait au fur et à mesure.

Rires

Entretien 11

Pour vous qu'est que le surpoids et l'obésité ?

C'est quelque chose de compliqué à aborder avec les familles (*rires*) voilà.

D'accord, c'est-à-dire ?

Euhh c'est un sujet qui remet en cause beaucoup de choses sur la vie, sur la maman en particulier enfin les parents et du coup je pense que ça participe à la complexité de la prise en charge.

Et vous vous positionnez comment en tant que médecin généraliste dans la prise en charge ?

Mon rôle c'est d'identifier et puis après d'arriver à en parler et puis ensuite faire en sorte qu'on arrive à avoir un suivi et quelque chose de continu et c'est très très compliqué.

Donc justement une fois que vous avez fait le diagnostic, comment vous faites l'annonce, comment vous abordez le sujet ?

D'abord je pèse et je mesure mes patients, en ce moment j'ai pas de toise parce que je viens de déménager, ma toise elle est là euh voilà (*en désignant le balcon de son bureau*).

C'est tout récent ici ?

Non la maison médicale à 5 ans mais mon bureau vient de changer.

Oui donc déjà je fais le diagnostic donc sur les courbes de poids, de taille, l'IMC, le rebond d'adiposité précoce, euh voilà, l'évolution de la courbe, les cassures tout ça. Et donc à partir de là euh je commence à aborder le sujet et ensuite euh... Donc je demande aux parents ce qu'ils en pensent, s'ils ont remarqué quelque chose et puis je leur dis que moi je pense qu'il y a quelque chose à faire et que on peut les aider qu'il faut voilà essayer d'avancer là-dessus.

Euhh en général je propose une enquête, j'ai une fiche d'enquête toute faite euh où je demande aux gens de noter, je demande aux enfants de noter ce qu'ils boivent et ce qu'ils mangent sur deux jours et l'activité physique qu'ils font sur une semaine. Donc c'est une fiche qui est toute faite. Et puis je leur demande de revenir me voir quand ils l'ont rempli sur deux jours, au bout de 15 jours, 3 semaines pour rediscuter et je pense que j'ai 90% de perte ? Voilà ! Euh donc ceux qui reviennent j'en profite pour rediscuter avec eux de la fiche en essayant de mettre en avant ce qui va bien et puis surtout d'identifier les endroits où ils peuvent faire des efforts qui servent à rien et puis les endroits où ils font pas attention et où ça peut tourner en bénéfique, ça c'est vraiment mes des objectifs.

Et à partir de là je leur propose une autre fiche où j'ai une assiette dessinée avec euh toute l'alimentation résumée dessus et je prends leur main, je dessine leur main sur l'assiette et je leur dis que la paume de leur main c'est à peu près la taille de leur ration de viande, et je dessine les doigts, et je mets une petite queue de poisson et je dis que ça c'est la taille de ce qu'ils peuvent manger en poisson, voilà et puis à partir de là quand ils ont posé leur main, dessiné leur main souvent ça les a enfin, ... Je leur explique le reste, enfin j'ai tous les conseils sur l'alimentation, le temps de repas, le brossage des dents, le sel, l'activité physique, l'importance du sommeil, le temps d'écran enfin voilà, et euh la convivialité, l'apprentissage du goût, de la diversité et évidemment bin tout ce qui est protéines, féculents, et légumes fruits, les laitages, les bonbons, les sucreries, les viennoiseries, c'est tout abordé sur la fiche et je la remets au patient et le but c'est qu'ils l'emmenent et en général les enfants sont très contents de partir avec, ça par contre ça marche bien et euh, et après je leur dis qu'on refasse le point dans un mois et demi deux mois et puis on voit comment évolue le poids, on reprend, et je redonne une fiche où ils notent ce qu'ils mangent.

Et donc ça finalement ça fait partie des conseils que vous délivrez via cette fiche ?

M-hm.

Et à l'oral vous donnez d'autres conseils particuliers ?

Bin les conseils sont vraiment complètement adaptés à ce que je vois sur la fiche qu'ils ont rempli de départ, et puis après bin les conseils ils sont sur ma fiche, euh bah je peux vous la passer hein ?

Oui pourquoi pas.

C'est vraiment tous les conseils que j'ai rassemblés qui étaient à peu près validés sur l'alimentation. Hop voilà, euh voilà (*cherche sur son ordinateur*).

Et donc les difficultés que vous rencontrez pour la suite de la prise en charge, pour le suivi ?

Ah non mais la seule difficulté c'est de faire en sorte que les gens reviennent et comprennent qu'on n'est pas là pour les embêter quoi, mais pour les aider et qu'on ne remet pas en cause leur façon de nourrir leurs enfants, on remet pas en cause leur façon de vivre, de faire les courses, de cuisiner, c'est un gros problème. (*cherche sa fiche sur l'ordinateur*). Et puis j'ai une deuxième fiche aussi que je sors là, hop. Ma première fiche avec l'assiette décrit

l'alimentation sur toute la journée et puis après j'ai une fiche par repas, matin, midi, comment organiser la... Il y a peut-être quelques petits défauts.

Mais qui permet d'avoir une ligne de conduite ?

Tout à fait. (*Impression des fiches*). Voilà voilà, autre chose ?

Oui, est-ce que vous avez recours à des aides techniques ou à d'autres professionnels au cours de vos prises en charge ? Ou à d'autres aides ?

Alors oui quand ça n'avance pas, quand je n'ai pas d'évolution, oui. Ou quand, évidemment avant je fais toujours un bilan, je veux être sûr qu'il n'y ait pas de souci endocrinien enfin je fais un examen clinique pour être sûr qu'il n'y ait pas d'autre problème. S'il y a des problèmes j'essaierai de les régler d'abord, euh après diététique ça dépend c'est suivant l'évolution, si j'arrive pas à avoir les résultats que je veux, oui, je demande l'avis de quelqu'un.

Qu'est-ce que vous pensez de la cotation spécifique ?

Je la connais, j'oublie souvent de l'utiliser, en général je m'en rappelle après la consultation, c'est souvent comme ça que je fais.

Oui donc finalement ça ne vous apporte pas grand-chose ?

Si si c'est une bonne idée, ça fait une petite motivation mais euh, ça fait toujours plaisir quand y pense, mais oui c'est pas souvent. Mon souci principal n'est pas là donc euh...

Est-ce qu'au fil de vos consultations avec ces enfants-là vous avez remarqué des caractéristiques ou des difficultés particulières dans la relation que vous avez soit avec l'enfant soit avec les parents ?

Ah bah oui, c'est ce que je vous dis, c'est que le principal problème c'est de comment dire, c'est le fait que les gens ne le prennent pas bien et que quelle que soit la façon dont on en parle, j'ai tout essayé donc à partir de la courbe de croissance, à partir de ce qu'il peut faire, de proposer des activités euh voilà de parler de surpoids et de choses comme ça, le résultat est à peu près toujours le même quoi, je pense qu'on doit pas tirer sur la bonne corde ou...

Vous avez l'impression que ça a créé un conflit ?

Euh je pense que il y a pas mal d'enfants que je n'ai plus jamais revu à la suite de, j'ai vraiment des exemples très précis d'enfants que j'ai suivi depuis qu'ils étaient nés et du jour où j'ai parlé de ça je ne les ai plus jamais revu.

D'accord.

Ça m'empêche pas de continuer hein, mais...

Et comment vous vous positionnez sur l'utilité des réseaux ?

Et bin le réseau c'est bien quand on n'est pas au bout du tuyau et je suis bien loin du réseau.

Il est question d'un RéPPOP 73, je ne sais pas si vous êtes au courant ?

