



HAL
open science

Le surpoids infantile : vécu des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge : une enquête qualitative par entretiens collectifs

Juliette Disy

► **To cite this version:**

Juliette Disy. Le surpoids infantile : vécu des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge : une enquête qualitative par entretiens collectifs. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03697679

HAL Id: dumas-03697679

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03697679v1>

Submitted on 17 Jun 2022

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2022

N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Juliette DISY

Présentée et soutenue publiquement le 17/05/2022

Le surpoids infantile : vécu des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge

Une enquête qualitative par entretiens collectifs

Présidente : Madame la Professeure Christèle Gras Le Guen

Directeur de thèse : Madame la Docteure Véronique Ouisse

REMERCIEMENTS

Au Professeure Christèle Gras Le Guen, qui me fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse, soyez assuré de ma gratitude et de mon respect. Vous nous aviez également permis quelques années auparavant avec un groupe d'amis de partir deux mois en Guyane Française pour notre dernier stage de 2^e cycle, qui reste un souvenir très marquant de mes études de médecine.

Aux docteurs Charlotte Grimault et Cyrille Vartanian, soyez remerciés d'accepter de faire partie de ce jury de thèse.

A ma directrice de thèse, Madame la Docteure Véronique Ouisse. Un immense merci d'avoir accepté de m'accompagner pour l'élaboration de cette thèse, et de m'avoir autant apporté dans ma formation de jeune médecin et mes débuts de remplacements.

Aux Docteurs Frank Grimaud et Daniel Prin, merci d'avoir accepté de faire partie du jury de thèse et de m'avoir beaucoup aidé dans ce long travail. Je vous dois énormément autant dans la transmission de savoir médical, que dans le savoir humain si indispensable aux consultations de médecine générale. Cela me suivra toute ma vie professionnelle. Merci également au Docteur Véronique Dumont-Beaudonnet, mon autre maître de stage, qui m'a également aidé à me redonner foi en la médecine et en moi-même.

A tous les professionnels de santé et patients rencontrés au cours de ces longues études, qui font la médecin que je suis aujourd'hui.

A mes parents, à mon frère, et à ma famille, vous qui m'entourerez toujours, merci d'exister, tout simplement.

A mes amis d'enfance, merci d'apporter ce subtil mélange de soutien et de fantaisie si important dans une vie. A tous les moments partagés et ceux à venir.

A mes colocataires, merci d'avoir été si géniales, d'avoir transformé la colocation en une aventure si particulière, ces souvenirs resteront à jamais dans mon cœur.

Aux amis rencontrés durant ces études, qui m'ont tous apporté quelque chose, et à la ville de Nantes, qui a permis la découverte de cette vie d'étudiant tellement riche en expériences.

A Sébastien, mon amoureux, avec qui je partage chaque jour un peu plus, merci d'être mon soutien et ma joie de tous les jours, et ce pour beaucoup de jours à venir encore.

Et merci à Jack, pour ta présence attentionnée durant ces longues heures de rédaction de thèse ...

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

- 1.1 Définition
- 1.2 Epidémiologie
- 1.3 Un problème de santé publique
- 1.4 Le dépistage du surpoids infantile
- 1.5 La prise en charge du surpoids infantile
 - 1.5.1 Les moyens thérapeutiques
 - 1.5.2 Les niveaux de prise en charge
- 1.6 Hypothèse et objectifs

2. MATERIEL ET METHODE

- 2.1 Choix de l'étude qualitative par entretien de groupes
- 2.2 Elaboration du guide d'entretien
- 2.3 Mode de recrutement et déroulement des séances
- 2.4 L'analyse des données

3. RESULTATS

- 3.1 La place du médecin généraliste dans la problématique du surpoids infantile
 - 3.1.1 Un rôle privilégié de dépistage
 - 3.1.2 Un rôle de prévention
 - 3.1.3 Un rôle de lanceur d'alerte
 - 3.1.4 C'est le médecin généraliste qui voit le plus souvent les enfants
 - 3.1.5 Une légitimité
- 3.2 Le dépistage ne pose pas de difficulté aux médecins généralistes
 - 3.2.1 Poids taille IMC courbes, la formule automatique pour le dépistage
 - 3.2.2 Les courbes réalisées de façon systématique
 - 3.2.3 Rebond d'adiposité
 - 3.2.4 L'aspect physique
 - 3.2.5 Le périmètre abdominal peu utilisé
 - 3.2.6 Vigilance accrue selon les antécédents familiaux
 - 3.2.7 La question des consultations systématiques
 - 3.2.8 Les courbes staturo-pondérales, un outil visuel et pratique
- 3.3 L'annonce
 - 3.3.1 Une appréhension à aborder le problème
 - 3.3.2 Une attention sur le choix des mots
 - 3.3.3 Des moyens détournés d'aborder la question
- 3.4 Evaluation initiale
 - 3.4.1 Une exploration des représentations
 - 3.4.2 La courbe utilisée comme aide à la prise de conscience
 - 3.4.3 Evaluation de la motivation
 - 3.4.4 Le vécu psychologique comme moyen d'accroche
 - 3.4.5 Explorations complémentaires, complications somatiques

3.5 Moyens thérapeutiques

- 3.5.1 La recherche d'adhésion
- 3.5.2 Le rythme de suivi
- 3.5.3 Objectifs de suivi
- 3.5.4 L'implication familiale
- 3.5.5 Nutrition
- 3.5.6 Conditions de prise des repas, environnement familial
- 3.5.7 Promouvoir l'activité physique et lutter contre la sédentarité
- 3.5.8 L'aspect psychologique
- 3.5.9 Un changement comportemental, l'apport de l'éducation thérapeutique

3.6 Parcours de soins

- 3.6.1 Pédiatres et réseaux hospitaliers
- 3.6.2 Nutritionnistes
- 3.6.3 Infirmières en pratique avancée
- 3.6.4 Psychologue et orthophonistes
- 3.6.5 Réseaux et associations pluridisciplinaires

3.7 Les représentations des médecins

- 3.7.1 Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge
- 3.7.2 Une temporalité de prévention
- 3.7.3 Les facteurs familial, social, culturel et économique
- 3.7.4 Adhésion à la prise en charge des patients
- 3.7.5 Les représentations sur l'alimentation
- 3.7.6 La croissance et la stabilisation du poids
- 3.7.7 Des consultations chronophages
- 3.7.8 Une prise en charge difficile

3.8 Attentes et idées des médecins généralistes pour améliorer la prise en charge du surpoids infantile

- 3.8.1 Mise en place de visites médicales préventives systématiques
- 3.8.2 Une revalorisation des consultations dédiées, une modification du système de rémunération
- 3.8.3 Des consultations para médicales remboursées par la sécurité sociale
- 3.8.4 Parcours de soins et réseaux
- 3.8.5 L'apport des IDE en pratique avancée
- 3.8.6 Une aide à l'accès à l'activité physique
- 3.8.7 Le temps scolaire
- 3.8.8 Actions gouvernementales
- 3.8.9 Autres supports d'aide

4. DISCUSSION

4.1 Discussion de la méthode

- 4.1.1 Avantages
- 4.1.2 Biais et limites

4.2 Discussion des résultats

- 4.2.1 La place du médecin généraliste
- 4.2.2 Le dépistage
- 4.2.3 L'annonce
- 4.2.4 L'évaluation initiale
- 4.2.5 La prise en charge

4.2.6 Le parcours de soin

4.2.7 Le besoin de formations et d'outils pratiques

4.2.8 Politiques gouvernementales et actions publiques

4.2.9 L'importance de la prévention

5. CONCLUSION

6. BIBLIOGRAPHIE

7. ANNEXES

RESUME

SERMENT D'HIPPOCRATE

LISTE DES ABBREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

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

PNNS : Plan National Nutrition Santé

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

INCA : étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail

HAS : Haute Autorité de Santé

INESSS : Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux

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

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

HDJ : Hospitalisation De Jour

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

FG : Focus Groupe

FMC : Formation Médicale Continue

CMP : Centre médico-psychologique

CSO : Consultation Suivi de l'Obésité

ROSP : Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique

MC44 : Maladies Chroniques 44

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

1. INTRODUCTION

1.1 Définition

Le surpoids est défini selon l'OMS comme "*une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé*" (1). Cette accumulation est le fruit d'un déséquilibre prolongé dans la balance énergétique entre les apports et les dépenses.

Chez l'enfant on définit le surpoids lorsque la corpulence ou IMC se situe au-dessus du 97^e percentile de la courbe de corpulence de référence.

Ces courbes de corpulence de référence figurent sur le carnet de santé français depuis 1995 et s'interprètent en fonction de l'âge et du sexe (2). Elles ont été réactualisées en 2010 et intègrent sur un même graphique les courbes de référence française et celles de l'IOTF *International Obesity Task Force*. Le concept de ces courbes est différent : en France elles sont construites selon une distribution statistique de l'IMC dans la population ; celles de l'IOTF s'appuient sur des données de morbi-mortalité des enfants restant en surpoids à l'âge adulte. Elles se recoupent tout de même.

Chez l'adulte les seuils du surpoids ont été choisis sur la base de larges études de cohorte qui retrouvent un risque relatif de morbi-mortalité significatif si l'IMC est supérieur à 25kg/m², augmentant de façon exponentielle à partir de 30kg/m² (3) (4). Des études ont confirmé plus récemment ce risque chez les enfants (8).

1.2 : Epidémiologie

En France, après une augmentation de la prévalence du surpoids infantile, celle-ci s'est stabilisée à partir de l'étude de 2006 qui est comparable à celle de 2015, intitulée ESTEBAN. Nous sommes autour de 10.5 à 13,8% chez les enfants de 5-6ans et autour de 19.1 à 20.4% chez les 10-11ans (5).

Il ressort une inégalité de la répartition selon l'origine sociale notamment avec l'enquête de la DREES de 2017. Il est en effet retrouvé chez les élèves de CM2 une prévalence du surpoids de 12.7% chez les enfants de cadres et de 18.1% chez les familles d'ouvriers (6). Ce constat est confirmé par l'étude ESTEBAN 2015, où l'on retrouve des inégalités de corpulence flagrantes en fonction du niveau d'étude des parents (7).

1.3 : Mesures gouvernementales

Le surpoids pédiatrique est un problème de santé publique en France et dans de nombreux pays de part son importante prévalence. Sa prise en charge est complexe, il est impliqué dans de nombreuses maladies et impacte la qualité de vie de l'enfant. De plus, le coût n'est pas négligeable, il est estimé en 2006 à 1 à 2% des dépenses de santé selon un rapport de l'INSERM (9).

Depuis 2001, le gouvernement a mis en place un plan quinquennal qui est actuellement à son 4^e renouvellement, le Plan National Nutrition Santé ou PNNS 4. Ce plan a pour but d'agir prioritairement sur la santé de la population par le biais d'un déterminant majeur, la nutrition. D'autres actions en ont découlé telles que le Plan Obésité (PO) ciblant particulièrement cette maladie ou le Plan National pour l'Alimentation (PNA).

Le bilan de ces actions et de ses développements est contrasté, avec cependant une prise de conscience importante dans la population médicale et générale. Il a effectivement été constaté une stabilisation de la prévalence de cette pathologie au cours de ces dernières années (9) (10).

Les nouvelles actions du PNNS 4 et des autres plans visent désormais à agir plus précocement en axant sur la prévention et sur le surpoids infantile. Ils visent aussi à réduire les inégalités sociales, dont les causes et les conséquences sur cette pathologie sont intriquées. Également, l'objectif est d'améliorer le parcours de soins pour une prise en charge plus globale et développer la recherche sur cette maladie dont les causes et effets sont encore plutôt méconnus (11) (12).

1.4 : Le dépistage du surpoids infantile

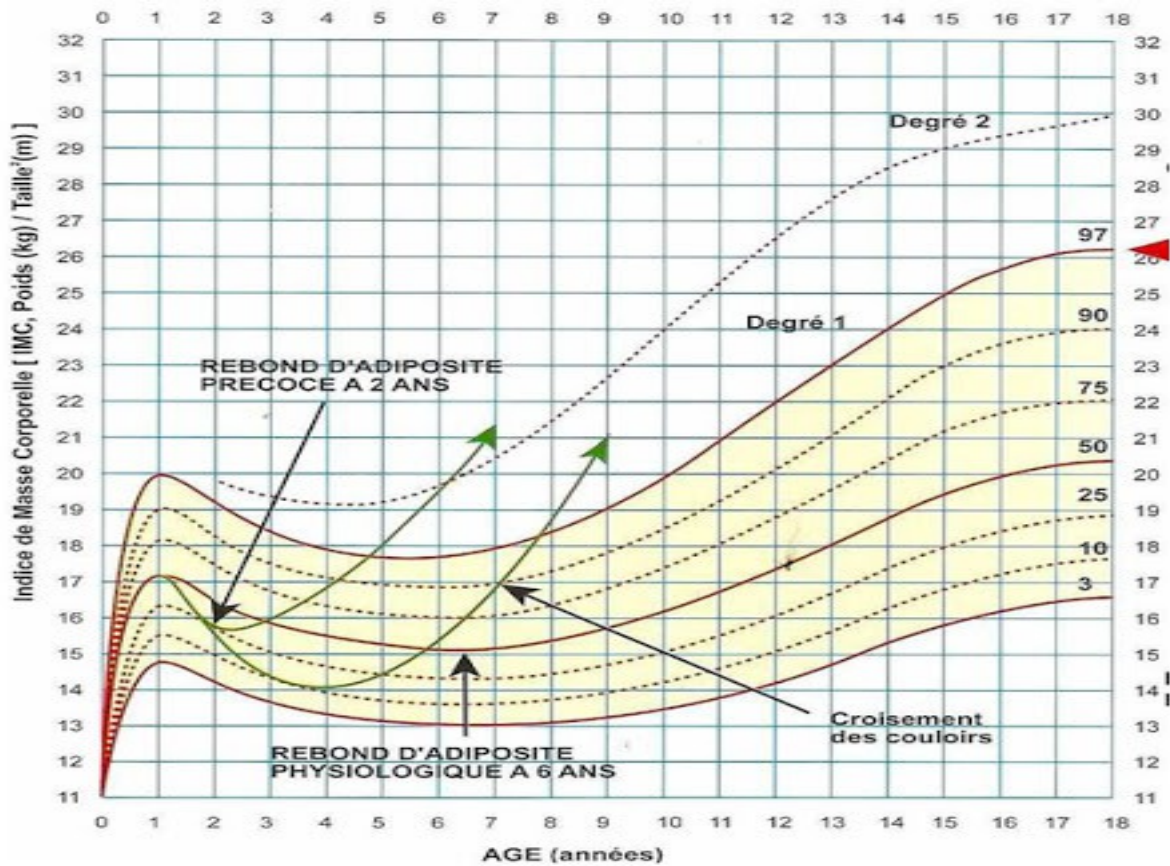
La HAS recommande de dépister le surpoids systématiquement chez tous les enfants quel que soit leur âge, leur corpulence, leur motif de consultation ; et ce au minimum 2 à 3 fois par an (2). Il convient donc de tracer les courbes de corpulence dès que l'on a un enfant devant soi en consultation, de façon systématique.

En effet, le repérage du surpoids s'interprète en fonction de la dynamique de la courbe de corpulence. Les signes d'alarme sont : une ascension continue de la courbe vers le haut, un changement de couloir rapide ou un rebond d'adiposité précoce (2). Si le relevé de la taille et du poids n'est pas régulier, l'interprétation de la dynamique de la courbe ne sera pas aisée ...

Le rebond d'adiposité précoce se définit comme une ré-ascension de la courbe d'IMC avant l'âge de 6 ans. En effet la corpulence physiologique d'un enfant augmente de 0 à 1 an, puis baisse jusqu'à 6 ans pour ré-augmenter jusqu'à la corpulence adulte.

Les études montrent que ces variations d'IMC sont les meilleurs critères prédictifs de développement d'un surpoids (33) et permettent de repérer la majorité des enfants à risque.

A noter qu'entre l'âge de 1 à 6 ans où la corpulence décroît, l'aspect physique peut alors être trompeur et il convient de ne pas s'y fier et de rester systématique dans le tracé des courbes (34) (35).



La prévention par le dépistage permet d'avoir une chance d'agir en amont avant que les signes physiques de surpoids et que leurs conséquences somatiques et psychosociales n'apparaissent.

Les politiques gouvernementales axent sur la prévention avant que cette pathologie ne s'installe et perdure à l'âge adulte. En effet la probabilité qu'un enfant obèse avant la puberté le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 % à 50 %. Un des principal risque encourut par l'enfant obèse est de devenir un adulte obèse. L'idée est d'agir avant la mise en place de mécanismes de régulation métabolique et de comportements alimentaires défavorables.