Pour l'instant les réseaux, quel que soit le réseau, ils ont beaucoup de mal à venir jusqu'ici et à être efficace sur la population ici quoi. Au minimum il faut que les gens aillent à ***. Il n'y a jamais un bout de tuyau qui arrivent jusqu'à ***. Après il y a des raisons, il n'y a peut-être pas assez de monde, enfin voilà mais euh...

Donc vous êtes un peu isolé ?

Oui, non pour l'instant les réseaux, pour l'instant j'ai rarement vu l'efficacité d'un réseau quelle que soit la pathologie, diabète, asthme, les choses comme ça, et puis ça a un effet enfin, je trouve que c'est très efficace pour les gens qui n'en ont pas besoin et c'est assez peu efficace pour les gens qui en ont besoin. C'est-à-dire que les obsessionnels vont aller à toutes les réunions mais ceux-là en général c'est ceux qui s'en sortent bien et ceux qui en ont vraiment besoin et bin ils font au mieux la première réunion euh éventuellement la troisième. Moi à un moment je voulais même, j'ai commencé avec la stagiaire avec qui j'ai fait mes fiches, les mettre en salle d'attente quand ils revenaient dans une salle à part et euh les mettre avec des faux aliments, des bouts de viande, des légumes, du beurre et tout ça et de les mettre sur leur plateau repas, un grand pour les 3 repas de la journée et de voir ce qu'ils auraient mis sur leur plateau pour le petit déjeuner, le repas de midi et le soir et tout rediscuter à partir du plateau. Mais bon j'ai un peu abandonné, parce que comme les gens ne reviennent pas, je ne suis pas très motivé à faire ça quoi.

Est-ce que vous avez identifié d'autres besoins ?

(Réfléchit) Euh je ne sais pas. Non, enfin... Peut-être avoir des idées des autres ou des idées qui marchent, mais euh je pense que j'ai déjà bien réfléchi au sujet et euh voilà, je me suis créé des outils dont j'avais besoin mais pas ceux dont les patients ont besoin.

Et quand vous dites des idées des autres, d'autres médecins ou... ?

Oui d'autres professionnels, oui, mes idées je les ai prises un peu à droite à gauche, j'ai rencontré des diététiciennes, des pédiatres, j'ai cherché ...

**Est-ce que dans votre prise en charge vous voyez des limites un peu plus d'ordre général ?
Économique, environnementale ou autre ?**

Euh, peut-être une limite c'est que de temps en temps on sent que ça crée des tensions dans les familles entre les parents et les enfants et que on n'a pas forcément envie de trop accentuer ça quoi et euh souvent c'est source de grosses tensions...

Oui ça crée un malaise ?

Oui enfin ça peut créer des tensions qui sont de temps en temps, ... Après c'est vrai que je parle beaucoup d'alimentation avec les nourrissons et euh, j'essaie d'assez facilement dédramatiser les problèmes de biberons qui ne sont pas pris à l'heure, de trucs euh voilà il y a des mamans qui sont assez obsessionnelles et donc de pas, de faire attention de pas créer de tension sur l'alimentation dès le début quoi.

En préventif quoi ?

M-hm je ne sais pas ce que ça prévient... *(Me montre ses fiches)*.

Donc là ce sont les fiches que vous avez fait avec une interne ?

Il y a son nom en bas.

Vous avez autre chose à ajouter ?

Comme ça euh, non que c'est décevant et voilà et difficile à comment dire, oui c'est difficile de ramer dans le désert, quand on voit que ça avance pas c'est assez embêtant.

Et vous en avez quand même qui reviennent ?

Très peu et alors souvent ceux pour qui ça marche et sûrement ceux pour qui il n'y avait pas grand-chose à faire mais bon on est content de l'avoir fait.

Oui un peu toujours cette différence entre surpoids et obésité.

Non c'est plutôt entre comment dire, entre ceux qui en ont un petit peu besoin et ceux qui en ont un petit peu besoin ils en profitent plus que ceux qui en ont vraiment besoin.

Et après euh ça c'est ma fiche d'enquête sur euh, que je donne en premier. *(Je regarde la fiche).*

Et pour l'activité physique vous donnez des conseils particuliers ?

Euh n'importe quoi pourvu que ça plaise, quelle que soit l'activité physique, à part peut-être les échecs dans les sports ou la pêche à la ligne en position assise, peut-être que c'est pas tout à fait idéal, mais en dehors de ça, n'importe quelle activité pourvu qu'elle plaise à l'enfant, c'est que c'est à priori la bonne.

D'accord.

Bonus :

Jamais la médecine scolaire ne m'a envoyé quelqu'un pour ça.

(Discussion sur la contraception)

Sur ce débat je pense qu'on a vraiment des choses à faire et au niveau de l'écoute et du partage, alors c'est un domaine où c'est plus facile.

Oui c'est sûr il n'y a pas ce problème de vexer ou autre...

L'alimentation ça remet vraiment ce qu'une mère ou des parents donnent à leurs enfants et c'est le premier besoin vital, après la sécurité du chaud du froid et je pense que c'est vraiment le problème, et j'ai pas encore trouvé de solution pour dédramatiser ça. Et c'est impressionnant de voir comme j'ai pas mal de patient que je ne vois plus, que je vois chez les autres, parce que j'ai abordé le sujet. C'est pas des choses dramatiques, c'est pas forcément dramatique. C'est vrai que j'en parle jamais sans avoir fait la courbe de poids, l'IMC, donc j'assume mais après vrai que c'est très compliqué d'en parler, partir de la courbe, partir des difficultés, des situations handicapantes euh,...

(Discussion sur le rôle de la société actuelle)

Ouais mais après le problème il devrait, c'est un peu comme l'alcool, aucun problème à boire de l'alcool. Mais tout dépend comment on le boit quoi. Si on va au cinéma 3 fois par an et qu'on s'achète un paquet de pop-corn à chaque fois qu'on va au cinéma, c'est pas très gênant quoi. Le problème c'est la dose ouais c'est vraiment ça le truc et euh je suis persuadé que le problème de l'alimentation c'est le même que l'alcoolisme, c'est une vraie addiction quoi enfin c'est euh,

on n'a pas trouvé encore les clés mais que il y a des mécanismes dans la tête qui fait que on a besoin de satisfaire un besoin et que c'est les produits gras et sucré qui le satisfont le mieux et que, pour moi c'est une vraie addiction, enfin ça ressemble tellement à l'alcool où...

Dans certains cas oui, peut-être pas dans tous, mais dans beaucoup de cas il y a sûrement un lien avec l'émotionnel...

J'ai pas dit que c'était la même chose que l'alcool mais que c'est le même mécanisme, c'est le même euh, il y a une accoutumance, un besoin, et ça c'est des choses qu'on ne sait pas soigner clairement, l'alcool on est nuls ! Le tabac on est mauvais, et euh on a beau faire, on est nul parce qu'on n'a pas trouvé les bonnes solutions, on est bons quand on a les bonnes solutions.

(Discussion sur dégustation de vin, avec les sensations)

Et je pense que une des solutions aussi dans l'alimentation c'est d'être capable d'identifier le goût à un instant T, euh dans le temps.

Vous regarderez dans ma fiche il y a la convivialité et puis il y a la durée des repas. Un repas c'est au moins 20 minutes, là vous avez tous les conseils que je donne, je vous ai pas tout donné car tout est dans ma fiche.

Et je pense qu'une partie des problèmes d'obésité c'est de perdre ce rapport au goût, au plaisir, mais au plaisir du vécu de ce qu'on mange. D'être dans le remplissage, mais la vie fait aussi ça, moi aujourd'hui j'ai pas pris le temps de manger.