1.5 : La prise en charge du surpoids infantile

1.5.1 : Les moyens thérapeutiques

Les recommandations parlent de trois leviers d'action (2).

=> **La diététique** : Travailler sur un rééquilibrage alimentaire. En interrogeant sur les apports en qualité et en quantité ; sur le rythme des prises alimentaires ; ainsi que les perceptions reliées à l'aliment. Le PNNS a créé pour cela un guide alimentaire avec des repères nutritionnels ; et l'ANSES un guide pour les populations spécifiques dont les enfants (36). L'idée est de modifier les habitudes alimentaires de l'enfant et de sa famille, en proscrivant les régimes ou l'interdiction d'aliment.

=> **L'activité physique** : Jouer sur les dépenses d'énergie en augmentant l'activité physique et diminuer le comportement sédentaire dont le temps écran.

=> **L'accompagnement psychologique** : Dont l'objectif est de soutenir l'enfant et sa famille dans la prise en charge ; mais aussi de mettre en lumière des souffrances psychologiques qui peuvent être une cause ou une conséquence du surpoids. Comme l'écrit le psychiatre J.L Le Run, la vie relationnelle et affective n'est pas la plus simple à aborder mais la dimension psychique de l'obésité doit toujours être prise en compte (16).

=> Le recours aux médicaments ou à la chirurgie bariatrique n'est pas recommandée et reste exceptionnelle chez l'enfant.

1.5.2 : Les niveaux de prise en charge

La HAS recommande trois niveaux de prise en charge selon le degré de sévérité clinique, le contexte psychosocial ou l'échec des précédentes prises en charge. **Dans ces trois niveaux le médecin traitant est placé en coordinateur des soins.**

=> **Le premier niveau de recours** peut faire intervenir différentes spécialités comme diététicien, psychologue, professionnel en activité physique adaptée. Le recours à un réseau est possible.

Les réseaux sont un ensemble de professionnels au sein d'un territoire coordonnés dans les actions de prévention et de prise en charge. Pour le surpoids pédiatrique les réseaux nationaux sont appelés RÉPPOP (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique), mais ils ne sont pas implantés dans toutes les régions de France (39). Il existe par ailleurs de nombreux réseaux régionaux associatif comme MC44 surpoids de l'enfant en Loire Atlantique ; ou des protocoles de prise en charge pluridisciplinaire au sein de MSP ; ou encore des services d'HDJ d'évaluation pluridisciplinaire.

=> **Le deuxième niveau de recours** recommande d'emblée une évaluation et un suivi multidisciplinaire ; une éducation thérapeutique pour acquérir les compétences dans le changement et le maintien des habitudes favorables à la santé est conseillée.

=> **Le dernier niveau** fait appel à une équipe spécialisée et à des séjours courts ou prolongés en milieu hospitalier. Ceux-ci s'effectuent soient en SSR ou au CSO Centre Spécialisé Obésité

qui sont des centres de soins identifiés d'expertises réservés aux obésités sévères. Ces centres sont aussi chargés de coordonner les filières des trois niveaux sur le territoire.

Les plans gouvernementaux notamment la feuille de route 2019-2022 du Plan Obésité visent actuellement à rendre plus lisible et structuré ce parcours de soins, en décloisonnant et développant les initiatives locales (11) (12).

1.6 : Hypothèse et objectif :

Le surpoids infantile est bien un problème de santé publique et fait l'objet de plusieurs plans gouvernementaux et recommandations.

Le médecin généraliste est placé en première ligne pour la prévention et le dépistage et désigné comme le coordinateur pour la prise en charge et le suivi. Ce qui le place au centre d'une pathologie complexe qui exige de prendre en compte les dimensions familiale, socioéconomique, environnementale de l'enfant. Les compétences requises sont larges pour aborder les questions diététique, de l'activité physique, psychologique, sociologique. Ceci dans le cadre particulier d'un enfant entouré de sa famille.

Plusieurs études mettent en évidence des difficultés et un manque de satisfaction quant à cette prise en charge (32) (40). Les principales difficultés avancées sont un manque d'implication des parents, un manque de temps et un manque de formation.

Les recommandations sont là mais le problème se pose de les appliquer dans la pratique au quotidien (41).

Pour cette thèse nous nous intéressons au vécu des médecins généralistes de premier recours dans cette pathologie complexe. Le généraliste a un rôle déterminant dans le dépistage et le suivi du surpoids infantile.

Nous avons recueilli les ressentis, les difficultés et les attentes des praticiens en soins primaires au cours du dépistage et de la prise en charge du surpoids infantile. L'objectif est de découvrir comment les pratiques médicales peuvent être améliorées dans cette pathologie complexe.

2 : Matériels et méthodes

2.1 : Choix de l'étude qualitative par entretien de groupes

Pour cela nous avons choisi une méthode de recherche qualitative dites semi structurée. L'intérêt de **l'étude par entretiens collectifs ou focus groupe** est d'explorer les représentations, les ressentis, de faire ressortir les attentes et les besoins par le biais d'un partage d'expériences. Le débat suscité amène les intervenants à s'engager et à s'expliquer sur leurs idées (42) (43).

L'entretien collectif par effet d'entraînement facilite le travail de remémoration et réduit les inhibitions individuelles. En créant du débat autour d'une expérience commune il contribue par entraînement à la divulgation de pratiques et d'opinions (42).

2.2 : Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien est composé de questions ouvertes, avec une question d'introduction large pour mettre à l'aise les intervenants. La question de clôture est destinée à faire naître un temps de réflexion sur ce qui s'est dit durant le débat.

Le questionnaire est inspiré de la trame des recommandations de la HAS (2) pour aborder successivement les questions du dépistage, annonce, prise en charge et suivi du surpoids infantile.

Le guide d'entretien est disponible en annexe.

2.3 : Mode de recrutement et déroulement des séances

La constitution des focus groupe (FG) s'est fait de différentes façons pour arriver au total de 3 séances.

- Le 1^{er} focus groupe ou FG1 s'est constitué par l'intermédiaire d'un groupe de formation médicale continue (FMC) déjà existant qui a accepté de dédier une de ses réunions à cette thèse. Il a réuni 12 médecins généralistes, dont une médecin retraitée.
- Le FG2 a été réuni après envoi de mails d'invitation et appels téléphoniques d'invitation auprès d'une liste de contacts et sur un critère de proximité géographique. Sept médecins généralistes ont répondu présents. Les autres ont refusé par manque de ou n'ont tout simplement pas répondu.
- Le FG3 s'est réalisé au sein d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP). Il a réuni 8 médecins généralistes, dont deux médecins remplaçantes.

Les FG1 et FG2 se sont déroulés par visioconférence via l'application Zoom au vu de la situation sanitaire du moment (période de confinement pour le Covid19).

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone, sur mon ordinateur personnel et sur l'application Zoom. Le consentement oral et écrit de l'enregistrement a été recueilli auprès de tous les participants.

A chaque séance je me plaçais en tant qu'observateur afin de veiller aux soucis techniques, noter les événements non verbaux et présenter le cadre de la séance.

Les séances ont été animées par trois modérateurs différents à chaque fois, ma directrice de thèse et deux des mes anciens maîtres de stage universitaires. Ils étaient garants du partage de la parole et du respect du déroulement de la séance.

Le premier Focus Groupe (F1) a duré environ 2 heures de séance contre 45 minutes pour les Focus Groupe 2 et 3.

Au total 27 médecins généralistes ont participé aux trois Focus Groupe.

2.4 : L'analyse des données

Les trois entretiens collectifs ont été retranscrits en intégralité mot à mot sur le logiciel Word. Aucun médecin ne s'est opposé à l'enregistrement des séances.

Chaque participant a été numéroté de MG1 (pour médecin généraliste numéro un) à MG27 selon leur tour dans la prise de parole. Les séances d'entretiens collectifs ont été numérotées par ordre chronologique de FG1 pour Focus Groupe numéro 1 à FG3. Pour exemple FG2MG19 signifie la prise de parole dans le focus groupe numéro 2 du médecin généraliste numéroté 19.

Le verbatim obtenu a été découpé selon une analyse catégorielle. La retranscription a été décomposée, chaque phrase étant codée selon l'idée qui en émergeait. Ceci dans le respect des critères d'exhaustivité, de pertinence et d'objectivité (45). A la différence d'une étude quantitative il n'y a pas de critère ou de recherche de fréquence, chaque nouvelle idée est retenue pour l'analyse.

Des unités d'enregistrement ou idée ont été ainsi découpées puis regroupées en catégories. La catégorisation consiste à regrouper par analogie d'après les critères qui ont résulté de la lecture du verbatim (45). On cherche à classifier et à apporter une certaine organisation au matériel brut des données récoltées.

Par manque de volontaire il n'y a pas eu de deuxième analyse par un observateur indépendant.

3 : Résultats

3.1 : La place du médecin généraliste dans la problématique du surpoids infantile

3.1.1 : Un rôle privilégié de dépistage

De façon unanime le rôle du médecin généraliste de dépistage du surpoids infantile a été souligné sans nuance. FG3MG26 : *c'est vraiment un rôle central et essentiel. C'est probablement l'endroit où on a le plus de chance de le déceler.* FG2MG16 : *C'est nous qui sommes en première ligne pour le dépistage.* FG1MG8 : *le dépistage doit être fait par le médecin généraliste [...] on est à la meilleure place.* FG2MG17 : *En tant que médecin de famille on a quand même un rôle privilégié et une certaine efficacité. Mais le rôle du dépistage est fondamental.*

3.1.2 : Un rôle de prévention

L'idée de prévention et d'information a été abordée quelques fois. FG3MG20 : *On a un rôle de repérage, de prévention, d'information de la famille sur les règles hygiéno-diététiques de base.* FG3MG24 : *pouvoir surveiller et prévenir en amont.* FG1MG2 : *Si nous on n'est pas là pour faire de la prévention, alors il n'y a personne qui ne peut le faire.*

3.1.3 : Un rôle de lanceur d'alerte

La notion de lanceur d'alerte est revenue de façon récurrente. FG1MG11 : *On est en rôle d'alerte.* FG1MG5 : *C'est quand même nous les lanceurs d'alerte.*

3.1.4 : C'est le médecin généraliste qui voit le plus souvent les enfants

FG2MG16 : *On fait partie des professionnels qui voient le plus les enfants.* FG1MG8 : *C'est lui qui voit le plus les enfants.*

3.1.5 : Une légitimité

Le médecin de famille semble le plus légitime dans ce rôle : FG3MG27 : *On suit déjà la famille, on a une confiance qui permet de légitimer un petit peu les conseils que l'on va apporter.* FG3MG22 : *C'est peut-être plus légitime et plus facile que ce soit le médecin généraliste qui aborde le sujet, parce que qui d'autre dans l'entourage d'un enfant ?*

3.2 : Le dépistage ne pose pas de difficulté aux médecins généralistes

3.2.1 : Poids Taille IMC Courbes, la formule automatique pour le dépistage

La méthode de dépistage rapportée dans les entretiens passe par la prise des mensurations et la réalisation des courbes staturo-pondérales. **Elle ne semble pas poser de questionnement ou de difficulté particuliers.**

FG1MG7 : *A chaque consultation poids taille IMC.* FG1MG9 : *Oui poids taille IMC qui est fait à chaque fois. Je vais appliquer bêtement poids taille IMC comme de toute façon ce sera fait.* FG1MG5 : *Je les pèse et les mesure systématiquement, ça fait partie des examens de base. Je leur fais en effet systématiquement leur courbe sur le carnet.* FG3MG21 : *Cela fait partie du rôle minimum le poids la taille, et ce n'est pas un repérage si difficile à faire.*

3.2.2 : Courbes réalisées de façon plutôt systématique

Les médecins rapportent **réaliser les courbes le plus souvent possible**. Quand l'occasion s'y prête, sans tenir compte du motif de consultation. FG2MG18 : *Pour des certificats de sports, soit pour des pathologies intercurrentes. Et du coup cela permet à chaque fois quand on les pèse de suivre le courbe.* FG2MG17 : *C'est plutôt à l'occasion d'une autre pathologie qu'on est amené à faire du dépistage.*

C'est **rarement une demande** émanant des parents ou du patient : FG2MG18 : *C'est aussi parfois des sujets abordés en consultation.* FG2MG13 : *Moi j'ai de la chance, les deux trois derniers que j'ai vu en surpoids les mamans sont arrivées en me disant il a pris énormément de poids.*

3.2.3 : Rebond adiposité

La notion de rebond d'adiposité est citée plusieurs fois : FG1MG11 : *S'il y a un message important à retenir c'est effectivement ça.* FG3MG20 : *Un des signes d'alerte pour nous c'est le rebond d'adiposité avant 6ans. C'est fortement prédictif [...] de risque d'obésité majoré à l'âge adulte.*

3.2.4 : Aspect physique

En général **l'aspect physique n'est pas mentionné comme indicateur de surpoids**. FG1MG6 : *Je passe par le courbe de poids c'est essentiellement ça. C'est la courbe de poids qui montre ce qu'il se passe.*

Il peut en revanche inciter à peser l'enfant plus régulièrement FG3MG22 : *C'est l'aspect physique en premier qui va me dire je vais m'occuper de l'otite, [...] mais je vais quand même faire poids taille.*

Avec une limite sur l'**aspect jugeant** de la balance : FG3MG22 : *Ça peut être un peu mal pris. Parce qu'il semble un peu en surpoids, il vient pour une otite, et tout de suite on le met sur la balance.* FG1MG4 : *J'étais une harceleuse presque, [...] avec le poids de ses enfants, et que son fils ne voulait plus venir me voir parce qu'évidemment je lui parlais de son poids à chaque fois puisque je les pèse et je les mesure à chaque fois que je les vois.*

3.2.5 : Périmètre abdominal peu utilisé

Le dépistage par la mesure du périmètre abdominal a été abordé une seule fois et pour questionner sur son intérêt : FG2MG14 : *je n'ai pas la réponse vraiment, c'est est-ce qu'il faut mesurer le périmètre abdominal chez l'enfant ? Je ne sais pas si ça a un intérêt ou pas ?*

3.2.6 : Vigilance accrue selon les antécédents familiaux

Les médecins ont conscience d'un **facteur de risque familial**. FG1MG3 : *Je remarque une famille, je pense qu'il faut envisager le surpoids ou l'obésité de l'enfant dans un contexte familial.* FG2MG17 : *S'il y a une hérédité parentale on est moins surpris.* FG3MG24 : *L'avantage d'être médecin traitant c'est aussi suivre le reste de la famille. Il y a un regard qui est peut-être plus attentif s'il y a des antécédents familiaux dans la fratrie.*

3.2.7 : La question des consultations systématiques

Le problème est souvent avancé des **consultations systématiques de prévention qui s'espacent quand l'enfant grandit**. Également le certificat de sport valable désormais pour trois ans amenant moins souvent l'enfant chez le médecin généraliste. FG2MG18 : *je trouve que le fait de ne plus les voir que tous les 3 ans pour le certificat ça fera que forcément on en loupera. On peut leur demander effectivement de revenir mais c'est toujours les mêmes qui reviennent.*

Certains médecins traitants ont **mis en place une visite annuelle de prévention** pour les enfants plus âgés. FG2MG14 : *Donc moi à chaque fois je leur dis il faut continuer à venir tous les ans.* FG3MG24 : *Je dis aux parents d'essayer de venir tous les ans hors d'une infection virale. Mais c'est un peu le problème des certificats médicaux qui ne sont plus forcément tous les ans.*

3.2.8 : Les courbes staturo-pondérales, un outil visuel et pratique

Les courbes de corpulence sont utilisées et adoptées comme outil au dépistage et à la prise de conscience. L'intérêt visuel de la courbe est mis en avant : FG3MG20 : *C'est vrai que la courbe c'est un bon support [...] tu la montres aux parents et en général là ça paie.* FG1MG12 : *les enfants et les ados sont quand même super intéressés par leurs courbes.* FG1MG6 : *Toujours leur montrer la courbe je trouve que c'est assez parlant et ça montre le danger quand ils voient que la courbe va vers le haut.*

Le vocabulaire visuel des courbes est beaucoup utilisé : « Tu montes, tu dépasses, ça sort des courbes ».

La plupart des médecins privilégient **le support papier du carnet de santé** et sont même embêtés si les parents ne l'amènent pas en consultation. FG1MG10 : *on n'a pas le carnet, [...] on n'arrive pas à leur montrer visuellement sur la courbe.* FG2MG15 : *Je suis un peu embêtée quand le carnet de santé n'est pas là en effet.*

C'est aussi un bon support pour amener les familles à la réflexion : FG3MG26 : *Indépendante du médecin, soit un peu plus tard, ou à la maison ils peuvent ainsi voir et ils peuvent nous interpellier.*

Le carnet de santé est également jugé très pratique en cas de nomadisme médical (FG3MG20).