Entretien 12 (Téléphonique)

Pour vous qu'est-ce que le surpoids et l'obésité pédiatrique ?

C'est quand les enfants sortent des courbes après je n'ai pas le chiffre complètement en tête mais c'est pas vraiment comme avec les adultes où c'est l'IMC qui est plus haut que 30, ou entre 25 et 30 parce que comme les enfants c'est les courbes de croissances et du coup c'est plutôt quand ils sortent des courbes, quand il y a, ils ont le rebond d'adiposité très vite donc on fait attention. (*Appel de mauvaise qualité*)

Vous faites attention c'est ça ?

Oui je veux dire on va faire attention, on se pose, on va essayer de mettre des choses en place et essayer de travailler avec *** autres professions ? Ce n'est pas facile parce qu'en Savoie on est un peu dans le vide.

Alors je suis désolée je ne vous entends pas super bien, ça ne doit pas bien capter, je risque de vous faire beaucoup répéter.

Changement de téléphone

Donc vous disiez que quand vous voyiez un début de rebond d'adiposité précoce vous faisiez attention et que c'était compliqué...

Oui déjà on va essayer parce que là c'est des enfants très petits, là c'est plus au niveau des parents on va essayer de, effectivement suivre un peu plus rapproché euh l'enfant au niveau des courbes de poids et oui surtout que, discuter avec les parents de ce qu'on peut faire, comment ça fonctionne tout ça, euh après ce qui est la difficulté c'est souvent aussi les jeunes ados et des ados qui ne viennent plus trop nous voir et que du coup on va les revoir parfois à plus de 100kg et que ouais... On fait comme on peut là ! Parce ce que je disais c'est ça aussi, en Savoie on n'est quand même pas très très bien lotis au niveau des spécialistes pédiatriques et euh ouais la clinique du parc elle a fermé l'été dernier. Mais effectivement la clinique du parc ce qui n'est pas facile c'est quand il y a des grosses obésités c'est de faire décider d'y aller. Comme l'obésité reste quand même quelque chose, c'est un problème mais c'est pas une vraie maladie pour les familles parfois.

Oui c'est difficile de leur faire prendre conscience euh...

Oui.

Et justement une fois que vous avez fait le diagnostic comment vous évoquez le sujet, comment vous faites l'annonce ?

En général moi j'utilise les courbes pour dire euh parce que ça parle bien, de dire : « écoute regarde là les courbes tu es là » parce qu'en plus ça parle bien et ça dédramatise aussi dans le sens : « on est en dehors des courbes mais comme tu vas encore grandir tu peux effectivement t'approcher de la courbe parce que tu sais que tu vas grandir, le but là maintenant c'est pas de faire régime, mais de faire en sorte que tu manges, que tu grandisses plus vite que tu prends du poids ».

D'accord donc vous utilisez pas mal les courbes, et quels types de conseils vous délivrez à l'enfant ou à son entourage ?

Euh, souvent effectivement, parce que ça reste pendant une consultation dans la première consultation c'est aller chercher est-ce qu'il bouge ? Au niveau alimentaire, qu'est-ce qui pêche ? Et après c'est personnalisé ou c'est autour euh oui si il grignote entre les repas, qu'est-ce qu'on peut faire ? Qu'est-ce qu'on peut faire en sorte qu'il ne grignote pas ? Comment on peut faire en sorte qu'il n'y ait pas trop de choses à la maison ? C'est effectivement plus la responsabilité des parents et quand c'est autour plus de l'activité physique de voir qu'est-ce qui peut faire plaisir ? Après c'est une première fois, la difficulté en médecine générale c'est quand même souvent euh quand on propose une consultation de suite, bah le, ou ils annulent, ou ils ne viennent pas, ou euh... et ça c'est quand même quelque chose qui reste un peu tabou, un peu honteux aussi et une honte souvent familiale.

Est-ce que vous avez d'autres conseils qui vous viennent à l'esprit ?

Comme ça là tout de suite euh... une bonne hygiène de vie globale.

Donc vous avez évoqué une difficulté, qu'ils reviennent, est-ce que vous voyez d'autres difficultés pour la suite de la prise en charge ?

Euh la difficulté c'est effectivement comme je disais c'est que au niveau, on est mal loti au niveau des spécialistes. Après la difficulté c'est aussi quand souvent, c'est là que le RÉPPOP ce euh, c'est un peu dans les tuyaux qu'on aura quand même un RÉPPOP, c'est bien je pense, c'est comme le financier parce que quand on essaye de voir pour une diététicienne, pour si plus, l'aide psychologique et tout ça, souvent, c'est quand même aussi des familles qui financièrement c'est pas leur première dépense parce que souvent ils sont quand même un peu dans le bas de l'échelle, et du coup financièrement euh c'est aussi une difficulté. Après moi je travaille en maison de santé du coup le lien avec les paramédicaux, parce qu'il y a aussi une

infirmière Asalée qui commence aussi à s'intéresser au suivi, est plutôt aisé donc ce n'est pas une vraie difficulté localement parce qu'on connaît bien nos collègues (*rires*).

Donc c'est plutôt un avantage ?

C'est ça. Et un avantage aussi, on est 6 médecins dans la maison de santé que du coup effectivement quand il y en a un qui a vu l'enfant qui a mis quelque chose en alerte, même si c'est le collègue qui voit parce que souvent les enfants sont un peu suivis par tout le monde, le collègue il voit la consultation du coup il peut effectivement rebondir dessus.

Donc justement vous disiez qu'il n'y avait pas beaucoup de professionnels par chez vous, donc que ce soient des spécialistes ou des paramédicaux vous voulez dire ?

Non paramédicaux il y en a, c'est surtout au niveau pédiatrie et spécialistes où on est pauvres, même pour les autres pathologies tout ça on est quand même pas très très bien lotis et à l'hôpital de *** qui est l'hôpital où il y a la pédiatrie, il y a quand même pas vraiment des pédiatres bien à l'aise avec le sujet.

Ok et donc justement est-ce que vous avez recours à d'autres aides dans votre prise en charge, donc vous avez déjà évoqué les diététiciens et les psychologues, avez-vous d'autres aides, qu'elles soient techniques ou autre ?

Euh je vois pas trop non. Après j'avais regardé plus le RéPPOP ce qui est assez national mais pas chez nous encore, après je sais aussi que les infirmières Asalée qui sont des infirmières santé publique, on en a une dans la MSP et elles, elles ont fait des formations avec des collègues très spécifiques pour des enfants en obésité au niveau des outils, elles commencent, elles sont un peu au début de cette prise en charge et c'est vraiment un réseau, tout de suite elles s'échangent les outils, les jeux aussi parce qu'elles sont aussi dans les achats des jeux pour échanger avec les familles avec des enfants, les jeux comme avec euh IREPS qui est dans l'éducation de santé.

Et est-ce que vous connaissez la cotation spéciale pour les consultations ?

(*Rires*) Oui je connais mais j'utilise pas. Parce que justement, il y a un médecin qui était dans la clinique du parc qu'on a rencontré en février et qui est chargé de mission à l'ARS pour pousser qu'on aura un RéPPOP euh et on avait aux deux soirées de formation avec une pédiatre de Grenoble et du coup c'est là qu'ils en ont parlé.

D'accord donc ce n'est pas trop dans vos pratiques ?

Oui je suis très mauvaise dans tout ce qui est consultations longues et tout ça, j'ai dit à mon mari qu'on ne sera jamais riches (*rires*).