Plusieurs médecins utilisent **aussi les courbes numériques de leur logiciel de santé**. FG1MG1 : *j'ai des courbes numériques en permanence et je peux leur montrer à chaque consultation.* FG3MG23 : *Moi j'ai fait les mesures, je les ai rentrés dans l'ordinateur, et j'ai fait ma courbe à l'écran. Mais pas dans le carnet de santé.*

3.3 : L'annonce

3.3.1 : Une appréhension à aborder le problème

Plusieurs médecins évoquent des **temps d'hésitation voire d'appréhension à aborder le problème du surpoids** en consultation. FG3MG22 : *Quand tu l'abordes, il y a des pleurs.* FG2MG15 : *On appréhende toujours la réaction du parent, de l'enfant [...] C'est vrai qu'il y a toujours ce moment d'hésitation.* FG2MG17 : *Ce n'est pas si facile que ça, même en connaissant les parents.* FG1MG6 : *Moi j'ai carrément des appréhensions parce que je redoute d'avoir un enfant qui se mette à pleurer quand j'aborde le sujet.* FG3MG21 : *C'est le début du plongeon dans le vide quoi.*

Il y a la peur de la réaction en face, que l'annonce soit vu comme un jugement ou une critique. FG3MG20 : *J'ai plus de difficulté à savoir comment l'aborder. Parce qu'on ne sait pas comment cela va être pris par la famille. C'est vrai que je suis toujours un peu en train de marcher sur des œufs, pour ne pas que ce soit pris comme un jugement.*

Les médecins évoquent des consultations difficiles, des perdus de vue après avoir abordé le problème. FG1MG6 : *Je crains effectivement que ce soit un enfant qui soit perdu de vue parce qu'il n'a pas envie de revenir me voir, justement parce qu'il a peur d'être de nouveau blessé.* FG1MG9 : *Et je me suis fait rembarrer [...] Voilà, je ne l'ai plus revu pendant peut être un an. Ce n'était pas une bonne expérience.*

3.3.2 : Une attention sur le choix des mots

Le choix des mots lors de l'annonce de la problématique du surpoids est vu comme très important. Les mots « gros » et « obèse » sont considérés interdits. FG1MG2 : *Je ne dis pas qu'ils sont trop gros. Je dis qu'ils sont trop lourds. Je dis regarde, tu es dans la courbe qui abime ton corps.*

Le risque est considéré grand de choquer, de perdre le lien avec le patient. FG1MG5 : *Surtout au début je pense qu'on ne peut pas les brusquer, il ne faut pas être brutal.* FG2MG18 : *Ne pas braquer l'enfant et qu'il y ait cette perte du lien. [...] Il faut amener les choses en douceur.*

Une attention est mise pour ne pas culpabiliser, ne pas donner l'impression de juger.

FG1MG7 : *Il ne faut pas les culpabiliser.* FG2MG14 : *Il faut gentiment dire vous voyez, ça sort un peu des courbes.*

Au risque de minimiser et de ne pas bien faire passer le message. FG3MG26 : *Je vais avoir tendance à minimiser [...] Et on sent que c'est une réaction de défense en face.* FG3MG23 : *On n'est peut-être pas très incisif sur le discours. Pour ne pas blesser, pour ne pas choquer. Et finalement, comme on a peut-être un discours un peu tiède, et bien ils ne reviennent pas au bout de 3mois.* FG1MG2 : *On est obligé de jouer sur les mots. Alors le problème c'est qu'on marche sur des œufs. On a plus le droit de dire t'es gros on doit dire fais attention. [...] On ne peut pas dire les choses comme elles sont et on ne peut pas faire de la prévention parce qu'il faut toujours que l'on fasse attention. [...] Olala faut pas que je sois grossophobe ... Donc voilà il faut le dire avec de bons mots.*

3.3.3 : Des moyens détournés d'aborder la question

Certains médecins évoquent des moyens détournés d'aborder la question. FG1MG11 : *Quand je vois un petit bidon chez l'enfant [...] là je fais la remarque. [...] Ça engage la conversation là-dessus. C'est plus facile que de dire t'es un peu gros, enfin je ne le dis pas bien sûr.* FG1MG12 : *Je termine par le ventre et je leur parle de transit pour glisser après sur l'alimentation.*

Ou encore la question est abordée à la suite d'une complication secondaire : FG1MG1 : *On s'en sert sur la tension, j'en ai quelques-uns qui ont de la tension à 10 12ans. Donc on leur dit voilà, attention.* FG2MG13 : *Cela peut aussi être le motif de consultation, sur des douleurs de genoux.*

3.4 : Evaluation initiale

3.4.1 : Une exploration des représentations

Une attention est portée sur **la réaction du patient et de ses parents qui conditionne la suite de la prise en charge**. FG2MG18 : *De voir comment réagissent à la fois les parents et les enfants pour voir où ils en sont aussi.*

Les médecins interrogent sur les représentations du patient au moment d'aborder la suite des choses. FG1MG8 : *Très vite je leur demandais si ça les intéressait de s'occuper de ce problème.* FG2MG14 : *Moi j'essaie de savoir un peu l'enfant où il en est, comment il se voit lui ?*

Ils cherchent à savoir s'il y a une **prise de conscience du surpoids de l'enfant**. FG2MG17 : *Moi je leur demande ce qu'ils en pensent. [...] Comment ils voient les choses. Je pense que ça peut conditionner un petit peu la suite.*

3.4.2 : La courbe staturo-pondérale utilisée comme aide à la prise de conscience

Les médecins se servent de **l'aspect visuel et simple de la courbe de l'enfant pour créer un déclic à la prise de conscience du surpoids**. FG1MG6 : *Ça arrive que les parents ne s'en rendent pas compte et le fait de vraiment faire la courbe et toujours leur montrer la courbe je trouve que c'est assez parlant.* FG2MG13 : *Leur montrer les courbes pour qu'ils se rendent compte en visuel.*

3.4.3 Evaluation de la motivation

Certains médecins évaluent tout d'abord la motivation de la famille avant de poursuivre la prise en charge. Par exemple en demandant la réalisation d'un semainier alimentaire pour juger de l'implication des parents devant cette demande simple. FG1MG8 : *S'ils ne sont pas capables de copier pendant 4 ou 5 jours ce qu'ils mangent alors ce n'est pas la peine de perdre un temps fou dans les consultations.*

Ou pour juger de l'intérêt d'impliquer d'autres professionnels de santé par la suite FG2MG13 : *S'il n'y a pas de répondant en consultation avec moi, alors ils ne vont pas à l'association. [...] Ils ne le feront pas parce que de base ils n'ont pas envie de faire l'effort.*

3.4.4 Le vécu psychologique, un moyen d'accroche

La mention d'une souffrance psychologique peut être utilisée comme porte d'entrée pour sensibiliser l'enfant, ou les parents.

FG2MG14 : *Essayer de les intégrer pour leur faire dire si eux ils trouvent qu'ils ont un problème ou pas. Si ça leur pose problème, est ce que leurs petits camarades les embêtent ?*

FG1MG2 : *Je me retourne vers les parents en disant regardez ça le touche, faut qu'on fasse quelque chose pour lui, il faut que vous l'aidiez.*

FG3MG25 : *L'école il y a quand même des moqueries assez tôt, assez jeune. Et ça ça peut être le bénéfice pour l'enfant à court terme.*

3.4.5 Explorations complémentaires, complications somatiques

Les complications somatiques du surpoids infantile sont rarement évoquées et explorées au moment du bilan initial.

FG1MG5 : *Alors là je viens de lui faire un bilan biologique, je me suis dit quand même à 17ans je vais m'y mettre.* FG1MG1 : *Sur les problèmes de poids moi j'examine les bouches des enfants et beaucoup de gamins à 3, 4 ans ont des caries.*

Ou alors c'est une demande plutôt venant des parents : FG1MG7 : *Les parents qui demandent des bilans et disent il a un problème de poids, faut faire un bilan.*

3.5 : Moyens thérapeutiques

3.5.1 : La recherche d'adhésion

L'adhésion à la suite de la prise en charge est recherchée : FG3MG25 : *J'essaie d'avoir l'adhésion des parents et de l'enfant, et de surtout, savoir s'ils sont conscients du problème.*

Les médecins sont attentifs à la prise de conscience de la situation par l'enfant et les parents. FG1MG1 : *En leur montrant la courbe les mamans commencent à accepter l'idée.*

L'importance est mise sur la recherche de l'implication des patients, le discours est inclusif FG3MG20 : *On va regardez ensemble la courbe, vous en pensez quoi ? On va regardez ensemble les habitudes, est ce qu'on peut reprendre ?* En adaptant le discours : FG2MG17 : *Il faut cibler en fonction des parents qu'on a en face de soi, [...] s'ils comprennent les choses. Il faut s'adapter.*

De même l'accent est mis sur l'état d'esprit des patients comme point de départ qui conditionne la suite des choses. FG3MG24 : *Si oui effectivement, on a vu qu'il était plus gros que les copains, bon là effectivement c'est plus facile d'enchaîner sur la suite.*

Les médecins sont bien conscients que l'adhésion est cruciale pour la suite de la prise en charge. FG2MG16 : *S'ils sont sensibilisés, si ça les gêne ils reviendront. S'ils ne voient pas le problème ils ne reviendront pas.* FG3MG20 : *S'ils n'adhèrent pas de toute façon tu peux te débattre dans tous les sens et faire ce que tu veux ...*

3.5.2 : Rythme de suivi

La plupart des médecins s'accordent à dire que la première consultation n'est en général pas dédiée au problème du surpoids. Cette consultation de dépistage sert à débrouiller les choses puis à convenir d'un nouveau rendez vous qui sera consacré au problème.

FG3MG27 : *On a déjà abordé un peu rapidement au cours d'une consultation qui n'était pas forcément prévue pour ça, et on peut donner effectivement quelques petits éléments à la 1ere consultation, et on va reprendre et faire un point plus dédié pour ça à 3 mois souvent.*

FG3MG26 : *Je leur donne un conseil minimal, un objectif à 3 mois.*

Il ressort l'importance de **fixer un nouveau rendez-vous, à l'initiative du médecin :**

FG2MG18 : *Ce sont des âges où on ne les voit pas autrement. Donc si on veut les revoir et les surveiller régulièrement, il faut leur demander de revenir effectivement pour ça.* FG3MG25 : *Je leur demande de les revoir dans un délai assez court.*

Le délai retrouvé entre ces deux rendez-vous médicaux varie généralement entre 3 à 6 mois dans les entretiens.

FG3MG20 : *On fixe un petit peu quelques objectifs ensemble, on essaie de stabiliser, et on se revoie dans 6 mois. Et là on approfondit plus.* FG1MG3 : *Les suivis au niveau du poids en fait ça dépend aussi de quel poids il part, à combien il veut être, qu'est ce qu'on doit vérifier. 3 à 6 mois ça me semble bien.*

Voir plus rapidement : FG1MG8 : *Je les voyais très très régulièrement, [...] quasiment une semaine après. Il faut faire un suivi avec pleins de consultations.*

3.5.3 : Objectifs de suivi

Les objectifs de suivi ne sont pas focalisés sur un chiffre ou une perte de poids : FG1MG4 : *J'insiste énormément là-dessus en leur disant que c'est interdit de perdre du poids quand on est un enfant.*

Là encore **la courbe staturo-pondérale est un moyen d'appui jugé parlant :** FG2MG16 : *Plus qu'un objectif de poids, parce que pour l'enfant je trouve que ce n'est pas forcément adapté.*

Moi je parle plus avec la courbe, j'essaie de dire ça serait bien qu'on retourne sous la courbe. FG3MG21 : *On donne des objectifs, on dit que le but du jeu ce n'est pas de perdre du poids c'est que la courbe elle ne continue pas de monter.*

Les praticiens parlent d'**objectifs adaptés à l'enfant et réalistes :** FG2MG17 : *C'est vrai que la 1ere consultation est très importante. Il faut définir des objectifs tout à fait modestes, de faisabilité et d'accompagnement.*

Il n'y a pas d'ambition affichée dans la prise en charge ! FG3MG27 : *On essaie de pallier avec des objectifs, de petits moyens. [...] Quelque fois c'est des tout petits objectifs.*

On cherche à valoriser l'enfant et à le rendre acteur dans sa prise en charge : FG3MG24 : *On ne peut pas tout changer la 1ere fois. Et le fait que l'enfant voit que l'objectif a été réalisé à la fois d'après, je pense que ça le valorise. Et on peut continuer comme ça sur des petits objectifs très généraux. C'est lui qui choisit l'objectif et qui réussit à le faire.* FG2MG13 : *Je propose une stabilisation. [...] Pour que ce ne soit pas trop contraignant au départ, et qu'il y ait des résultats visibles sur la courbe. C'est vrai que c'est plus parlant pour les enfants les courbes.*

Un médecin mentionne **la notion de bien être qui doit être une des priorités :** FG2MG17 : *Je pense qu'il faut parler de bien être de l'enfant. Et expliquer pourquoi on se sent mieux quand on a un petit peu moins de poids. Autrement si on essaie de les faire rentrer dans les normes, il y en a qui ne pourront jamais de toute façon. Ce n'est pas grave, on limitera les dégâts. Et je crois qu'il faut se méfier des normes. On peut obtenir des objectifs de bien-être.*

3.5.4 : Implication familiale

Les médecins insistent sur le fait que **la prise en charge concerne toute la famille :** FG1MG2 : *Toute la famille doit faire quelque chose, tout le monde doit faire un effort pour l'aider et l'accompagner.*

Les parents sont des acteurs cruciaux dans la réussite : FG3MG20 : *Il faut que les parents se saisissent un petit peu du souci et d'essayer de réaliser des changements à la maison.* FG1MG9 : *Touche presque l'ensemble de la famille par le biais de l'intervenant principal qui sont quand même les parents.*

Cela peut être vu comme un frein à l'adhésion : FG3MG22 : *Les parents, ils savent ce que ça veut dire. Ça veut dire qu'ils vont tous devoir à la maison modifier leur comportement.*

D'où l'importance de la place de médecin de famille qui connaît le contexte socio-familial : FG2MG17 : *Sensibilisés aux problématiques sociales qui rentrent en ligne de compte, et surtout en termes de faisabilité dans ce contexte quelquefois difficile. Et ça il faut l'adapter à chaque enfant, à chaque famille, parce que les problématiques sont complètement différentes.*

3.5.5 : Nutrition

Le domaine de la nutrition a été systématiquement évoqué au stade de la prise en charge.

Certains demandent un **semainier alimentaire :** FG1MG8 : *Rapidement je leur demandais un semainier alimentaire. Mais cette méthode n'est pas partagée par tous :* FG1MG4 : *C'est plus le grignotage ou des choses comme ça que j'essaie de jouer. Je ne fais pas le semainier parce que je trouve ça trop chronophage. Après il faut le lire quoi.*

D'autres médecins réalisent une **enquête alimentaire** pendant la consultation : FG1MG12 : *L'enquête alimentaire elle se fait plutôt pendant la consultation. J'ai été plutôt déçu des fois où j'ai demandé un vrai recueil parce que je trouve qu'ils mettent un peu ce qui les arrange.* Cette enquête est plus ou moins longue : FG1MG7 : *Moi je leur demande ce qu'ils ont mangé la veille.*

Certains s'intéressent en particulier à certains repas dont le **petit déjeuner ou le goûter** : FG1MG10 : *J'insiste plus sur le petit déjeuner, parce que souvent ça part un peu en live sur le petit déjeuner. Et le goûter.* FG1MG11 : *On voit énormément de gamins qui partent à l'école avec un verre d'eau. [...] Et donc forcément que c'est déséquilibré parce qu'ils se resservent à la cantine, des goûters...*

La question des grignotages est souvent abordée : FG1MG9 : *La seule chose que j'arrive à savoir le plus souvent c'est la question du grignotage chez les enfants, s'ils mangent à la récré. Mais après sur la qualité de l'alimentation globalement c'est flou.*

Ainsi que celle sucreries, comme les sirops à table qui reviennent fréquemment : FG1MG2 : *Mon combat c'est le sirop à table.*

Globalement les médecins s'accordent à dire que les sucreries sont une des grandes causes du surpoids : FG1MG5 : *Il faut leur donner des consignes très simples. Moi je leur dis chez un enfant, il n'y a pas de régime. Vous commencez par supprimer les choses inutiles, en grande partie les sucreries. On ne peut pas les priver complètement.*

On compte sur **les messages simples et de bon sens** : FG2MG17 : *On arrive à convaincre de ne pas boire du coca, de ne pas grignoter tout le temps. Des choses très simples. S'il devait y avoir une enquête alimentaire on n'a pas les compétences. Mais la plupart du temps il faut connaître les erreurs grossières. C'est simple, c'est du bon sens, si la famille et l'enfant connaît ça je pense qu'on a déjà gagné pas mal de choses.*

Plusieurs médecins proposent de supprimer les **erreurs alimentaires** : FG1MG3 : *D'essayer de questionner de manière très superficielle, [...] j'essaie déjà de pointer une chose facile à supprimer pour parler équilibre alimentaire.*

Des messages simples qui ne semblent pas toujours une évidence pour les petits patients. FG3MG22 : *Boire que de l'eau à table par exemple, c'est quelque chose parfois qui n'est pas du tout évident alors que selon notre a priori, ça aurait pu paraître une évidence.* Ou leurs parents : FG1MG8 : *C'est très compliqué parce qu'il faut convaincre les parents de ne plus boire de coca ou de jus de fruit à table.*

Certains médecins proposent de mettre sous clefs la nourriture : FG1MG1 : *Qui est ce qui achète les gâteaux ? [...] Tout est à leur portée.* FG1MG2 : *S'il faut mettre sous clef il faut mettre sous clef.*

La plupart s'accordent à dire qu'il n'y a pas d'objectif de régime ou de restriction totale :
 FG3MG24 : *Ce n'est pas un régime, c'est juste ré équilibrer les apports. Et pas de restriction.*

Les médecins se sentent plus ou moins investis dans cette prise en charge nutritionnelle :
 FG2MG15 : *On a un rôle de dépistage et aussi d'éducation sur l'alimentation. FG2MG14 : Alors des fois je botte en touche. Mais c'est vrai que dans les quantités pour les enfants... Alors par rapport au sucre, on maîtrise bien. Mais des fois au niveau de l'alimentation féculents, protéines, tout ça, moi j'avoue je suis perdue. Je les envoie aux petits carnets faits par le gouvernement.*

3.5.6 : Conditions de prise des repas, environnement familial

Les généralistes s'intéressent à la **condition de prise des repas** : FG3MG27 : *Ce qu'on n'a pas évoqué aussi c'est un peu l'ambiance familiale à table. Comment se passe les repas, est ce que l'enfant mange devant un écran, mange tout seul, en combien de temps il mange ? [...] A revoir aussi leurs propres habitudes alimentaires et leurs habitudes de vie. Sur comment se passent les repas à la maison quoi.*

Si l'enfant est impliqué dans la préparation des repas : FG3MG22 : *Dire aux gens de cuisiner ensemble.*

Les médecins évoquent **l'importance de la composition familiale dans laquelle évolue l'enfant**. FG3MG25 : *Je reprends aussi souvent l'entourage familial. [...] Il y a aussi les grands parents qui sont impliqués souvent. Les familles recomposées, une semaine à droite une semaine à gauche.*

La question de savoir **si l'enfant est seul, ou s'il s'ennuie** a été plusieurs fois évoquée : FG1MG6 : *Je commence à aborder les conditions de vie quand même. On s'aperçoit qu'il y en a qui sont tous seuls notamment pour le goûter. [...] Il y a des enfants qui sont un peu livrés à eux-mêmes. FG3MG24 : J'ai eu le cas d'un enfant qui mangeait, mais en fait il s'ennuyait. Il était souvent tout seul, les parents travaillaient, et en fait comme il ne savait pas quoi faire il mangeait.*

Les praticiens posent également la question de la fréquentation des cantines scolaires, ou celles des cuisines des grands parents.

3.5.7 : Promouvoir l'activité physique et lutte contre la sédentarité

L'activité physique est mise en avant au cours des consultations de prise en charge du surpoids. FG1MG5 : *J'insiste beaucoup sur l'activité physique.*

La mise à un sport apprécié par l'enfant peut même être vu comme un tournant dans l'évolution : FG1MG12 : *J'aime bien utiliser le levier sport parce que j'ai vu de vrais*

changements [...] qui ont fondu de façon assez spectaculaire simplement en matchant et en trouvant le sport qui leur convenaient.

Avec le bémol que les enfants ne pratiquant pas de sport en club ont moins de chances d'être dépistés : FG2MG15 : *Les enfants en surpoids au final ils ne font pas de sport donc on ne les voit pas non plus pour des certificats médicaux de sport.*

En parallèle la lutte contre les écrans et la sédentarité est plusieurs fois évoquée comme un facteur majeur favorisant le surpoids : FG3MG21 : *Une des nouvelles questions que j'essaie de m'évertuer à poser, c'est celles des écrans.*

FG1MG1 : *On a des corrélations majeures de poids et d'écran. [...] Tu as plus de risques pour ta santé à être mince et sédentaire qu'être obèse et sportif.*

Les médecins insistent sur la lutte contre la sédentarité au travers d'objectifs ou de conseils : FG2MG15 : *Travailler sur des objectifs de plus bouger.*

FG3MG25 : *Je cherche vraiment à lutter contre la sédentarité des enfants, contre les écrans, qu'ils prennent leurs vélos, qu'ils aillent à pied pour aller à l'école.*

FG1MG5 : *J'essaie d'inciter les parents à ne pas trop allumer les écrans.*

3.5.8 : L'aspect psychologique

La notion de souffrance psychologique est évoquée. FG1MG6 : *Il y a beaucoup de souffrance quand même, on met le doigt on va dire là où ça fait mal [...] On leur fait prendre conscience de la problématique et du coup certainement de beaucoup de souffrance du vécu.*
FG1MG7 : *C'est des enfants qui sont mal dans leur peau.*

Certains médecins l'explorent en priorité. FG1MG12 : *J'essaie d'aller assez vite sur le vécu psychologique de l'enfant et des parents. [...] Evaluer la souffrance.*

En particulier **les moqueries** des autres camarades à l'école. FG2MG14 : *Parce qu'il y a ça aussi, beaucoup de moqueries des fois.* FG1MG7 : *Moi les mères qui étaient inquiètes c'est celles qui avaient peur qu'il soit raillé à l'école.*

Il y a la notion de **renvoi aux histoires parentales** : FG1MG12 : *Souvent ce sont des histoires traumatisantes de régime à répétition de la mère qui ne veut pas faire subir ça à son enfant.*
Ou à la propre histoire personnelle du praticien : *Si tu veux ça me renvoie à mon enfance à moi et puis j'ai souffert de moqueries.*

Certains médecins s'en emparent comme outil thérapeutique : FG1MG3 : *Le soutien psychologique là-dedans est à mon avis un peu essentiel aussi.* FG2MG17 : *On peut obtenir des objectifs de bien-être, de bien-être moral.*

D'autres se sentent moins à l'aise sur cet aspect de la prise en charge : FG3MG26 : *Les moqueries qui peuvent être compliquées et entretenir le phénomène. Même si on pose la question, nous en tant que médecin généraliste on est démuné, on n'a pas de solution derrière.*

3.5.9 : Un changement comportemental, l'apport de l'éducation thérapeutique

Le parallèle a été plusieurs fois fait avec le domaine de l'addictologie avec la notion de changement de comportement : FG1MG7 : *Et c'est pour ça qu'il faut un accompagnement, comme en addictologie quoi. Tu as pris de mauvaises habitudes, il faut changer tes mauvaises habitudes et c'est hyper dur.*

Avec encore une fois l'idée **d'adhésion du patient à la prise en charge essentielle, avec la recherche de motivation**. FG3MG20 : *C'est vrai que c'est arrivé que ça accroche là en fait. Parce que ça devenait une demande à eux. Ça devenait un problème. [...] C'est comme pour tout suivi ou éducation thérapeutique.*

Avec la notion de **changement comportemental, de suivi au long cours** : FG2MG14 : *Prendre le temps, comme la dépendance en général. C'est ces choses là qu'il faut travailler dans la durée en fait.*

L'apport de l'éducation thérapeutique est mentionné : FG3MG26 : *Et c'est peut-être une des limites aussi. Pour changer un comportement chez l'enfant, passer par l'éducation thérapeutique... Il y a tout un respect d'acceptation face au changement. [...] C'est accepter un changement pour soi, pour sa famille, nous comment on aide à motiver le changement ?*

Avec le bémol du **temps passé et des compétences nécessaires dans ces domaines** : FG3MG21 : *Et c'est peut-être une des limites aussi. Pour changer un comportement chez l'enfant, passer par l'éducation thérapeutique. Je fais appel à des amis. Je n'ai pas le temps de faire de l'éducation thérapeutique au cabinet.*

3.6 : Parcours de soins

3.6.1 : Pédiatres et réseaux hospitaliers

Les praticiens décrivent une **tendance à adresser les enfants en surpoids aux médecins spécialistes pédiatres lorsqu'ils soupçonnent une obésité secondaire ou une complication**. FG2MG13 : *Moi j'ai adressé une fois une de mes petites patientes chez le pédiatre pour être sûre qu'il n'y avait pas une obésité familiale derrière. [...] Parce qu'il y avait un problème médical derrière.* FG1MG3 : *J'en ai qui sont suivis en pédiatrie directement avec la gastro pédiatre parce qu'il y a déjà une dyslipidémie.*

Également l'envoi peut être dû à une obésité morbide : FG1MG11 : *Et pour les grandes obésités, mon cas il y avait un problème de puberté donc j'ai envoyé à la pédiatre de l'hôpital.*

Cela arrive aussi lorsque le médecin commence à **se sentir dépassé par la pathologie** : FG1MG5 : *A un moment je l'ai envoyé à l'hôpital parce que je ne voyais plus comment m'en sortir.*

Pour avoir un regard nouveau sur la prise en charge : FG3MG21 : *Il y a plusieurs adolescents que j'ai fait suivre au centre hospitalier par le pédiatre parce que je n'y arrivais pas. Je leur disais va en consult chez le pédiatre, il doit avoir un discours différent avec des consultations mensuelles.*

Il a été **quelquefois mention d'hospitalisation en service spécialisé** : FG3MG20 : *J'ai un jeune qui est allé être hospitalisé dans un centre de l'obésité. [...] C'est un outil possible quand on est dépassé, quand les parents sont dépassés, que l'obésité devient morbide.*

Également de la **chirurgie bariatrique, mais qui ne semble pas avoir sa place** dans la prise en charge : FG1MG5 : *Moi je ne lui proposerais pas.*

3.6.2 : Nutritionnistes

Les nutritionnistes sont vues comme une orientation importante dans le parcours de soins : FG1MG8 : *C'étaient plus les nutritionnistes chez qui j'adressais. FG1MG2 : Le semainier, je dis vous le faites pour la nutritionniste quand je les adresse.*

Leurs compétences est d'un grand apport : FG1MG1 : *Alors moi pour les traitements je me basais beaucoup sur la nutritionniste. [...] Et effectivement elle prend beaucoup plus de temps pour ça que je ne ferai moi. FG1MG12 : Souvent quand ils viennent nous voir et qu'ils ont une demande, bah c'est tellement pointu que j'oriente vers la nutritionniste. Peu vers les pédiatres, plus la nutritionniste.*

3.6.3 : Infirmières en pratique avancée ou IPA

Le réseau d'infirmière asalée est un dispositif d'infirmières en pratique avancée qui permet une délégation d'actes des médecins généralistes vers cette profession. Ce sont principalement des activités de suivi de maladies chroniques et d'éducation thérapeutique.

Ce métier à la frontière entre infirmière et généraliste est relativement nouveau, mais semble avoir une grande adhésion de la part des praticiens au cours des entretiens collectifs. FG1MG3 : *J'oriente très facilement vers notre infirmière asalée. Pour nous c'est un super atout. [...] Qui va faire l'enquête alimentaire, qui va retravailler. FG1MG1 : Une infirmière asalée qui reçoit les enfants pour les obésités et qui me permet de faire des suivis réguliers. Donc je lui en ai envoyé quelques-uns, qui étaient d'accord.*

Elle est vue comme d'une grande aide et d'une compétence précieuse. FG3MG23 : *J'ai tendance facilement à passer la main. Alors facilement effectivement avec notre amie l'infirmière asalée. FG3MG21 : J'avoue que j'ai tendance à passer la main facilement, parce que je sais qu'elle va faire ça beaucoup mieux que moi. [...] Et je sais qu'elle est bien meilleure que moi en éducation thérapeutique.*

L'IPA exerce au sein du cabinet médical où est installé le médecin, ce qui est un autre avantage. FG1MG6 : *En général je fais de la proximité avec l'IDE asalée.*

3.6.4 : Psychologues et orthophonistes

L'orientation vers une psychologue n'a que peu de fois été avancée : FG3MG25 : *La psychologue.* FG2MG17 : *En fonction des pathologies que l'on peut suspecter on peut orienter de façon plus spécifique vers un organicien, ou un psychologue.*

Il a été fait une fois mention d'un envoi vers l'orthophoniste : FG1MG24 : *L'orthophoniste c'est quand même un peu spécialisé, on lui envoie des enfants qui ont des troubles de l'oralité pour certains aliments qui ne passent pas, des textures particulières ou des enfants qui ne mangent pas de légumes.* FG3MG26 : *C'est vrai qu'il y a l'orthophoniste. Je ne le fais pas souvent mais maintenant que vous en parlez ça pourrait être une piste.*

3.6.5 : Réseaux et associations multidisciplinaires

A la question de l'adressage de l'enfant vers des réseaux pluridisciplinaire de prise en charge, **de nombreux médecins ont répondu ne pas en connaître.** FG1MG9 : *Je n'en connais pas moi.*

Certains médecins se réfèrent aux paramédicaux pour faire connaître ces réseaux : FG1MG3 : *Je n'ai pas vraiment connaissance de réseau non plus. Il faudrait que je voie avec l'IDE asalée.* FG3MG22 : *Moi je me suis mise en lien avec la diététicienne parce qu'elle a des adresses.* FG1MG1 : *Il y a plusieurs réseaux qui se sont mis en place. Il y a obepedia qui s'est mis en place. On avait fait ça avec la nutritionniste plusieurs fois.*

L'idée semble pourtant être intéressante d'orienter vers une multidisciplinarité : FG3MG24 : *Je pense que c'est hyper important d'avoir des réseaux et des numéros de téléphone à appeler.*

Dans le Focus Groupe numéro deux ont participé plusieurs médecins installés dans un cabinet médical où était située une association pluridisciplinaire de prise en charge du surpoids infantile. Elles nous ont fait part de leurs expériences. FG2MG13 : *Aller voir l'association de Corsept et mettre en place des choses avec une diététicienne et la psychologue, la podologue, l'ostéopathe. Je vais vraiment m'aider de cette association-là. Parce que c'est pluridisciplinaire et que du coup ça aide bien les parents.* FG2MG14 : *Moi j'en ai envoyé deux aussi à Corsept, et ça a aidé à la prise en charge.*

3.7 : Les représentations des médecins

3.7.1 : Le rôle du généraliste dans le parcours de soins

Comme nous l'avons vu précédemment, **le rôle dans le dépistage du surpoids est vu comme primordial. Le généraliste y joue une place centrale et légitime.** FG1MG7 : *Je trouve qu'on a un rôle central dans le dépistage.*

Il se sent également compétent dans cette mission de dépistage. Ces réponses ont été unanimes au sujet du dépistage. FG3MG21 : *Ce n'est pas un repérage si difficile que ça à faire.*

Le moment d'aborder la question avec l'enfant et les parents est vu comme une étape marquante et cruciale dans l'histoire de la pathologie. FG2MG17 : *C'est vrai que la 1ere consultation est très importante, tout se joue à ce moment-là.*

C'est un stade qui n'est pas vécu sereinement par beaucoup de médecins avec une appréhension sur l'acceptation de la maladie par les parents et l'enfant. FG1MG6 : *Je le fais quand même mais ça me fait froid dans le dos de leur faire du mal.* FG1MG4 : *Il y a un truc qui m'a soulagé ce soir, c'est de savoir que je n'étais pas la seule à m'être fait bouler sur ce problème d'obésité.*

Il y a une peur de la perte du lien et de la relation de confiance : FG2MG18 *Ne pas braquer l'enfant et qu'il y ait cette perte du lien.* FG2MG17 : *On s'occupe de la sensibilité sinon c'est sûr que ça peut s'arrêter très très vite.*

Quant à la suite de la prise en charge, les réponses sont plus divisées. FG3MG26 : *On est très bons dans le dépistage, mais après ... on a des limites. Certains médecins déclarent facilement passer la main à des paramédicaux ou à des spécialistes à ce stade.* FG3MG23 : *Je suis très perplexe sur mes capacités et mes moyens thérapeutiques. C'est-à-dire que je rejoins ce qui a été dit, dans le sens où j'ai tendance facilement à passer la main.*

Certains médecins se sentent peu compétents et efficaces dans la suite de la prise en charge du surpoids infantile. FG1MG12 : *Je vous rejoins complètement sur le rôle d'alerte, de pointer à chaque consultation pour avoir des courbes les plus précises possibles. Après la question c'est qu'est ce qu'on propose derrière, par qui, pour combien de temps ... Je trouve que c'est très difficile de proposer quelque chose.* FG3MG21 : *On est peut-être un peu limités dans la prise en charge aussi.*

Quelques praticiens ont le sentiment de passer la main trop rapidement, **se sentent dessaisis de la prise en charge** au moment de passer le relais à d'autres professions. FG1MG4 : *On ne peut que les botter en touche vers l'infirmière asalée, le nutritionniste ou le gastro-pédiatre.*

Cependant **plusieurs déclarent souhaiter garder un rôle central de pivot** dans la prise en charge de l'enfant. FG3MG26 : *Là actuellement, on se dessaisit vers l'hôpital, et eux ils s'en saisissent complètement. [...] Moi ça ne me dérangerait pas de suivre les patients en surpoids. Là je ne le fais pas, parce que je n'ai pas de relai.*

3.7.2 : Une temporalité de prévention

La problématique du surpoids infantile est plutôt vue comme une **urgence relative**.