Au fil de vos consultations, est-ce que vous avez observé des caractéristiques particulières ou des difficultés dans la relation que vous avez avec les enfants en surpoids ou obèses ou avec leur entourage ?

Euh je pense que l'entourage il y a un peu de fatalisme, souvent, un peu de dire : « de toute façon notre famille c'est comme ça » et effectivement (*rires*) on voit parfois que ce n'est pas le seul de la famille et du coup euh c'est un gros frein aussi pour dire on peut faire quelque chose, bin non parce que de toute façon ça a toujours été comme ça. Par rapport aux enfants c'est plus au niveau des ados souvent qu'effectivement il y a quand même un mal-être un peu psychologique du coup il y a, j'ai tout de suite un jeune en tête qui effectivement se fait plutôt harceler à l'école et que du coup il y a ces choses-là qui ressortent aussi et j'ai un autre jeune en tête il est plutôt dans, comment dire, il va se défendre facilement, il est plutôt dans un comportement on va dire : « ne t'approche pas trop de moi parce que moi je suis le plus costaud ».

Donc il est sur la défensive vous voulez dire ?

Oui et comme effectivement c'est un grand costaud je pense que il sait se défendre (*rire*). Après j'ai pas trop de, parce que là j'ai tout de suite ces 2 jeunes qui me viennent en tête, il y a une jeune fille mais c'est plutôt ma collègue, après j'ai pas l'impression qu'on en a beaucoup.

D'accord, et donc j'ai cru comprendre que vous étiez plutôt favorable au RÉPPOP ?

Oui bin plus que favorable (*rires*), en travaillant en maison de santé on sait quels sont les avantages à travailler ensemble.

Ce seraient quoi les avantages du coup ?

Les avantages c'est que on a une structure commune et les messages se renforcent et un message qui effectivement nous comme médecin on arrive pas tout à fait à porter ou arriver au bout, comme le collègue ou la collègue redit un peu les mêmes choses et essaye de creuser d'une autre façon, c'est juste bénéfique de travailler de cette façon ensemble et c'est aussi une vraie aide contre l'épuisement professionnel, parce que comme effectivement ce sont des choses qui quand même ça bouge pas du jour au lendemain ! C'est pas comme une grippe ou le covid hein (*rires*) oui il faut le voir sur le long terme comme effectivement une vraie maladie chronique et

du coup on peut se décourager un peu quand on voit qu'ils annulent le rdv une deuxième fois, une troisième fois, mais si on voit qu'effectivement il y a quand même un peu comme un filet de sauvetage par les collègues euh ça aide à, déjà aux familles d'échapper et ça nous aide aux professionnels de dire finalement toute notre énergie n'est pas pour rien.

Donc c'est un soutien pour vous, vous y voyez des contraintes à y participer ?

Euh c'est encore un peu idéal non ? (*rires*) Euh du coup je sais pas, euh les contraintes comme ça je les vois pas parce que on, je pense qu'on idéalise encore un peu on l'a pas encore essayé. Je vois que là une contrainte par exemple les enfants qui habitent en Isère peuvent rentrer dans le RéPPOP Isère, comme nous, je ne sais pas si vous voyez où est notre maison de santé mais c'est un peu à la frontière avec l'Isère et euh du coup moi ce que je voyais c'est que j'ai eu je pense deux enfants qui en étaient euh avec le médecin du RéPPOP qui est en Isère et qui fait le lien déjà, le médecin généraliste qui était dans le réseau, recréer un lien pendant qu'ils ont un lien plutôt de confiance avec le médecin traitant n'est pas tout à fait simple et les familles ne comprennent pas tout à fait pourquoi il faut que ce soit un autre médecin parce que je vais l'informer pourquoi effectivement, mais je pense aussi qu'on n'a pas tous les rodages autour de ça.

Donc vous voulez dire dans le sens où finalement, les parents ne comprennent pas pourquoi il y a besoin de deux médecins généralistes quoi ?

Oui oui c'est ça. Après nous quand madame *** (médecin chargée de mission RéPPOP) est venue il y a un de nos collègues qui disait : « ah oui ça m'intéresserait de creuser de renforcer un peu mes connaissances et tout ça » et là c'est plus facile je pense si c'est dans notre maison de santé, un médecin qu'on connaît bien parce que du coup on travaille déjà, par exemple pour tout ce qui est gynéco, on travaille un peu comme ça euh il y a peu de médecins sur les 6 qui posent des stérilets donc du coup on peut dire c'est ma collègue d'en face, c'est un lien de confiance qui perdure parce qu'on est dans la même maison.

Parce que vous n'allez pas tous adhérer au RéPPOP c'est ça ?

Euh non là il n'y a personne vu qu'il n'y en a pas.

Oui mais pour le RéPPOP à venir ?

Oui oui justement le Dr *** est en train de... du coup on reste quand même bien en lien avec parce que comme elle est venue et qu'on l'a revue à plusieurs reprises, il y a effectivement un réseau en Savoie qui va être dans les tuyaux peut être l'année prochaine

Donc vous vous seriez à priori plutôt partante pour tenter l'expérience ?

Oui oui oui c'est ça.

D'accord, est-ce que vous avez identifié d'autres besoins pour votre prise en charge ?

Oui le besoin peut-être sur, il y a d'un côté les spécialistes mais aussi quand il y a effectivement un truc très précis qu'on pourrait avoir par exemple un conseil sur un truc très précis rapidement euh, d'un collègue spécialiste ou de, parfois on n'a pas besoin d'une consultation mais quand on a un doute sur par exemple le diagnostic ou sur une maladie génétique ou des choses comme ça mais quand tout ça c'est exclu, mais on a une question très précise, un genre d'appui conseil.

D'avoir des avis plus accessibles ?

Oui.

Vous avez un exemple en tête d'une question ou d'un problème ?

Peut-être rien que sur mes bio, quand je fais une bio et que il n'y a rien de particulier, est-ce que il y a quand même un suivi à faire ? Dans quelle fréquence ? Est-ce que oui, non ?

Au niveau biologique du coup ?

Oui par exemple, après je sais pas sur les conseils, les prises en charges...

Et est-ce que vous voyez des limites à votre prise en charge d'ordre sociales, économiques ou autre ?

Oui la prise en charge sociale tout ce qui les familles qui ont de grosses difficultés sociales ça reste toujours dans quoi que ce soit une difficulté, d'un côté on veut avancer les choses, on veut essayer de les faire sortir d'un cercle infernal et plutôt de les faire rentrer dans un cercle vertueux. Après euh je pense qu'on a aussi, on doit être humble comme médecin de dire effectivement il y a tellement de freins on va essayer aussi par une hospitalisation mais parfois on n'y arrive pas c'est, on a au moins tenté, on perd pas espoir en fin de compte (*rire*).

Quand vous dites que vous n'y arrivez pas c'est à hospitaliser l'enfant ? Ou malgré l'hospitalisation il n'y a pas de résultats ?

Euh oui oui et ça c'était quand même dans les soirées de formation la première soirée, la pédiatre qui travaille en hospitalisation à Grenoble qui a travaillé beaucoup avec des exemples et effectivement elle montré aussi beaucoup d'exemple d'échecs et c'est plutôt un message pour dire : « oui on fait mais parfois on n'y arrive pas, mais en même temps comme on a fait des

choses ce sera pas pareil que quand on aura rien fait ». C'est plutôt, et je pense qu'effectivement on continu à se former c'est important.

Oui donc c'est rassurant quelque part de voir que pour vous l'échec est possible voire normal quoi ?

Oui (*rires*).

Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

Euh je sais pas, comme ça tout de suite non. Après nous on avait travaillé déjà un peu en maison de santé sur la prévention en obésité en travail d'équipe de groupe. Une année on l'avait fait avec un petit groupe d'enfant ils étaient 4 ou 5 sur des ateliers d'éducation thérapeutique, c'était super intéressant seulement on avait très peu d'enfants, des enfants qui accrochaient pas trop, après on avait plutôt vers, en prévention primaire en centre de loisir qui était tout une autre dynamique parce que du coup c'est des enfants tout venant et même des enfants, CM1, CM2 et des 6ièmes et il y a aussi des enfants qui partent aussi un peu dans l'autre sens et qui commencent à faire de la privation et tout ça, et je pense que effectivement ça, c'est des choses qui peuvent apporter aussi à des âges un peu plus larges et c'est à développer, après c'est pas simple en tant que médecin, même les autres professionnels de partir de notre pratique individuelle vers une pratique plus collective. Et au niveau financement et tout ça faut quand même toujours monter un projet, c'est pas simple, ça demande du temps, de l'énergie, mais c'est super intéressant quand même et ça nous apprend aussi à mieux nous connaître entre professionnels.

Et ça avec les infirmières Asalée c'est peut-être plus, enfin je ne sais pas si vous travaillez avec elles du coup mais c'est peut-être plus facile, elles ont peut-être plus l'habitude ?

Oui mais elles travaillent aussi beaucoup dans l'individuel. Mais chez nous elle a travaillé aussi justement sur ces ateliers, elle fait les appuis des outils mais jusque-là on a quand même aussi des freins de gens de s'inscrire dans des choses un peu plus collectifs.

Les gens ne participent pas ?

Oui il y a un peu l'intérêt, il y a le temps, il y a peut-être aussi le regard des autres, on a fait, le regard, comme on est dans des petits villages en campagne euh si on se met ensemble avec les gens qui ont l'obésité on se regarde aussi, on se croise aussi à la porte de l'école, du coup c'est aussi cet anonymat qu'on a moins que dans les grandes villes.

D'accord, et quand vous dites « manque de temps » c'est par rapport aux parents, qu'ils n'ont pas le temps de s'investir ?

Ouais, ouais.

C'est très difficile de les faire revenir spécifiquement pour ça, on les attrape quand ils viennent pour autre chose en fait.

Entretien 13 (téléphonique)

Pour vous qu'est-ce que le surpoids ou l'obésité pédiatrique ?

Euh et bien c'est, pour moi ça va être un dépassement des courbes normales pour l'âge, donc un IMC trop élevé par rapport à la norme selon l'âge des enfants.

D'accord. Et vous pensez jouer quel rôle dans la prise en charge ?

Je pense que comme on les suit souvent depuis bébé on peut les voir régulièrement et puis se rendre compte au fur et à mesure des années euh qu'il peut y avoir et un surpoids même avant une obésité donc on a sûrement un rôle de prévention déjà, aussi sur euh le type d'alimentation et puis l'activité physique voilà, avant peut-être d'être vraiment dans l'obésité.

D'accord. Donc une fois que le diagnostic est posé, comment vous évoquez le sujet, comment vous faites l'annonce ?

Ouais (*rires*), euh c'est pas toujours facile parce que on sent parfois les parents qui sont un peu susceptibles sur le sujet ou pas très à l'aise, mais euh, ou l'enfant aussi d'ailleurs, mais je pense que c'est important selon l'âge aussi ça dépend mais voir ce que l'enfant lui ressent et puis effectivement voilà de dire que c'est comme un contrat que c'est pour les aider, c'est pour euh ensemble essayer de trouver une solution et pas pour euh trouver un coupable ou leur jeter la faute.

D'accord donc c'est quand même délicat pour vous ?

Oui oui, c'est vrai que c'est quand même délicat, alors après des fois ça vient de l'enfant lui-même quand il va avoir 11-12 ans, où les parents me disent bah voilà il est un peu mal dans sa peau c'est vrai et tout ça. Donc dans ces cas-là, quand c'est amené par l'enfant ou le jeune ado ça peut être plus facile mais quand c'est un enfant de 6-7 ans où ils viennent pas du tout pour ça ou pour l'examen de suivi classique et que nous on a envie d'en parler c'est parfois pas toujours évident.

Pas toujours bien reçu du coup par les parents ou... ?

Oui ou alors souvent je trouve que les parents ils (*rires*) me disent : « non non mais on mange équilibré, il n'y a pas de grignotage, il n'a pas de bonbons,... » (*rires*) bon bah alors dans ces cas-là qu'est-ce que... enfin voilà je sais pas c'est euh voilà, mais parfois il n'y a pas d'accroche en fait ou alors ils vont voilà ils vont tout bien faire et du coup moi aussi je suis un peu démunie dans ces cas-là quand j'ai ce genre de réponse.

D'accord et quels types de conseils vous leur donnez ?

Euh j'essaie de revoir avec euh voilà sur les 3 principaux repas, voir comment ça se passe l'alimentation à la maison, reparler des grignotages effectivement, des boissons sodées, enfin les laisser parler aussi pour voir eux ce qu'ils pensent être un grignotage ou pas en fait et euh ouais c'est de revoir ensemble tranquillement, sans jugement, ce qu'on peut améliorer et puis pas aussi sur l'activité physique, parce que quand même on se rend compte que c'est parfois des enfants qui bougent pas beaucoup, donc ça c'est un conseil qui est plutôt bien reçu généralement, mais euh voilà parfois j'ai l'impression de manquer d'éléments concrets on va dire (*rires*), c'est pour ça que faire partie du réseau m'intéresserait.

D'accord, vous manquez d'éléments concrets par rapport à ce que vous disent les parents ou par rapport aux ressources que vous avez ?

Mmh par rapport aux ressources que j'ai je pense. Une fois que j'ai un peu demandé voilà comment ça se passait l'alimentation à la maison, comment ils cuisinaient, comment était le grignotage et tout ça, bah je sais pas bien comment aider plus précisément.

D'accord, donc justement ça fait partie un peu de vos difficultés ?

Oui voilà c'est ça, d'avoir remarqué quelque chose, d'en avoir parlé mais de se dire bon euh est-ce que concrètement je peux les aider ? Enfin alors revoir parfois l'enfant, aussi les parents après euh enfin commencer à instaurer un peu un suivi mais se sentir quand même un peu seule dans ce suivi et puis je suis pas, j'ai pas des notions de diététiques non plus parfois assez précises. C'est vrai que l'appui d'une diététicienne voilà qui aurait aussi plus le temps que moi de bien reprendre l'alimentation, ou enfin, oui je me sens un peu limitée.

Et est-ce que vous avez d'autres difficultés au cours de la prise en charge ?

Parfois ce qui est pas évident c'est que les parents sont parfois eux-mêmes un peu en surpoids (*rires*) mais c'est bien aussi enfin voilà on en parle pour toute la famille mais du coup il y a, ouais parfois, quand ça vient pas des parents eux-mêmes qui en parlent de ce problème et que c'est nous qui le faisons je peux avoir enfin, j'ai parfois l'impression qu'il peuvent un peu se vexer en fait voilà tout de suite répondre : « mais euh non non on mange équilibré » enfin bon et voilà ça c'est une difficulté dans l'approche à réussir à faire comprendre sans avoir l'impression qu'ils soient jugés.

Oui sans entrer en conflit ?

Voilà complètement, ce n'est surtout pas ça qu'on veut quoi. Donc euh ouais, je suis parfois euh, ce serait plus facile de ne pas en parler mais ce serait bien dommage pour l'enfant.

Mais vous arrivez à en parler systématiquement du coup ?