FG2MG17 : *On est là pour ouvrir des pistes, même si on ne réussit pas tout de suite, il faut que ce soit dit, que ce soit entendu, et si ça ne marche pas tout de suite, ça peut marcher un petit peu plus tard. [...] On a l'obligation de moyen.* FG3MG22 : *Enfin ce n'est pas urgent, mais quand tu vois que ça ne va pas du tout ...*

On reste dans le domaine de la prévention. FG3MG20 : *On a un rôle de dépistage, de prévention et d'information de la famille. Sur les règles hygiéno-diététiques de base.*

La prévention en particulier des maladies cardiovasculaires. FG1MG2 : *Et du coup on aura des maladies cardiovasculaires, et du coup on a des diabétiques.* FG1MG7 : *C'est des enfants qui vont avoir des problèmes de santé.* FG2MG17 : *Eviter les pathologies de l'adulte. On est dans la prévention de l'hypertension et du diabète.*

3.7.3 : Les facteurs familial, social, culturel et économique identifiés

La bulle familiale dans laquelle évolue l'enfant est jugée déterminante dans l'émergence et l'évolution du surpoids.

FG1MG3 : *Il faut envisager le surpoids de l'enfant dans un contexte familial.* FG2MG16 : *Il y a quand même un environnement familial de toute façon. Si l'environnement familial là-dessus n'est pas bon, on n'arrivera pas à grand-chose.*

Le contexte familial peut donc être vu comme un des grands responsables du surpoids. FG1MG5 : *Quand il retrouve son environnement familial bah c'est la cata.*

Les médecins repèrent également un **facteur de bien être moral de l'enfant et du fonctionnement familial déterminant** dans le risque d'être en surpoids.

FG1MG7 : *C'est souvent des familles divorcées, avec des contextes familiaux compliqués, et il y a souvent de la psychologie derrière qui ne va pas. Tu as un terrain psychologique un peu difficile, un terrain génétique un peu difficile, c'est compliqué.*

FG1MG1 : *C'est une réalité, il y a un contexte social. Je pense que le contexte familial est encore plus important. Moi mes obèses ils ont rarement des parents qui sont épanouis et amoureux.*

Une **éducation parentale** laxiste a été quelquefois évoquée comme un facteur de risque de surpoids chez l'enfant.

FG1MG1 : *Les gamins à 2, 3 ans ils ne savent pas parler mais je peux te dire qu'ils savent déjà ce qu'il y a dans les placards, parce que tout est à leur portée. [...] Il y a beaucoup du savoir dire non du parent sur l'enfant. C'est des parents qui ne savent pas résister.*

FG1MG2 : *C'est vous qui faites à manger, c'est vous qui devez contrôler.*

FG1MG5 : *Il faut avoir un petit peu d'autorité de la part des parents. Il y a un certain laisser aller.*

L'éducation à l'alimentation équilibrée est vu comme protecteur. FG1MG7 : *Vous faites des légumes à la maison, vous faites une bonne hygiène de vie. C'est des messages qu'il gardera quand même plus tard.* FG1MG2 : *Si vous lui apprenez à manger sainement maintenant, demain il aura envie de manger un petit peu mieux.*

Durant les entretiens le **lien entre le surpoids et le milieu social** est ressorti plusieurs fois. Un faible niveau socio-économique est vu comme un facteur de risque.

FG1MG11 : *Est-ce que vous ne pensez pas quand même qu'il y a un lien avec le niveau social, le niveau socio-économique ? Parce quand je pense aux cas que j'ai dans ma patientèle, [...] il y a des problèmes de séparation, conjugopathie, milieu social défavorisé. [...] En général c'est aussi un problème de moyen financier.* FG1MG12 : *On n'a pas vraiment de problème lié aux milieux défavorisés, donc on a peu de surpoids.* FG2MG14 : *C'est souvent les enfants avec des familles un petit peu en difficulté. Il y a souvent plein de problématiques associées des fois.*

Et à l'inverse un niveau économique élevé peut être perçu comme protecteur. FG1MG11 : *Le surpoids à La Baule, je n'en ai pas beaucoup.*

La notion de culture a été plusieurs fois évoquée comme un élément à prendre en compte pour adapter la prise en charge.

FG1MG8 : *Un milieu quand même très défavorisé et assez mixe au niveau population avec beaucoup de Maghrébins notamment. Donc ce qui particularise les choses par rapport à l'obésité, j'ai eu pas mal d'enfants obèses effectivement. [...] Il y a vraiment un problème culturel également.*

FG1MG1 : *Dans le coin j'ai beaucoup de mamans fortes culturellement, parce qu'avec les rugbymen on a quelques jolis gabarits. Elles ont du mal à accepter que leurs enfants soient en surpoids.*

L'origine aussi du patient et de ses parents peut être vu comme un facteur de risque de surpoids.

FG1MG7 : *On n'est pas tous égaux par rapport au poids, il y a des gens qui prennent vite et qui vont facilement stocker.*

FG1MG9 : *Le père était d'origine Malgache et il a un IMC à 34.*

FG1MG2 : *Tu vois les gens du voyage j'en ai deux. Qui sont gros.*

De façon plus anecdotique le confinement dû au contexte sanitaire Covid 19 a été vu quand un évènement amplificateur de sédentarité et par extension de surpoids.

FG2MG13 : *Là avec le premier confinement on a plein de petits enfants qui reviennent en septembre avec un surpoids.*

FG1MG1 : *Des surpoids j'en ai beaucoup, avec le confinement ça a explosé.*

FG1MG2 : *Le gars de 11 ans qui passe sa vie sur son canapé à faire de la console.*

Certains médecins ont évoqué la question des **repas pris chez les grands parents** qui est vu comme une des causes du problème.

FG1MG1 : *Tous les midis il allait manger chez ses grands parents parce que la cantine ce n'était pas bon, et que ses grands parents lui mettaient un litre et demi de coca tous les midis.* FG3MG25 : *Quelque fois chez les grands parents c'est open bar.*

A l'inverse **prendre son repas à la cantine scolaire est vu comme protecteur.**

FG3MG22 : *Quand ils vont à la cantine au moins ça sauve le midi.* FG3MG26 : *C'est vrai que ça peut être un bon conseil parce que tu sais que c'est un repas équilibré le midi.*

3.7.4 : Adhésion à la prise en charge

Les interventions des participants au sujet de l'adhésion et de la motivation retrouvées chez les patients ne sont pas unanimes.

Certains médecins rapportent une difficulté à convaincre et à motiver les patients pour entreprendre une prise en charge ; et une prise de conscience compliquée à obtenir.

FG1MG12 : *Je trouve que les parents sont peu demandeurs et peu adhérents.* FG3MG26 : *C'est loin d'être la majorité qui se saisit du conseil et qui prend conscience du problème. J'ai l'impression de ne pas réussir à les accrocher.*

Il y a une part de déni rapportée : FG1MG1 : *Moi ce que je vois sur les patients c'est le déni des parents.* FG2MG14 : *Il y a des familles qui ne veulent pas trop voir.*

Une certaine inertie également. FG3MG21 : *J'ai l'impression souvent de rester sur des banalités et il n'y a pas grand-chose qui se passe.*

Voir des perdus de vue. FG1MG2 : *Il y a quand même des perdus de vue parce que les parents ils vont me faire ah non pas du tout.*

A l'inverse d'autres participants rapportent une certaine adhésion soit de l'enfant, soit des parents, soit des deux. FG1MG8 : *Et généralement les parents étaient intéressés, l'enfant souvent moins.* FG1MG12 : *Les enfants se confient assez bien. Il y a une relation de confiance qui va plus vite je trouve.* FG1MG6 : *Le gamin il le sait bien, les parents le savent bien aussi.*

Avec une annonce de la pathologie qui ne reste pas facile mais qui est entendue. FG1MG5 : *Je pense que les parents l'entendent même si ça leur fait peut-être un petit peu mal sur le moment.*

Et une attention importante aux apports alimentaires des enfants de la part des parents est remarquée. FG1MG4 : *Les gens font attention à ce qu'ils mangent [...] On a aussi beaucoup de mamans qui sont très attentives à l'alimentation de leur enfant.*

3.7.5 : Les représentations sur l'alimentation

Le domaine de la nutrition est vu comme vaste et touchant de multiples composantes psychologique, culturelle, et économique également.

FG1MG8 : *La nourriture ça touche à quelque chose de très profond et culturel, familial.*

FG1MG9 : *Tu touches quelque chose qui est très complexe. L'alimentation aujourd'hui il y a tout plein de régimes partout. Ça touche à l'image corporelle. C'est un sujet extrêmement complexe, extrêmement épineux. Il y en a beaucoup qui sont paumés, qui font n'importe quoi avec l'alimentation.*

Les médecins rapportent des erreurs alimentaires importantes notamment résultant des multiples injonctions de régimes, et de l'orthorexie présente dans la société.

FG1MG2 : *Et résultat la mère elle ne va lui faire à manger que des légumes le soir parce que les pates ça fait grossir, et par contre les gosses ils crèvent la dalle et résultat ils vont manger du chocolat.*

Une alimentation équilibrée est également plutôt vue comme davantage onéreuse pour les patients, donc plus difficile d'accès.

FG1MG12 : *Pour acheter à manger équilibré aussi.* FG3MG24 : *C'est vrai que c'est les gens défavorisés aussi qui mangent mal, et du coup si on ne les accompagne pas dans cette transition, ils vont se retrouver avec des frais alimentaires à la fin.*

3.7.6 : La croissance et la stabilisation du poids

La notion de stabilisation du poids est revenue régulièrement dans les entretiens. **Les médecins misent sur la croissance staturale associée à un ralentissement de prise de poids** pour faire baisser l'IMC de l'enfant.

FG2MG13 : *Je propose une stabilisation. Je compte sur la prise de taille pour que l'IMC baisse. Pour que du coup ce ne soit pas trop contraignant et qu'il y ait des résultats visibles sur la courbe.*

FG3MG24 : *Avec la croissance ça va se rétablir sans forcément se restreindre plus plus.*

Il y a également **l'idée de ne pas imposer trop de contraintes pour garder le lien thérapeutique et la motivation des patients.**

FG1MG1 : *Leur dire faut pas perdre de poids, il faut juste arrêter d'en prendre pendant que vous grandissez. Et ils acceptent mieux le message.*

FG3MG25 : *Quand ils commencent à faire des efforts et qu'ils grandissent, quelquefois la courbe s'infléchit. Et ça, ça encourage l'enfant quand même.*

L'idée de compter **sur le temps et la croissance naturelle de l'enfant pour une bonne évolution** revient souvent.

FG1MG2 : *Faut que tu grandisses, faut pas que tu perdes du poids. Et voilà et ça va se tasser sur le temps.*

FG2MG15 : *Il y a des enfants qui sont un peu boulots, et puis ils grandissent et tout va mieux.*

FG1MG10 : *Ils ont fait des efforts, ils ont grandi et ils ont stabilisé leur poids. Plusieurs fois ça a marché.*

Avec quelques nuances sur **l'évolution difficilement prévisible** de la courbe staturo-pondérale.

FG1MG7 : *Des enfants qui poussent comme de grandes tiges et leur surpoids disparaît d'un coup. Et d'autres qui prennent des virages catastrophes. Ce n'est pas évident.*

Il y a également le fait que cela va dépendre de l'IMC de départ.

FG1MG11 : *Oui ça avait été bien accepté parce que ce n'était pas de grands obèses, juste des surpoids.* FG1MG2 : *Oui mais l'enfant en surpoids c'est un futur adulte obèse. [...] Le gros d'aujourd'hui c'est un super gros de demain.*

3.7.7 : Des consultations chronophages

Les intervenants rapportent unanimement **des consultations qui prennent beaucoup de temps**.

FG3MG27 : *On va un peu plus remettre à plat toute l'alimentation, des choses qui vont prendre un peu de temps quand même. [...] Tout ça nécessite beaucoup de temps en consultation.*

FG1MG9 : *Et du coup c'est chronophage. C'est des consultations qui sont longues.*

Le problème restant le même avec ou sans formation dédiée.

FG1MG4 : *Moi j'ai un DU de nutrition, donc je suis formée. Mais ce n'est pas pour ça que je vais avoir du temps pour m'occuper des enfants.*

Certains résolvent le problème en **multipliant les interventions**.

FG1MG8 : *C'est effectivement chronophage mais il faut faire un suivi avec plein de consultations.*

Ou en passant la main après le dépistage par manque de temps. FG1MG4 : *Je passerai la main. Parce que c'est long. Il faut ré expliquer chaque chose, ce qui ne va pas, etc. C'est hyper long. [...] Je pense qu'on manque de temps, c'est surtout ça. C'est toujours un problème de temps chez nous de toute façon.*

Ce manque de temps est vu comme un gros frein à une bonne prise en charge :

FG3MG20 : *Avoir le temps de faire les choses bien, parce que c'est un problème de temps.*

Mais la notion est revenue plusieurs fois de temps qui vaille la peine d'être investi, **précieux dans la prévention de la santé de l'enfant**.

FG2MG17 : *Il faut prendre son temps.*

FG1MG1 : *Après c'est chronophage oui et non. Parce qu'effectivement ça prend du temps. Mais de tout ce qu'on fait pour l'enfant, mis à part les vaccins, c'est ce qu'il y a de plus*

important. [...] Mais quand même le jeune adulte déjà obèse, ça va avoir un impact sur sa vie tout le temps. Donc ça fait quand même partie des choses qui valent le coup de prendre un peu le temps.

3.7.8 : Une prise en charge difficile

Beaucoup de praticiens rapportent **des difficultés et un sentiment de complexité face au surpoids infantile.**

FG2MG17 : C'est très complexe, je trouve ça difficile. FG2MG18 : C'est une question qui est forcément délicate. Qui renvoie à pleins de choses.

Une grande **attention sur la manière d'aborder le sujet**, ce dernier pouvant vite se révéler épineux.

FG1MG4 : Je pensais que je n'avais pas la bonne approche, donc ça me rassure de savoir que je n'étais pas toute seule. Mais après je n'ai pas d'idée.

FG3MG22 : Peut-être qu'on se bloque à ne pas dire des choses toutes simples.

Également a été discuté une **impression de manque de solution**, d'être démuni dans la prise en charge.

FG1MG12 : La question c'est qu'est-ce qu'on propose derrière, par qui, combien de temps ... [...] Je trouve que c'est très difficile de proposer quelque chose. FG1MG6 : C'est bien de montrer ce qu'il se passe, il faut trouver des solutions après quoi. FG3MG26 : On est démuni, on n'a pas de solution derrière.

Une prise en charge qui se fait dans la durée.

FG1MG8 : Pour faire bouger les choses c'est vraiment un travail de très, très longue haleine. Il faut y aller doucement, prudemment. Et c'est bien compliqué. FG1MG7 : C'est compliqué. Donc il faut être patient et accompagner au mieux.

Qui peut occasionner un manque de motivation tant de la part du patient que du praticien.

FG3MG23 : Je suis très perplexe sur mes capacités et mes moyens thérapeutiques. Là c'est un bénéfice hypothétique, plus tard, dans plusieurs années... Inatteignable comme objectif !

Avec des rechutes : FG1MG8 : L'été tu as la courbe qui remonte au plafond parce l'été c'est les glaces.

Les médecins parlent **d'un sentiment de manque d'efficacité, d'un succès dans la prise en charge assez incertain.**

FG1MG5 : Les messages que l'on transmet sont peut-être plus ciblés pour les gens, spécifiquement. C'est peut-être plus efficace. Après c'est une efficacité qui peut être toute relative hein. FG3MG26 : Certains parfois, et on est très contents, ils accrochent, mais la majorité... J'ai l'impression de ne pas réussir à les accrocher. FG2MG14 : Il y a des enfants que ça va booster, et d'autres où on est un peu dans l'échec.

Une partie des intervenants rapportent **passer facilement la main, par impression de manque de temps ou de compétence.**

FG1MG3 : *Ce n'est pas facile donc voilà. Et du coup j'oriente très facilement vers notre infirmière asalée.* FG3MG21 : *J'ai tendance à passer facilement la main, parce que je sais qu'elle va faire ça beaucoup mieux que moi.* FG2MG17 : *Parce que quelquefois on le sent bien que ça va être complexe, alors est ce qu'on renvoie vers un autre professionnel ? Il y a plein de règles diététiques où je ne suis pas compétent, je n'y vais pas.*

3.8 : Attentes et idées des médecins généralistes pour améliorer la prise en charge du surpoids infantile

3.8.1 : Mise en place visites médicales préventives systématiques

Parmi les limites évoquées pour une bonne prise en charge du surpoids infantile se trouve le problème de consultations chronophages, et qui de manière générale s'espacent quand l'enfant grandit. Plusieurs réponses dans la question sur les attentes des praticiens ont été assez spontanément vers une **demande de dégagement de temps nécessaire pour s'occuper de cette pathologie.**

FG2MG13 : *Le temps oui c'est vrai que c'est la bonne réponse.* FG1MG4 : *Moi je pensais avoir le temps dans la prévention et le surpoids des jeunes enfants.* FG2MG19 : *Des consultations plus longues et plus rapprochées aussi.*

Plusieurs intervenants ont expliqué **mettre en place d'eux même une visite annuelle systématique pour les enfants de leur patientèle, afin de se consacrer à la prévention**, dont celle du surpoids. Ceci pour pallier aux occasions qui deviennent rares de voir les enfants en consultation une fois le stade de nourrisson dépassé.

FG1MG1 : *Mes enfants sont vus quasiment tous les ans, ça fait partie des règles que je leur donne, et ils viennent relativement tous.*

FG2MG14 : *Parce qu'on ne fait pas que les certificats de sport, on fait la prévention de pleins de choses. Donc à chaque fois je leur dis il faut continuer à venir tous les ans.*

FG3MG24 : *Moi je dis aux parents d'essayer de venir tous les ans hors d'une infection virale.*

L'idée a été avancée plusieurs fois **d'officialiser ce système de consultations dédiées à la prévention.**

FG2MG14 : *Je trouve qu'il y a à mon avis un système à mettre en place, je ne sais pas s'il faut rendre ça obligatoire, mais en tout cas de prévention, qui serait pris en charge à 100%.*

FG2MG15 : *C'est vrai comme les bilans dentaires où les parents pourrait recevoir des lettres.*

Avec la question de mettre cela sous la forme d'une incitation ou d'une obligation.

FG3MG22 : *Moi je trouve qu'il devrait avoir une visite obligatoire à 3ans, 4ans, 5ans, à 6ans.*

FG2MG17 : *Moi je ne crois pas aux consultations obligatoires. [...] Je crois quand même beaucoup plus à notre rôle de médecin de famille. Ce sera beaucoup plus efficace. Parce que tout ce qui est obligatoire, on n'a pas la culture.*

3.8.2 : Une revalorisation des consultations dédiées, une modification du système de rémunération

Les consultations au sujet du surpoids infantile sont parfois **vu comme atypiques et ne rentrant pas dans le cadre habituel** d'une consultation de médecine générale.

FG3MG23 : *Je trouve que nos consultations ne sont pas dédiées à la prise en charge de ce problème.*

La proposition de **revaloriser cette prise en charge** qui peut s'avérer longue et dans la durée à été plusieurs fois évoquée.

FG3MG24 : *C'est gentil mais pour 25 euros on ne va pas passer une heure à ça. Revaloriser, bon je sais qu'il y a une cotation annuelle. Mais bon ça ne fait pas tout. Ce sont des âges qui sont hyper stricts. Donc je ne sais pas très bien utiliser cette cotation, mais il faudrait peut-être un forfait pour le médecin pour le suivre dans la durée.*

Une cotation spécifique existe en effet déjà, la CSO. Cette cotation de consultation complexe porte sur le suivi par le médecin traitant des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité. Elle ne peut être utilisée plus de deux fois par an et par enfant.

Cependant **plusieurs intervenants ne connaissent pas la cotation CSO**, ou ne la connaissent pas bien, ou déclare ne pas l'utiliser.

FG2MG13 : *Je crois qu'il y a une cotation pour dépistage de l'obésité chez l'enfant. Je ne l'ai jamais utilisé mais je la vois dans mes cotations.*

Une rémunération sur les objectifs de santé publique ROSP portant sur la prévention du surpoids infantile existe aussi, mais elle n'a été évoquée qu'une seule fois au cours des trois focus groupe.

FG1MG11 : *Il me semble qu'on doit remplir dans le ROSP un objectif où il faut mettre l'IMC dans les carnets de santé.*

Une proposition de **mode de rémunération sous la forme d'un forfait** a été faite, pour pouvoir adapter le suivi de façon plus confortable.

FG3MG26 : *Dans l'idée du forfait, pour le coup le médecin traitant pourrait rester le pivot central du suivi, on pourrait rester sur une visite trimestrielle. Vous avez vu la diététicienne, vous avez vu la psychologue, vous avez vu le sport, et puis on continue à se voir 3, 4 fois dans l'année. Et pour le coup on ne serait pas dessaisi de la prise en charge.*

3.8.3 : Des consultations paramédicales remboursées par la sécurité sociale

Une des grosses difficultés rapportée à la prise en charge a été le non-remboursement des intervenants paramédicaux, pourtant jugés essentiels.

FG1MG8 : *Le problème c'est les diététiciennes qui ne sont pas remboursées. Je pense que si elles pouvaient être remboursées ça pourrait être intéressant.*

FG3MG26 : *On aimerait bien passer la main à des diététiciennes mais les gens ne sont pas forcement disposés à payer des consultations.*

FG3MG26 : *Tout l'aspect psychologique qui est une nouvelle fois non prit en charge. Pour le coup la psychologue c'est payant, le CMP c'est un an d'attente.*

D'où l'idée plusieurs fois donnée d'un **remboursement des consultations de diététique, de psychologue par la sécurité sociale.**

FG1MG3 : *C'est une bonne idée la prise en charge diététique. Et puis ça pourrait être pareil pour une prise en charge psychologique.*

Voir même un remboursement de l'activité physique.

FG1MG7 : *Avoir plus de prise en charge globale, avec de l'activité physique et de la nutrition prise en charge.*

Pour ce faire l'expérimentation Ecout'Emoi a été reprise en modèle. Cette dernière avait été mise en œuvre par certaines ARS pour les enfants et les adolescents en souffrance morale. Un médecin évaluateur prescrivait si besoin des séances auprès d'une psychologue libérale qui étaient prises en charge.

FG1MG8 : *S'il y avait un peu la même prise en charge et la même expérience que Ecout'Emoi pour les ados que pour l'obésité des enfants.*

FG1MG3 : *Une expérimentation un peu comme Ecout'Emoi, sur cinq consultations familiales.*

Dans la même lignée **l'idée d'un forfait prescrit par le médecin généraliste** en fonction d'une évaluation de la gravité du surpoids a été reprise. Ce forfait donnerait accès à un dispositif remboursé de paramédicaux, pour une prise en charge plus fluide.

FG3MG26 : *Un forfait. Pour une consultation avec la psychologue d'évaluation, plusieurs séances de suivi avec la diététicienne, et puis un encouragement à aller faire du sport. [...] Si tout était centralisé sur un bon, un carnet ... C'est un couteau suisse que l'on pourrait dégainer une fois l'enfant dépisté.*

3.8.4 : Parcours de soins et réseaux

Les généralistes déclarent se sentir isolés dans la prise en charge.

FG1MG7 : *Je n'ai pas d'intervenant spécifique.* FG3MG23 : *Je manque peut-être un peu d'ouverture de ce côté-là.*

Ils expriment **beaucoup d'attente pour un décloisonnement dans les interventions.**

FG3MG24 : *C'est hyper important d'avoir des réseaux et des numéros de téléphone à appeler.*

FG3MG26 : *C'est vrai que sur le système de santé actuel il y a une grosse frustration. Parce que pour le coup on a besoin d'une aide, mais il n'y a rien qui est remboursé, on n'a pas de correspondant. [...] On a besoin de ça, de passer la main. C'est-à-dire de dépister, de donner un conseil minimal, puis de passer la main à des gens spécialisés dans l'éducation thérapeutique ou à une diététicienne.*

Par rapport à une prise en charge hospitalière, les généralistes rapportent plutôt une déception dans ces suivis et ne manifestent pas d'attentes de ce côté-là.

FG1MG8 : *J'ai été assez déçue par l'hôpital, ceux que j'envoyais là-bas. Je trouvais que ce n'était pas très spécialisé, c'était un suivi très relâché.*

FG3MG26 : *Le pédiatre à l'hôpital c'est long, c'est lourd, ça peut être un frein pour les parents. Parce que ça peut paraître disproportionné.*

Il y a un sentiment de se dessaisir du suivi avec l'hôpital, ou de ne pas les adresser forcément au bon endroit.

FG3MG24 : *On se dessaisit vers l'hôpital, et eux ils s'en saisissent complètement. Et on ne les revoit plus pour ça.*

FG3MG26 : *Là on envoie vers un centre spécialisé qui n'en relève pas. Tout simplement parce qu'il n'y a pas de structure qui existent actuellement.*

Pour un résultat qui n'est pas forcément durable.

FG1MG5 : *J'ai quand même réussi à l'envoyer à la Bouëxière [NB centre hospitalier spécialisé obésité] pour essayer d'avoir une éducation thérapeutique. [...] Quand il va là-bas il passe plusieurs mois qui vont le faire maigrir, mais quand il revient à la maison, quand il retrouve son environnement familial bah c'est la cata.*

Au sujet des réseaux pluridisciplinaires de prise en charge, la majorité des médecins déclarent ne pas en connaître, ou ne pas travailler avec eux.

FG1MG3 : *Je n'ai pas vraiment connaissance de réseaux.* FG3MG22 : *On est très peu informé. Enfin moi je ne savais pas que ça existait.*

Une des attentes est une plus grande lisibilité et proximité de ces réseaux.

FG1MG7 : *Peut-être plus de réseaux à portée de main ?*

FG1MG10 : *Ah oui c'est loin.*

FG3MG20 : *C'est que les réseaux ne sont pas clairement identifiés. Il faudrait rassembler leurs coordonnées, synthétiser.*

FG3MG26 : *Ils existent mais ils ne sont pas venus nous voir, et on n'est pas allé les voir.*

Une piste également évoquée est l'organisation de **groupes de thérapie**, par exemple par le biais de ces réseaux.

FG1MG8 : *Je pense que les groupes d'enfants qui ont ce problème-là me paraîtraient intéressants. Parce qu'ils ont quand même un problème psychologique, et s'ils voient d'autres enfants qui ont le même problème comme les gens addicts ça va les aider à lutter contre ça. [...] Donc peut-être activité de groupe. A voir avec MC44 ?*

3.8.5 : L'apport des IDE en pratique avancée

Plusieurs participants ont au sein de leur cabinet médical un partenariat avec une infirmière en pratique avancée IPA, ou infirmière ASALEE. **Ils rapportent en avoir fait une intervenante essentielle dans la prise en charge, qui leur apportent une grande aide.**

FG1MG3 : *Dès que je les ai repérés je les adresse assez vite à notre infirmière asalée qui elle va faire l'enquête alimentaire, qui va retravailler.*

FG1MG1 : *Les infirmières asalées, elles se prennent une heure pour avoir le temps de parler de ça.*

FG1MG12 : *Les infirmières asalées ça va être une bouffée d'oxygène pour pouvoir avoir quelqu'un qui prend le temps, qui pose les choses, qui voit le gamin tout seul.*

FG3MG21 : *Elle va faire ça beaucoup mieux que moi. Elle va prendre le temps d'une grande consultation pour discuter de tout ça. Et elle est bien meilleure que moi en éducation thérapeutique.*

Au point que les médecins ne travaillant pas avec ces dernières ont semblé convaincus du grand apport donné dans la prise en charge.

FG1MG11 : *Je pense qu'effectivement l'infirmière asalée c'est très important. Il faudrait que vous m'expliquiez comment faire pour en avoir une dans son cabinet parce que vous avez l'air de dire que c'est super. Je pense qu'elles ont un gros rôle à jouer.*

FG1MG10 : *Effectivement l'infirmière asalée ça serait super. Plus on en parle et plus je trouve ça super.*

FG3MG26 : *Je pense que ça c'est une très très bonne piste.*

FG1MG5 : *Et une infirmière asalée dans tous les cabinets.*

3.8.6 : Une aide à l'accès à l'activité physique

Les praticiens remarquent un **frein financier chez certains parents pour permettre l'accès à la pratique sportive de leur enfant.**

FG1MG1 : *Ils n'ont pas les sous pour payer du sport à leurs enfants.*

FG1MG11 : *Le foot je ne peux pas, parce que ça coûte cher.*

D'où l'idée d'une aide financière pour les enfants à risque ou en surpoids.

FG3MG22 : *Le souci financier pour le sport il est quand même assez présent. [...] Un chèque pour le sport ?*

Une aide qui pourrait venir des municipalités.

FG1MG1 : *Activité physique pour tous.*

FG3MG26 : *Les villes pourraient participer dans le cadre des clubs de sport qui sont subventionnés par les villes. On pourrait envisager des places pour les structures associatives.*

Pour les enfants déjà en surpoids, des prescriptions d'activité physique adaptée ont été proposées.

FG3MG26 : *Des ateliers passerelles. C'était justement de l'activité physique pour les enfants en surpoids.*

Sous la forme de programme passerelle pour le surpoids et l'obésité, encadré par des professionnels en animation sportive. Une façon d'adapter le sport à leur pathologie.

FG3MG20 : *Une association reconnue d'utilité publique et partiellement financée. Et qui offre aux personnes ayant des problèmes de santé un programme adapté à leur pathologie pour sortir de la sédentarité. Du sport adapté, voilà.*

3.8.7 : Le temps scolaire

Une proposition pour **un développement de la médecine scolaire a été faite.**

FG1MG12 : *Mon rêve ça serait qu'on retrouve une médecine scolaire digne de ce nom. Qu'on puisse travailler un peu avec eux.*

Également des **aménagements dans le programme scolaire** pour une sensibilisation à la nutrition, et une prévention au surpoids infantile.

FG3MG22 : *Je pense qu'il devrait y avoir des cours de cuisine, on devrait apprendre dès la maternelle. [...] Un truc obligatoire, comme le français.*

FG3MG20 : *La diététicienne fait des ateliers justement cuisine. [...] C'est vrai que développer ce genre de choses ça peut être bien pour les sensibiliser, que ce soit à l'école ...*

3.8.8 : Les actions gouvernementales

Le débat sur les actions gouvernementales pour la sensibilisation à une alimentation équilibrée via des spots télévisuels est nuancé.

Certains praticiens pensent que davantage de messages de santé publique devraient être diffusés.

FG1MG5 : *Mes attentes il faudrait qu'on demande à nos autorités sanitaires de passer des messages à la télé. [...] Je pense que la Sécu devrait faire des messages sur l'alimentation des enfants. [...] Pour vraiment essayer de leur inculquer des choses très simples.*

FG2MG14 : *Et une information qui soit, comme les antibiotiques ce n'est pas automatique, il y a des informations qui passent dans les médias. [...] On sait bien que ça marche tout ça.*

FG3MG21 : *Qu'on interdise la pub sur la télé. [...] Enfin tu vois la malbouffe ... on valorise aussi tout ça.*

Tandis que d'autres médecins ne croient pas à cette piste.

FG1MG11 : *Je pense que les spots télévisuels il y en a assez.*

FG1MG9 : *Moi je n'y crois pas trop aux messages télévisuels, je pense que c'est mieux qu'il n'y ait rien. [...] Tu peux balancer autant d'informations que tu veux ce n'est pas pour autant que tu vas modifier le comportement. Mais du coup il faut que le message soit ciblé.*

D'autres idées pour des actions gouvernementales ont été soulevées, comme une **taxe sur les produits hypercaloriques, ou une information sur la valeur nutritionnelle** des produits achetés, comme le nutriscore.

FG3MG21 : *Oui par exemple faisons une taxe sodas.*

FG3MG23 : *Les nutriscores c'est quand même bien aussi.*

3.8.9 : Autres supports d'aide

L'idée de consulter **sur internet des sites d'aide dédiés** à la prise en charge du surpoids infantile par les médecins a été évoquée.

FG1MG1 : *Il y a un truc sur kit médical qui s'appelle obéclis qui est hyper bien fait sur la consultation initiale, sur les prises en charge, sur ce qu'on peut faire.*

Ou de se procurer des **supports comme des brochures**, ou des prescriptions pré remplies à donner aux parents et à l'enfant en fin de consultation.