Bah écoutez euh j'ai pas mal de suivi pédiatrique voilà donc euh, j'essaie en tout cas j'essaie. Parfois j'ai l'impression de ne pas être assez précise, de ne pas être assez concrète dans la façon pouvoir les aider, mais de soulever que là, de montrer la courbe euh de leur montrer que bah là l'IMC depuis la dernière fois qu'est-ce qui a pu se passer ? Enfin voilà d'en parler ensemble : « vous voyez là, qu'est-ce qu'il y a, qu'est-ce qu'il y a eu, qu'est-ce que vous en pensez ? » de marquer, de pointer du doigt le problème voilà, mais parfois ne pas, dans le suivi je pense parfois ne pas être assez euh enfin je sais pas si efficace c'est le bon terme mais euh pas assez ouai concrète pour les aider dans le suivi.

D'accord, et donc justement vous évoquiez un petit peu les diététiciennes, est-ce que vous avez recours à d'autres aides dans votre prise en charges que ce soient professionnelles, ou des outils techniques ou autre ?

Ouais alors outils techniques non franchement j'en ai pas, je connais pas, personnellement. La diététicienne beh oui ça m'est arrivé, après le problème peut être aussi le frein financier en fait. C'est compliqué pour les familles voilà, de pouvoir aller voir une diététicienne régulièrement qui n'est pas remboursée, euh le suivi par un psychologue aussi peut être intéressant euh mais c'est pareil les mêmes freins aussi euh donc ça m'arrive mais c'est ponctuel quoi malheureusement !

Et est-ce que vous connaissez la cotation spéciale pour ce type de consultation ?

Oui, je la connais, je ne l'ai jamais appliquée.

D'accord, pour quelles raisons ?

Bah parce que en fait j'en parle quand je vais les avoir en suivi comme ça pour les certificats, ou un suivi de vaccin ou un suivi même autre et puis là je me rends compte que voilà je regarde le poids sur une consultation qui n'a rien à voir et je me rends compte qu'il a changé de, au niveau de leur courbe etc mais euh comme c'était pas l'objectif principal de la consultation ouais je la cote pas. Pour l'instant ouais comme j'ai pas assez d'outils, je me sens pas parfois assez euh formée même pour les accompagner je ne les fais pas revenir pour parler que de l'obésité.

Mais vous leur proposez quand même de revenir ou vous ne leur proposez pas et vous mettez juste le doigt dessus ?

Si, je leur propose parfois euh un suivi qu'on puisse voilà quoi ouai, ça m'arrive de proposer un suivi euh après ça va plus être des surpoids parfois que vraiment de l'obésité, j'ai pas des petits obèses où vraiment j'aurais voulu qu'ils fassent partie du réseau tout ça j'ai l'impression de ne pas en avoir autant que ça et alors sur le surpoids ça va être un suivi mais un peu global, pas juste sur l'obésité quoi.

Vous avez l'impression que c'est plus accessible pour vous ?

Peut-être ouais.

Ça fait moins peur (*rire*).

Ouais ouais de reparler du voilà faudrait qu'on se revoit pour le suivi un peu... Ouais voilà en restant un peu générale effectivement mmh.

D'accord. Et au fil de vos consultations est-ce que vous avez observé des caractéristiques ou des difficultés particulières dans la relation que vous avez avec l'enfant en surpoids ou obèse ou avec ses parents ?

Euuuuuuuh (*soupir*) bin franchement ce qui revient souvent c'est que on pointe qu'effectivement il y a de l'obésité, du surpoids ou de l'obésité, on regarde les courbes, ils sont d'accord et après quand on commence à faire l'alimentation, y a jamais de problème en fait ! (*rires*) Parce que bin : « non il grignote pas, non y a pas de bonbons, non y a pas de sodas » et... bon ! Et ça je trouve que ça revient souvent et du coup je me dis bin qu'est-ce que, pourquoi voilà quoi. Alors après on peut parler du stress, de l'anxiété, des choses comme ça mais du coup c'est que des choses très subjectives et concrètement des fois la consultation est finie et je sais pas, j'arrive pas à comprendre pourquoi cet enfin est en surpoids en fait ! Je sais pas, je me dis : « tiens j'aimerais bien passer une journée avec eux à la maison » pour voir si il y a vraiment des erreurs alimentaires ou pas, enfin voilà quoi.

Ce qui fait que vous ne savez pas trop sur quoi jouer au final ?

Oui voilà c'est ça ouai. Et euh si parfois si il y en a qui vont me dire : « oui il grignote, il a besoin de manger, il mange trop » ou alors : « il en reprend, il mange trop vite », donc des conseils comme ça de ne pas se resservir, de faire des moins grosses assiettes, de prendre le temps de manger, ... Mais des fois y a pas d'accroche quoi, je trouve c'est pas...

Ok. Donc j'ai compris que vous étiez favorable au RéPPOP, vous allez vous-même en intégrer un ?

Oui oui on attend, bin ça devait se faire en juin mais je sais pas ce qui se passe. Mais on a rencontré Dr *** et pour voilà, parce qu'en fait je voulais faire rentrer un enfant de Savoie dans le réseau d'Isère, parce qu'en Savoie il y avait un centre mais il a fermé mais on m'avait dit : « bin pour l'instant il faut attendre que le réseau de Savoie ouvre » et donc je pense qu'ils avaient mon mail et ils m'ont contacté par mail en me demandant si on était intéressés pour faire partie de ce projet et donc oui complètement ouais et mes associés aussi, du coup on est 5 médecins et on serait intéressés tous les 5. Moi ça m'intéresse la formation qu'ils nous proposent, ça m'intéresse de justement, d'avoir un peu plus de concret, de leur dire de pouvoir être suivi par une diététicienne, par une psychologue, proposer quelque chose de construit. Enfin là c'est vraiment je pense à mon avis intéressant pour l'enfant et les familles de sentir qu'il y a toute une équipe qui est derrière eux quoi et avec eux.

Vous y verriez d'autres avantages ?

Bah oui être moins seule, voilà avoir un suivi un peu organisé pour l'enfant je pense et peut-être plus d'implication aussi de sa part, de la part des parents en voyant que le médecin est impliqué au sein d'une équipe. Donc voilà, avoir des outils, essayer, j'ai vraiment l'impression que toute seule moi en tant que médecin généraliste, je serai moins efficace donc je peux moins aider les familles que en équipe.

Et est-ce que, même si c'est peut-être encore flou pour vous, est-ce que vous avez envisagé des contraintes à faire partie du réseau ?

Des contraintes ? Je ne sais pas je me rends pas compte, si il y a souvent des réunions, peut-être avec les autres professionnels de santé euh je sais pas trop comment ça peut s'articuler (*rires*). Euh niveau temps de travail voilà si il y en a une de temps en temps ça va, si il y en a beaucoup oui ça peut être compliqué, voilà peut-être sur l'investissement en temps quoi en plus de la consultation concrète c'est peut-être ça voilà. Elle nous avait demandé aussi si on était d'accord de recevoir des enfants dont on n'est pas le médecin traitant euh, on avait répondu oui si c'est de temps en temps oui, si c'est 15 par mois euh (*rires*) non quoi. Donc c'est plus là-dessus quoi voilà le côté, c'est toujours compliqué, nous on est rémunéré à l'acte euh voilà c'est trop compliqué de, et par rapport à ça et par rapport à, les réunions si elles ont lieu à 16h en plein milieu de l'après-midi à *** euh c'est compliqué quand on est voilà quoi hein, c'est peut-être ça je sais pas.

Est-ce que vous avez identifié d'autres besoins ?