FG3MG20 : *On n'utilise pas assez souvent le support écrit. Il y a des choses qu'ils vont prendre beaucoup plus au sérieux quand on leur écrit des prescriptions à côté par exemple.*

4. Discussion

4.1 : Discussion de la méthode

4.1.1 : Avantages

La méthode d'entretien par focus groupe a la particularité de produire du débat et favorise l'émergence de nouvelles idées par effet d'entraînement.

Les discussions au cours des trois entretiens collectifs ont été riches, la parole a été distribuée.

Plusieurs intervenants ont rapporté avoir appris des expériences et des débats effectués aux cours de ces séances. Provoquer de la réflexion et un autre regard sur les pratiques médicales entre pairs est un bénéfice collatéral précieux de ce travail.

La validité externe des résultats obtenus se retrouve dans la littérature, plusieurs recherches ont démontré les mêmes résultats.

Cependant la méthode comporte également quelques biais et limites.

4.1.2 : Biais et limites

=> Composition des groupes de participants :

Le recrutement des participants s'est fait pour les FG1 et FG3 par réseaux de connaissances. Ces groupes composent en effet respectivement déjà un groupe de FMC et des membres d'une MSP. Les participants avaient donc déjà l'habitude de débattre ensemble pour la plupart. Cela peut lever les inhibitions mais aussi entraîner un biais déclaratif. Les intervenants peuvent en effet moduler leurs discours devant des connaissances et des collègues.

La deuxième séance de focus groupe a été composée à la suite d'appels téléphoniques et de demandes par mail. Les participants ont donc été inclus grâce à leur motivation et à leurs disponibilités. Cela peut entraîner un biais de sélection, on peut supposer que les médecins peu intéressés par le sujet n'auront pas donné suite à la demande de participation. De plus la plupart des praticiens du FG2 n'avaient jamais participé à ce genre d'exercice, et ne se connaissaient que très peu. Cela a pu être moins propice au débat.

=> Déroulement des séances :

Les entretiens collectifs numéro un et deux se sont déroulés à distance sur l'application Zoom du fait du contexte sanitaire de fin de l'année 2020. Nous avons donc subi les aléas de

connections Internet coupées, de microphones peu audibles ou de difficulté à animer la séance par écrans interposés.

Il est à noter que les modérateurs ont été à chaque fois différents sur les trois séances organisées. Il y a donc forcément un biais d'intervention car malgré une volonté de neutralité, chacun possède sa technique et sa manière spécifique pour animer une séance de focus groupe.

Je me suis placée en tant qu'observatrice au cours des séances. N'ayant aucune expérience dans ce domaine, on peut supposer qu'il y ait eu des biais méthodologiques. Cependant, un observateur jeune et sans expérience particulière sur le sujet a pu favoriser la liberté d'expression des participants en diminuant la crainte d'être jugé.

=> Analyse des résultats :

La saturation des données n'a pu être atteinte, de nouvelles idées étant apparues également au cours du troisième et dernier entretien collectif.

Faute de volontaire, il n'y a pas eu de relecture des analyses de résultats par une deuxième personne. Il n'y a donc pas eu de triangulation des données.

Nous avons fait le choix de ne pas faire d'analyses quantitatives sur la composition des groupes de participants. En effet, au vu de leur nombre s'élevant à 27 intervenants, s'adonner à des analyses et à des déductions sur un nombre aussi restreint auraient été peu scientifique et pertinent dans la réflexion.

Au sujet du guide d'entretien servant de fil rouge aux entretiens collectifs, il n'a pas été modifié durant les trois séances. Il a été composé avec une volonté de neutralité et de questions ouvertes afin de provoquer du débat et des idées.

Cependant après analyse une des questions portant sur l'appréhension des médecins à aborder le sujet du surpoids peut être considérée comme orientant les réponses. Elle a pourtant peut-être aussi permis de déjouer des inhibitions à parler de ce ressenti.

4.2 : Discussion des résultats

4.2.1 : La place du médecin généraliste

L'ensemble des médecins interrogés lors des entretiens collectifs déclarent tenir un rôle primordial et légitime dans le dépistage du surpoids chez les enfants. Ceci semble logique, car selon l'assurance maladie, environ 80% des moins de 16 ans consultent uniquement un médecin généraliste (20).

Quant au rôle concernant la suite de la prise en charge, les réponses ont été plus aléatoires. L'implication des praticiens est variable allant d'une délégation très rapide à d'autres professionnels ; ou au contraire jusqu'à l'organisation de consultations rapprochées sur du long terme.

Les recherches retrouvées dans la littérature sur le sujet montrent aussi des résultats disparates. Une thèse par entretiens individuels auprès de généralistes en 2016 par E.Dubuisson retrouve que globalement ceux-ci montrent peu d'intérêt pour la prise en charge du surpoids infantile, même s'ils sont conscients de l'importance du problème (46). Une autre thèse de C.Puddu par la même méthode conclue au contraire que ceux-ci s'identifient au centre de la prise en charge (47).

Les autorités sanitaires par le biais de leur recommandations (2) et feuille de route obésité, dont la dernière pour la période 2019-2022(48), **placent bien le médecin traitant au cœur de la prise en charge.** Des études également ; comme celle de C.Leblanc ou de Bocquier et al concluant à un rôle majeur du généraliste (49) (32).

Une publication de Avignon et al (50) confirment ce rôle. Mais l'article pose la question que si la majorité des médecins considèrent bien qu'il est de leur ressort de prendre en charge cette pathologie, est-ce en revanche bien le reflet d'un réel désir d'implication ?

En effet, comme le conclue aussi M.Villeroy Reville dans une thèse par entretiens collectifs, un des tout premiers pré requis à une bonne prise en charge reste la **motivation du soignant** (51) ...

Pour pallier à cela une recherche de L.Matazzi propose de rassurer les médecins généralistes sur leur **rôle primordial tout au long du suivi afin de maintenir leur implication.** En effet le fait que ce dernier soit impliqué dans l'initiation de la prise en charge et tout au long du suivi baisse de manière significative le risque de suivi écourté (52).

Il est à noter que la place centrale du médecin généraliste n'est pas le modèle de tous les pays. En Angleterre par exemple selon une étude menée par O'Donnell et al auprès d'une cinquantaine de généralistes, la plupart ne se montraient pas convaincus de leur rôle sur la gestion du surpoids. Une approche du problème plutôt par le scolaire était avancée. L'étude recommande aux politiques publiques de laisser un rôle mineur aux médecins généralistes pour cette pathologie (53).

M.Le Pommelet a mené une recherche s'attardant sur le point de vue des parents des enfants en surpoids. La place du médecin traitant dans cette pathologie est en effet reconnue, par ses qualités de proximité, d'accessibilité, de prise en charge globale et de connaissance de la famille. Cependant les parents rapportent également un sentiment d'abandon par les professionnels de santé, qui ne semblent pas vouloir s'investir dans la prise en charge, et leurs compétences sont parfois remises en cause. **Il y a une demande de soignant référent,** et les réponses sont mitigées quant à savoir si c'est le médecin traitant qui peut remplir ce rôle (54).

F.Lime et L.Pontier se sont intéressés quand à eux aux points de vue des patients en surpoids. Pour ces derniers le médecin traitant est vu comme la clef de voute de la prise en charge (55).

Selon la recherche de G.Payet portant également sur les ressentis de praticiens dans la gestion du surpoids infantile, **des formations dédiées aideraient ces derniers à trouver leur place dans cette pathologie**. En étant davantage formés il y aurait un vécu moins complexe et une vision plus optimiste de la prise en charge, ce qui mènerait à davantage d'investissement (56).

4.2.2 : Le dépistage

=> De bonnes pratiques déclarées :

La majorité des intervenants des focus groupe rapportent **réaliser de façon systématique le dépistage des enfants** en surpoids. Ceci en recueillant les mensurations des poids, taille et IMC pour réaliser les courbes staturo-pondérales.

Il n'y a pas de difficulté particulière concernant ce point, qui semblent être acquis pour les médecins généralistes. Beaucoup rapportent d'ailleurs une forme d'automatisme dans cette pratique.

Le manque de temps est parfois cité comme un frein, résultat qui se retrouve aussi dans l'étude menée par O.Goujeon. Celle-ci a interrogé par questionnaire 120 généralistes sur leur pratique de dépistage (57) en se penchant particulièrement sur les difficultés rapportées. La thèse de C.Leb Blanc utilisant la même méthodologie retrouve également des bonnes pratiques déclarées (49).

Cependant lorsqu'on se penche sur les résultats on s'aperçoit que **la notion de changement de couloir ou de rebond d'adiposité n'est citée que minoritairement, alors que ces notions sont fondamentales pour dépister le plus précocement possible avant que la courbe d'IMC ne dépasse les courbes de croissance de référence**. A l'instar des focus groupe, la plupart des praticiens **attendent que la courbe staturo-pondérale dépasse celle de référence pour alerter, stade où le surpoids est donc déjà bien installé**.

=> L'aspect physique :

Le fait de se reposer sur l'aspect physique pour dépister ou suivre davantage a été plusieurs fois cité dans les focus groupe.

Cela s'est également retrouvé dans plusieurs recherches sur le surpoids infantile, dont celles de C.Leb Blanc (49) et celle de C.Puddu (47). **Les praticiens déclarent parfois se reposer sur l'impression visuelle**. Pourtant comme le conclue L.Vimeux, **l'objectif est de dépister avant l'apparition des signes physiques** (64).

=> La place de logiciels :

La question s'est posée également de la place d'un logiciel pour tracer de façon automatique l'IMC de l'enfant. **Cela ferait gagner du temps au médecin, et il pourrait même y avoir un système d'alerte** si la courbe s'infléchit vers le haut. De plus cela pallie au problème de l'oubli du carnet de santé par les familles. La plupart des intervenants déclaraient cependant ne pas se servir de l'informatique, préférant l'utilisation de carnet de santé. Il était en effet considéré comme mal perçu de ne pas le remplir, et la courbe rendue considérée comme visuelle et pratique pour engager la discussion.

L'idée de logiciel informatique utilisé comme alerte pour le médecin revient souvent dans la littérature, comme chez O.Goujeon (57), C.LebLANC (49) ou F.Lambou (65).

=> Les pratiques de dépistage retrouvées sur les carnets de santé :

Des recherches ont été menées sur le réel remplissage des courbes staturo-pondérales dans les carnets de santé, chez les enfants de passage aux urgences pédiatriques ou hospitalisés. Dans celle de G.Lafon qui s'est déroulée sur l'année 2014 en Nord Pas de Calais (58), il a été retrouvé que trois quart des carnets n'étaient pas correctement remplis selon les critères HAS ; qui recommandent au moins deux recueils par an des mensurations. Selon les mêmes méthodes les résultats de E.Bardet Fournier retrouvés à Albertville ne sont pas meilleurs, aucun carnet n'aurait été retrouvé rempli correctement (59)...

Ce qui est préjudiciable car **sans réalisation de courbes de croissance il est aisé de passer à côté d'un surpoids entre l'âge de 1 et 6 ans**, ce processus étant long et insidieux. Et plus le temps passe, plus les habitudes obésogènes sont difficiles à rectifier.

=> L'importance d'un dépistage précoce :

Selon la recherche de I.Duplomb réalisée par questionnaire en Pays de la Loire auprès d'une cinquantaine de médecins généralistes, il n'y a également pas de difficulté rapportée dans le dépistage du surpoids infantile. Alors que les pratiques déclarées démontrent le contraire. La notion de rebond d'adiposité ou de changement de couloir de la courbe n'ont été en effet que peu mentionnés. **Il n'y a pas d'identification de la part des praticiens de retard au dépistage.** La différence vient du fait que une fois l'IMC dépassant la courbe de référence, nous ne sommes plus dans la prévention, le surpoids déjà est bien installé (60).

D'après l'article de Thibault et al sur les critères de repérage précoce du surpoids infantile, le rebond d'adiposité correspond à une ré ascension de la corpulence avant l'âge de 6 ans. Or **cela peut être insidieux et l'impression clinique trompeuse car on se trouve justement dans la période de vie où le rapport staturo-pondéral diminue.** Donc si on ne trace pas régulièrement la courbe de l'enfant pour l'interpréter de façon dynamique on ne pourra pas **visualiser ce rebond.** La corpulence est à ce stade encore d'aspect physique « normal ».

C'est toute la difficulté de prise de conscience du surpoids par le médecin et par les familles à ce stade (33).

D'autant plus d'après le **caractère inéluctable** de ce rebond : la majorité des enfants en surpoids de 3-4 ans seront obèses à 8-9 ans. Le dépistage idéal recherche la précocité du rebond d'adiposité. Cela permettrait selon l'article de repérer la majorité des enfants à risque avant l'âge de 6 ans, et de proposer une prise en charge avant l'installation de la pathologie (33).

=> **Des consultations systématiques :**

Le problème de « perte de vue » des enfants passé la petite enfance a également été avancé plusieurs fois dans les entretiens collectifs, **réduisant ainsi les occasions de réaliser les mensurations selon les recommandations HAS**. Plusieurs intervenants résolvent ce problème en convenant de l'instauration d'une visite annuelle systématique pour les enfants. Cette solution est également revenue dans plusieurs recherches, dont celles de A.Cuche (63) et O.Goujeon (57).

Les autorités sanitaires ont pour projet d'y apporter un caractère obligatoire avec la mention dans la dernière feuille de route obésité 2019-2022 d'une saisie obligatoire régulière de l'IMC dans le dossier partagé patient (48).

=> **Une évolution des pratiques :**

Selon l'article de Cailliez et al il y a une évolution avec un meilleur dépistage retrouvé de la part des généralistes sur la comparaison entre les années 2004 et 2009. **Cependant la notion de rebond d'adiposité est connue mais encore peu utilisée.**

L'article se demande si cela vient des représentations négatives véhiculées par cette prise en charge vu comme complexe, et avec une peur de l'échec (61) ?

=> **Le dépistage ouvre le dialogue :**

D'après l'article de S.Gillier, une enquête effectuée auprès des médecins en Pays de la Loire montre qu'il existe une confusion entre dépistage et diagnostic. Le dépistage sous tendrait l'initiation d'une prise en charge trop lourde et trop complexe pour être assumée (62).

Pourtant **repérer signifie tout d'abord un premier pas vers un dialogue**, la délivrance d'une information. Il est ensuite libre au praticien de poursuivre selon ses compétences et ses capacités avec l'aide d'autres professionnels. Nous sommes bien dans la définition du soin primaire.

De plus toujours d'après l'enquête de S.Gillier, la simple sensibilisation à l'utilisation d'outils comme l'IMC ou le rebond d'adiposité amène une réflexion de la part du praticien, avec un changement de pratiques déclaré par la suite (62).

4.2.3 : L'annonce

=> Aspect visuel des courbes staturo-pondérales :

Beaucoup de médecins ont déclaré utiliser les courbes du carnet de santé pour amorcer le problème du surpoids avec l'enfant et sa famille. L'aspect simple, visuel et objectif est vu comme un précieux avantage pour donner l'information.

Comme décrit dans le travail de E.Bardet Fournier, le rôle des médecins généralistes est bien **d'utiliser les courbes de croissance pour amorcer le dialogue**. En effet le ressenti des parents par rapport au surpoids de leur enfant n'est pas toujours le reflet de la réalité. C'est une bonne manière de faire prendre conscience de façon objective le problème (59).

D'où encore une fois l'importance que les courbes soient remplies de façon régulière pour pouvoir interpréter une dynamique de croissance.

=> Le ressenti du surpoids :

La prise de conscience du surpoids de l'enfant est un élément essentiel pour la suite de la prise en charge. Cela n'est pourtant pas forcément acquis d'avance. Le ressenti du poids réel de leur enfant par les parents ne correspond pas toujours à la réalité.

Selon des études comme celles de Doolen et al (66) ou de He et al (67), dans l'ensemble les parents sont peu susceptibles de percevoir le surpoids de leur enfant. Ce risque est plus élevé si le parent est lui-même en surpoids.

Cela peut expliquer le sentiment de manque d'implication des parents rapporté par les médecins. Ou le fait que le problème du surpoids soit rarement exprimé comme une demande médicale.

Le ressenti du poids n'est pas forcément une aide non plus du point de vue soignant. Dans sa recherche, S.Bertrand Babeau conclue que la moitié des parents et environ 40% des médecins généralistes sont susceptibles de conclure à une corpulence physiologique alors que l'enfant est en surpoids (68).

S'en tenir au caractère objectif des courbes de croissance est donc primordial.

=> Précocité de l'initiation à la prise en charge :

Les médecins rapportent se situer en lanceurs d'alerte. Une bonne alerte doit être donnée avant que les conséquences ne soient installées.