Non pas pour l'instant après, non moi les besoins ce serait vraiment de pouvoir être en collaboration déjà avec une diététicienne je pense que ce serait vraiment bien quoi. Donc si, il y a des diététiciennes avec qui je travaille souvent pour les adultes ou quoi mais voilà si je pouvais les adresser plus facilement parce qu'il y avait une prise en charge je pense que ce serait... mais d'autres besoins euh... voilà non je dirais rembourser les paramédicaux ! (*Rire*)

Rien d'autre à ajouter ?

Bah écoutez non je crois pas.

Entretien 14 (Téléphonique)

Pour vous qu'est-ce que le surpoids ou l'obésité pédiatrique ?

Ce qu'on va faire c'est que même sans anomalie très nette de l'IMC initial, on va d'abord regarder le rebond d'adiposité entre 2 et 6 ans puisque normalement il doit arriver à 6 ans et que si il arrive précocement c'est ça qui doit nous faire tiquer. Euh première chose, ensuite évidemment, le surpoids normalement c'est un IMC entre 25 et 30 et l'obésité commence au-dessus de 30 pour être après comme chez l'adulte au-dessus de 40 etc, on a rarement des trucs au-dessus de 40 chez l'enfant. Euh qu'est-ce que je dois donner de plus comme définition euh je vais m'arrêter là pour l'instant.

D'accord. Quel rôle vous pensez jouer dans la prise en charge ?

Alors, je prends en charge cela de la façon suivante, nous avons une infirmière Asalée au cabinet et elle est en charge de ce suivi-là. Donc nous on met les pieds dans le plat notamment sur les rebonds d'adiposité ou les IMC élevés à 10-12 ou 15 ans et on demande aux parents après avoir fait un petit mot à notre infirmière Asalée, de prendre rendez-vous avec la secrétaire et l'infirmière Asalée pourra avoir une prise en charge là-dessus. Et donc là je sais pas elle devait avoir avant le COVID euh pas bien plus, de moi hein, un ou deux petiots en suivi, ça représente pas du tous les cas de surpoids de l'enfant, mais en tout cas c'est les cas de surpoids de l'enfant qui ont bien voulu être suivis là-dessus.

D'accord, et une fois que le diagnostic est posé, comment vous évoquez le sujet, comment vous faites l'annonce ?

Alors et bin clairement on prend la courbe de croissance et donc d'IMC et on montre la remontée, le rebond d'adiposité précoce, on explique ce que c'est, et on explique que la courbe sur un rebond d'adiposité et bin elle va continuer dans le même temps, dans la même lignée je veux dire, ce qui fait qu'on va dépasser le cap du surpoids des fois dans 1 an, ou qu'on y est, ou voilà et que si on fait pas gaffe et bin on va rester là puisque les études nous montrent que c'est un fort risque d'obésité à l'âge adulte que d'être en rebond d'adiposité précoce, et on leur explique que c'est statistique soit, mais que statistiquement on a un gros risque, qu'il soit en surpoids ou obèse à l'âge adulte, avec tout ce qui va comme souci de santé, diabète et autres choses comme ça. Donc ça les fait réfléchir, l'infirmière Asalée derrière elle remet les pieds dans le plat en resuivant un petit peu ces choses-là, et on les motive au suivi de cette façon-là. Normalement au bout de, je me souviens plus si on avait dit 2 ou 3 mois, 2 mois je crois, l'infirmière Asalée nous les ré-envoie pour que on réévalue avec le petiot et c'est souvent la

maman hein faut pas se leurrer, euh où est-ce qu'on en est, qu'est-ce qui a été fait, qu'on le repèse parce que des fois l'infirmière Asalée prend le partie de ne pas les peser, pour d'une part, voir si on a pas trop pris de poids (*rires*) parce que évidemment au bout de 2 mois on va pas avoir des résultats hyper nets tout de suite mais voir les modifications alimentaires qui ont été faites pour histoire de faire un suivi à deux qui montre aux parents en général et même à l'enfant qu'on prend les choses à cœur et qu'on fait pas ça juste une fois pour histoire d'avoir fait le boulot et puis les avoir laissés se débrouiller tout seuls après.

D'accord donc vous essayez de les accompagner ?

Voilà on essaye de les accompagner, après, après ces 2 mois je crois qu'on s'était mis d'accord sur 6 mois, après comme c'est l'infirmière Asalée qui me les renvoie j'avoue que j'ai pas en tête les délais qu'on avait dit hein je crois que c'est 6 mois et puis 1 an. C'est 2 mois, 6 mois, 1 an et puis elle les suit dans les intervalles en fonction des difficultés, des besoins, systématiquement tous les 15 jours je crois les premiers 2 mois et puis après elle estompe, peut-être une fois par mois, tous les 3 mois mais voyez là comme quoi avec le COVID tout est tombé à l'eau.

Oui oui... et donc avant de les envoyer chez l'infirmière ou quand vous les revoyez, quels types de conseils est-ce que vous leur donnez ?

Les types de conseils, euh un peu la même chose que va leur dire la, l'infirmière Asalée tout en étant beaucoup plus orientée là-dessus, c'est-à-dire que évidemment il faut essayer d'avoir une alimentation diversifiée, riche en fibre, en fruits euh en légumes, en crudités euh voilà et pas que des pâtes ou du riz. Euh le dernier en date auquel je pense là euh la maman est stressée parce qu'il mange pas : « - il mange pas ? mais il est en surpoids ! - oui mais il mange pas, il mange pas ses légumes ! - ah oui d'accord mais après qu'est-ce qu'il mange ? - bin après comme il mange pas... - bin il mange pas mais il mange en fait ? - bin oui parce que je lui fais du riz ou des pâtes et après c'est sûr il mange deux fois ce que je mange moi ! - ah oui d'accord en fait il tri ? - oui on pourrait dire comme ça. » donc bah voilà on remet comment dire, les yeux en face des trous en montrant que non seulement il mange trop mais il tri et donc que c'est pas du tout comme ça qu'on peut entre guillemets sur le plan euh voilà, donc oui ça fait un petit peu moralisateur, oui machin mais on essaye de voilà et puis après on insiste sur l'activité physique, alors pas forcément sur le sport parce que des fois quand ils sont trop petits quand ils ont 2-3 ans ou voilà, mais on va insister sur le fait d'aller à l'école à pied, d'avoir un vélo qui marche et de pouvoir faire un peu de vélo (c'est pas en ce moment non plus !) euh de, de plutôt que d'aller à la musique pour ceux qui ont 10 ans en voiture, et bien on rejoint le petit copain

qui habite à 500 mètres de l'école de musique et puis on l'arrête chez lui et puis ils y vont à pied parce que 500 mètres à pied tout le monde peut le faire, et puis un petit effort physique pèse rien du tout mais qui, fait toutes les semaines et ou tous les 2 jours ou bon bref, ça peut tout changer etc etc. Ce genre d'exercice quotidien qui peut être tout bête à mettre en place.

Ok est-ce que vous avez d'autres conseils qui vous viennent en tête ?

Pfffffffff... Manger à table, euh... Manger généralement ensemble, généralement pas devant la télé, euh... Parfois quand c'est des problèmes de portions, ils disent de réduire la taille de l'assiette, je crois que c'est plutôt chez l'adulte que chez l'enfant, euh... Que vous dire d'autre ? Ne pas se resservir, bon après ça c'est vraiment l'infirmière qui gère plus que moi tous ces conseils-là mais voilà.

Et au cours de votre prise en charge quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?

Est-ce que les gens vont venir au rendez-vous ? C'est peut-être tout simplement ça. Arriver à ne pas trop culpabiliser les gens parce que si ils ont l'impression qu'on leur fait des reproches bah ils ne signeront pas euh donc voilà, mais ça pour le coup l'infirmière Asalée elle est bonne, pour ça elle est vachement peu moralisatrice et elle les booste bien euh, qu'est-ce que je pourrais rencontrer comme souci ? Bin dès que j'ai un souci en fait je dis que c'est la faute de l'infirmière Asalée, je me repose sur l'infirmière Asalée euh bin euh si le seul souci c'est que des fois ça marche pas du tout !

Oui donc c'est des fois, souvent ?

Non non, il y a juste un restaurateur du coin qui vient de m'amener une magnifique tarte au beaufort juste devant moi et je suis désolé de la regarder mais vous en aurez pas, au téléphone ça passera pas.

Ok on va continuer, donc vous avez recours à l'infirmière Asalée au cours de votre prise en charge, ça à l'air de bien vous aider, est-ce que vous avez recours à d'autres aides, que ce soient professionnelles ou techniques ou autres ?

Bin c'est arrivé qu'on euh bah après quand c'est des troubles du comportement alimentaire là *** ça leur a pas beaucoup plu là les deux petiotes qu'ont fait de l'anorexie-boulimie euh elles sont allées carrément au CHU à Grenoble et elles ont trouvé ça beaucoup plus adapté que l'hospit que la grande avait fait à *** qui s'était mal passée. À Grenoble ça s'était bien mieux passé, euh c'est arrivé sûrement une paire de fois qu'on ait recours à Mme *** euh qui est endocrino au *** euh parce que voilà comme elle gère aussi les post chir des gastroplasties etc

du *** euh elle a de la bouteille un peu là-dessus et à priori elle est de bon conseil, elle est super gentille, elle est agréable pour les patients, elle est pas moralisatrice, bref voilà. Qu'est-ce que je peux avoir d'autre comme recours ? Le RéPPOP c'était du temps où on n'avait personne qui soit formé là-dessus avec l'infirmière Asalée, on avait un ou deux patients qui étaient suivis au RéPPOP mais ...

Malgré le fait que vous soyez à * ?**

Ouais ouais le RéPPOP 38 prenait des patients de chez nous oui.

Est-ce que vous connaissez la cotation spéciale pour ce type de prise en charge ?

Pas du tout !

Et est-ce que au fil de vos consultations vous avez observé des caractéristiques ou des difficultés particulières dans la relation que vous avez avec l'enfant ou son entourage ?

Euuuuh... des difficultés particulières dans la relation, alors le dernier il est tout petit là donc ça pose pas de problème avec lui euh pour les plus grands auxquels je pense dont deux avaient fait le RéPPOP, ah mais y'en a une qui avait été en service aussi je suis bête ! à la clinique au *** je sais pas si ça vous parle ?

La clinique du parc ? c'est la clinique qui a fermé ?

Ah, elle a fermé ?

La clinique du parc ?

Ça devait être ça oui ?

Elle a fermé

Ah d'accord ok, bon qu'est-ce que je disais ? Ah oui, avec les ados. Alors avec les ados pourquoi ? Parce que chaque fois qu'on leur parle de leur poids ils se disent : « aller encore un qui me saoule avec ça ! » euh... et : « oui et je sais pas, et non j'y arrive pas ». Ils utilisent la bouffe comme d'autres utilisent les anxiolytiques et voilà ! Quand on est comblé par la nourriture, qu'on est plein par la nourriture, on a une sensation de satiété et bin quand vous avez faim et que vous mangez vous êtes mieux ! Et bien... c'est ce qu'on cherche quand on mange c'est être mieux et quand je vois la tarte au beaufort devant moi et bin je me dis que je vais être mieux dans quelques minutes ! Et forcément et bin... ce sentiment là ils le recherchent encore. Et en reparler avec eux c'est souvent mettre le doigt sur une souffrance et ils sont capables de

tellement peu avoir envie d'en parler que vaut mieux éluder le problème des fois pour qu'ils gardent un bon contact avec nous et qu'ils soient pas saoulés de venir nous voir. En tout cas c'est le sentiment qu'on peut en éprouver.

D'accord. Et vous parliez du RéPPOP, comment vous vous positionnez sur son utilité ?

(Inspiration.) Bah... voyez pour le jeune qui je pense maintenant doit avoir 20 piges *(inspiration)*. Pfffhhh ! Il en a fait pourtant des trucs de RéPPOP sur *** mais euh... pfffhhh je peux pas vous dire que ça l'a sorti de quoi que ce soit ! Euh... Après sa mère s'est fait faire une gastroplastie aussi donc elle a de gros problèmes avec l'alimentation aussi. Euh... Son grand-père aurait dû et sa grand-mère aurait dû l'avoir aussi mais son grand-père a un foie trop fragile pour qu'ils veuillent l'opérer donc il y a en plus une composante familiale importante. En plus ils sont anxieux, non oui donc le RéPPOP ouais j'ai pas assez de recul à part, pfffhhh y a pas eu que lui hein dans mes patients mais, euh je peux pas vous dire que ça a été d'une efficacité phénoménale, mais est-ce qu'on est tous d'une efficacité vous comme moi aujourd'hui euh je ne sais pas.

Oui... parce qu'en fait il est question d'un RéPPOP 73, vous y verriez des avantages quand même ?

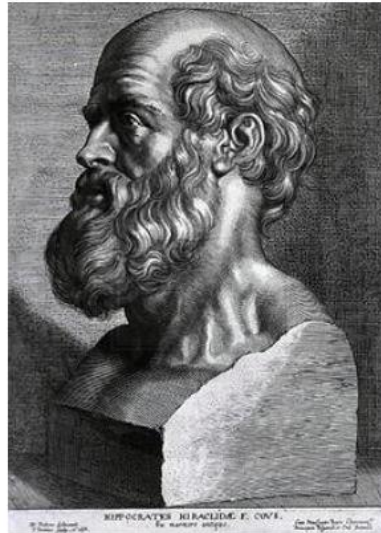
Alors, si le RéPPOP 73 s'appuie sur les infirmières Asalée du territoire, là ça me semble tout à fait adapté, si c'est pour mettre une instance administrative de plus par-dessus ça, j'avoue que je vois pas trop l'intérêt. Comme c'est dans les prérogatives très claires des infirmières Asalée, que un RéPPOP s'appuie sur elles, leur refont des formations si elles les trouvent pas bien formées ou euh, ce qui est pas le cas pour la nôtre hein, ou revoir je sais pas, prendre des nouvelles des patients, je vois pas de souci hein, mais j'avoue que si ça s'appuie pas sur ce qui est en place localement, j'avoue que ça me semblerait un peu étrange...

D'accord, et avez-vous identifié d'autres besoins pour votre prise en charge ou d'autres limites d'ordre plus globale ?

Une question bien générale... Euh... La limite globale de notre point de vue, sauf pas du tout en ce moment, c'est la limite de temps, parce qu'on va pas s'occuper de nos patients diabétiques de 80 piges qui sont à domicile et aussi s'occuper de ça et comme en plus on n'utilise même pas les cotations qui nous sont données, euh... Autant dire qu'on est des gros benêts donc voilà. Première limite c'était le temps. Après c'est quand même beaucoup moins vrai pour les infirmières Asalée qui ont quand même beaucoup plus de temps puisqu'ils le prennent en fait !

Euh... Voilà, qu'est-ce que j'aillais dire d'autre ? Euh d'ordre général ? Pfffhhh... Non je ne vois rien d'autre d'ordre général.

Annexe 7 : Serment d'Hippocrate



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