Comme le dit aussi E.Bardet Fournier, un **trop grand délai à l'initiation de la prise en charge a des conséquences néfastes sur le pronostic et sur le risque de persistance** (59).

C'est ce que conclue aussi F.Quentin (69), qui s'est penché sur les facteurs ralentissant une prise en charge en réseau. Un délai de moins de 64 mois par une prise en charge multidisciplinaire est associé à un meilleur IMC. Passé ce délai le risque de ressentir une gêne sur l'aspect physique et sur les activités sportives est plus élevé, ainsi que le risque de redoublement scolaire. Les conséquences sur la qualité de vie de l'enfant apparaissent donc relativement rapidement.

Comme le démontre l'étude de C.Braet, un meilleur pronostic est corrélé à un jeune âge et un faible IMC au début de la prise en charge (70). **Plus on agit tôt meilleures sont les chances de contrôler le surpoids.**

Dans son travail sur l'obésité infantile, le Dr P.Garandeau, spécialisé en nutrition infantile, explique que c'est **entre l'âge de 3 et 6 ans qui survient la majorité des obésités infantiles. Et c'est justement sur cette tranche d'âge que le pronostic est le meilleur** (38).

Le délai de mise en évidence de l'installation d'un surpoids et l'amorçage du dialogue est crucial dans le pronostic. Un problème se pose donc si, comme vu précédemment, les médecins n'ont pas identifié de retard à leurs pratiques de dépistage. Et tarde ainsi de façon inconsciente à mettre en évidence un début de surpoids avant qu'il ne s'installe.

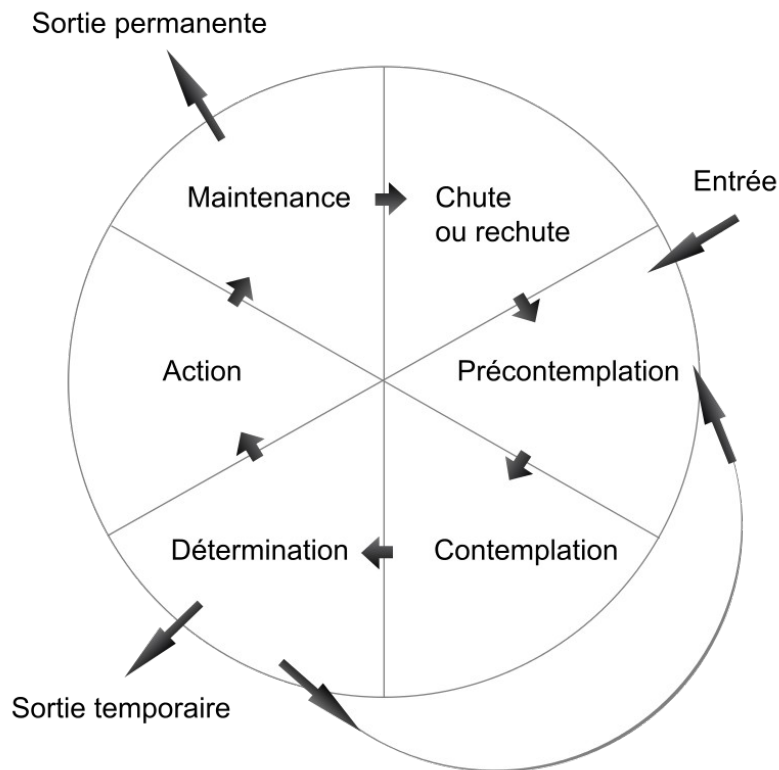
Dans la recherche de F.Lime et L.Pontier sur le point de vue des petits patients, **annoncer le surpoids est déjà soigner dans le sens où il crée un espace de dialogue.** Les enfants sont favorables à une annonce le plus tôt possible, avant que les signes physiques ne viennent engendrer de la souffrance. Ils souhaitent une information dès les premiers signes d'alerte, avant que n'apparaissent les conséquences pathologiques (55).

Du point de vue des parents la réponse est également en faveur d'une précocité de l'annonce, selon la thèse de P.Robinet, effectuée en interrogeant des familles de patients obèses (71).

Les politiques publiques axent également sur une **précocité du dépistage et de la prise en charge** (9), (48).

Cependant cela soulève un problème. Car comme l'explique le Dr P.Tounian dans son ouvrage « obésité infantile, on fait fausse route ! », il n'y a pas d'urgence à une prise en charge. Dans le sens où **seule la motivation du patient sera une garante d'un succès prolongé** face à cette pathologie (31).

Or selon le modèle de Prochaska sur la théorie du changement comportemental, un patient passe par une **série d'étapes de motivation avant d'amorcer un changement de comportement.** Le discours médical doit être adapté en fonction de chacun de ces stades, qui peuvent être plus ou moins long (72).



C'est là une **ambiguïté face à une pathologie qui requiert donc une précocité dans l'initiation de la prise en charge pour un meilleur pronostic.**

Car la motivation viendra d'un enfant, qui selon le Dr P.Tounian ne pourrait avoir une vraie prise de conscience de sa corpulence et de possibles problèmes de santé que vers l'âge de 8-12 ans (31).

=> Appréhension de l'annonce :

Une crainte a été exprimée par plusieurs médecins au cours des entretiens collectifs au moment de l'annonce d'un surpoids du patient. Cela pouvait être perçu comme un moment difficile car pouvant mettre à jour ou même occasionner des souffrances, de la stigmatisation pour le patient et ses parents. Cette annonce ne venant en général pas d'une demande des patients, elle peut être perçue comme intrusive. **Certains médecins ont déclaré appréhender la réaction des patients, de fragiliser le lien de confiance.**

Cela se retrouve dans plusieurs recherches également. Comme dans la thèse de E.Dubuisson, les praticiens déclarent une certaine répugnance à consacrer un temps spécifique à l'annonce du surpoids, par crainte de stigmatisation, de renforcer des souffrances, d'occasionner une dysmorphophobie ou même des troubles alimentaires (46). Les thèses de F.Lambou (65) et L.Vimeux (64) rapportent également une appréhension face à la réaction des familles en face, et le problème de la non demande de prise en charge.

Selon Lachal et al, qui a produit une méta synthèse des études qualitatives sur l'obésité infantile, les médecins répugnent à passer par une annonce par peur de fragiliser le précieux lien thérapeutique et la relation de confiance avec les familles (73).

Toutefois ces craintes ne sont pas unanimes. Certains médecins n'ont pas déclaré de difficulté particulière à l'annonce, cela faisant partie des choses importantes de leur métier de médecin généraliste.

Cela se retrouve aussi dans les recherches de C.Lebanc (49), ainsi que dans celle de G.Payet (56). Cette dernière souligne cependant la difficulté de dosage entre une annonce qui peut s'avérer parfois violente et l'écueil d'utilisation d'euphémismes n'amenant pas une prise de conscience.

=> **Choix des mots :**

Selon la recherche de F.Lime et L.Pontier , les médecins pensent que les patients ont un vécu négatif de l'annonce. **Celle-ci est porteuse de représentations négatives qui peuvent nuire à une initiation correctement faite de la prise en charge**, et à une implication du soignant (55).

Pourtant, toujours selon F.Lime et L.Pontier, les enfants ne rapportent pas de problème à parler de leur poids si le **climat de confiance est installé**. L'utilisation d'euphémismes ou la théorie de l'amélioration spontanée en grandissant qui est régulièrement avancée dans les focus groupes est critiquée. Les patients disent être conscients de l'évolution péjorative s'il n'y a pas de prise en charge instaurée (55).

Du point de vue des parents dans la thèse de M.Le Pommelet, il y a une **dénonciation de l'utilisation d'euphémismes et d'un certain attentisme médical conduisant à un retard de prise en charge. Les parents souhaitent une sensibilisation plus précoce** par les professionnels de santé (54).

Pour le Dr P.Garandeau, annoncer et initier une prise en charge dès que possible est crucial. Le bénéfice est largement supérieur à un éventuel risque qui serait, dans le cas d'une dramatisation excessive, d'induire des troubles du comportement alimentaire (38).

La peur de l'annonce serait-elle donc plus présente du côté des praticiens que des patients ? Le temps de l'annonce est important, les choses doivent être dites objectivement, dans un climat de confiance avec pour but premier d'ouvrir un espace de dialogue.

=> **Implication des parents :**

L'ouverture d'un dialogue n'est pas une chose acquise. En effet selon la recherche de I.Duplomb auprès d'une cinquantaine de médecins généralistes, seule la moitié des praticiens impliqueraient les parents au moment de la réalisation des courbes de croissance. Cela montrerait des difficultés de communication, et n'aiderait pas le dialogue à s'installer (60).

Selon une étude menée aux USA entre 1999 et 2008 par Perrin et al, seuls 22.4% des parents d'enfant en surpoids ont déclaré en avoir été informés par un professionnel de santé (74).

Pourtant une information correctement délivrée aux parents est déjà un facteur protecteur pour le pronostic selon S.Bertrand Babeau (68).

4.2.4 : L'évaluation initiale

=> **Les facteurs de risque :**

L'obésité commune est une **maladie multifactorielle**, avec un terrain génétique prédisposant et une expression de cette maladie quand l'environnement la favorise.

Il a été plusieurs fois rapporté dans les entretiens collectifs une notion de facteur de risque de surpoids **en lien avec les antécédents de la famille**, et une surveillance du surpoids accrue si le reste de la famille était également en surpoids.

De nombreuses études retrouvent un risque plus élevé de développer un surpoids si un parent est lui-même en surpoids, et encore plus important sur les deux parents le sont (2). Des études ont démontré que chez des jumeaux monozygotes même élevés séparément la corpulence est très proche (13), **l'adaptation à la balance énergétique serait en grande partie déterminée par les gènes** (14).

Dans un article sur l'obésité infantile, le Dr B.Dubern explique que les causes du surpoids infantile sont multiples, mais que les facteurs de prédispositions génétiques jouent un rôle majeur. Cependant à l'inverse d'une obésité monogénique, **l'obésité commune résulterait de la contribution cumulative de plusieurs gènes de susceptibilité. Et ceux-ci ne s'exprimeraient seulement si un environnement favorisant y contribue** (75).

Le milieu familial est une intrication de facteurs génétiques et environnementaux, contribuant à l'expression phénotypique d'un surpoids. Ce qui explique que les praticiens aient repéré une disposition familiale au surpoids.

Dans les multiples facteurs de risque, le Dr B.Dubern différencie des facteurs environnementaux épigénétiques (75).

Les facteurs pré et postnataux comme un surpoids de la mère en cours de grossesse, un diabète gestationnel, le tabagisme maternel, une macrosomie ou une hypotrophie fœtale, l'accouchement par césarienne, ont un rôle important. L'allaitement semble jouer un rôle de moindre importance. Les connaissances sur ces mécanismes épigénétiques sont encore peu étendues (2) (15).

Dans sa recherche sur les étiologies du surpoids, E.Godard parle également **d'altérations épigénétiques transmissibles induites par un environnement à risque** (75) (22).

Ces modifications agiraient comme une **prédétermination à l'obésité**. Cependant ces altérations épigénétiques sont **réversibles si les facteurs environnementaux sont modifiés**. En ce sens E.Godard combat le sentiment de fatalisme qu'éprouvent certains praticiens devant des familles de patients en surpoids (22).

Le Dr P.Tounian dans son ouvrage « Obésité infantile, on fait fausse route ! » reprend également la théorie d'une susceptibilité génétique. Selon lui, seuls les enfants porteurs de certains gènes peuvent devenir obèses si leur environnement y est favorable. Il est dans ce cas dangereux de faire le procès d'une éducation ou d'un mode de vie parental dans le sens où le facteur génétique est déterminant et où notre environnement obésogène s'est généralisé à l'ensemble de la société (31).

Le Dr P.Tounian explique également comme cela le ralentissement de la hausse de l'obésité de la population observé ces dernières années. Pour lui, le nombre de personnes génétiquement prédisposées a tout simplement été recruté en totalité de part la **généralisation du mode de vie obésogène** (31).

L'explosion du nombre de personnes en surpoids en France et dans le monde est très probablement en lien avec un environnement de plus en plus propice à déséquilibrer la balance énergétique.

« *L'obèse est totalement en phase avec le monde qui nous entoure* » écrit le psychiatre Jean Louis Le Run (16) ; nous vivons dans une société où la nourriture abonde et les occasions de se dépenser deviennent rares.

Les praticiens ont également repéré davantage de personnes en surpoids dans les familles défavorisées. Cela est appuyé également par des études comme celle de 2013 effectuée par le ministère des Solidarités et de la santé qui retrouve une **corrélation du surpoids avec un faible niveau socio-économique, et ce dès la maternelle**. Cette étude rapporte aussi un temps plus long passé devant les écrans corrélé avec un faible niveau socio-économique (76).

Cette problématique est devenue un nouvel axe pour les politiques publiques dans la lutte contre le surpoids. La nouvelle feuille de route obésité 2019-2022 établie une hausse des inégalités sociales en matière d'épidémiologie du surpoids, et mise sur une réduction de celle-ci dans ses objectifs (48).

=> Des difficultés et représentations négatives à l'initiation de la prise en charge :

Il a été remarqué à plusieurs reprises par les participants des focus groupe **un certain découragement et des difficultés à démarrer la prise en charge. Le caractère chronophage est ressorti plusieurs fois**. Plusieurs médecins ont rapporté déléguer rapidement vers d'autres intervenants, car ils ont le sentiment de ne pas avoir les compétences et le temps requis.

Ces difficultés ont été retrouvées également dans de nombreuses recherches.

Le caractère chronophage a été mis en avant comme un des principaux freins à la prise en charge dans les recherches de O.Goujeon (57), A.Cuche (63), E.Dubuisson (46), F.Ronco (77) notamment.

O.Goujeon s'est intéressée tout particulièrement aux freins à l'initiation de la prise en charge par le biais de questionnaires envoyés aux généralistes. Il en ressort qu'outre le facteur manque de temps, le sentiment de manque de formation et les freins liés à la famille de l'enfant et à son environnement étaient également mis en avant (57).

Dans sa thèse effectuée par entretiens individuels, E.Dubuisson retrouve également ce sentiment de défaitisme, surtout face aux familles défavorisées. Les praticiens rapportent voir la prise en charge du surpoids infantile comme longue et complexe, et se déclarent globalement peu interventionnistes (46).

On peut donc conclure qu'il y a un certain **renforcement positif à développer** pour les médecins face à cette pathologie.

=> La recherche d'adhésion du patient et des parents :

Les médecins généralistes au cours des focus groupe ont souligné que la **recherche d'adhésion était essentielle avant d'entamer un processus de prise en charge**. Il a été rapporté que cette motivation du patient et de ses parents n'était pas toujours facile à avoir.

Dans sa méta-synthèse qualitative de l'obésité, Lachal et al souligne **le caractère ambigu d'une motivation parentale face au surpoids de leur enfant**. Le bénéfice d'agir pour prévenir des complications de santé physiques et psychiques est recevable pour les parents. Mais ne pas agir serait perçu comme une protection face à une anxiété de l'enfant, pour préserver son estime de soi et lui montrer qu'il est accepté comme il est. Les parents seraient tiraillés entre ces deux désirs, ce qui expliquerait l'impression de manque de motivation familiale retrouvé par les soignants (73).

Dans sa recherche, L.Matazzi souligne l'importance de sensibiliser les soignants aux facteurs de risque d'inobservance afin qu'ils adaptent leur stratégie de soin et puissent répondre aux besoins spécifiques de ces patients à risque (52).

On retrouve aussi dans les recherches de M.Le Pommelet (54) et de C.Lebanc (49) l'intérêt de faire **le bilan des représentations** des patients et de leurs parents par le biais **d'entretiens motivationnels** afin d'adapter le discours et la prise en charge. Cela augmenterait les chances d'avoir une adhésion et une motivation au suivi.

Le Dr P.Garandea souligne lui aussi le caractère indispensable de réaliser un état des lieux au préalable. Cet état des lieux reprendrait les représentations, les motivations, les freins, l'environnement du patient et de sa famille. Cependant cette étape est réalisée dans son service à l'hôpital de la Réunion sur une période de plusieurs jours d'hospitalisation (38) ...

L'Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux INESSS au Québec a publié un guide pratique de prise en charge du surpoids infantile. On y retrouve **la nécessité d'analyser les facteurs de motivation susceptibles d'influencer l'adhésion du patient**. Parmi ces facteurs affectant l'initiation et l'observance, on retrouve entre autres une perception erronée du poids, un manque de temps, des troubles psychiques, des troubles de l'estime de soi, une victimisation, un sentiment d'auto-efficacité (37).

Dans leur article, Avignon et al appellent cependant à manier ces notions de motivation et de volonté avec prudence. Mal exprimées, elles peuvent en effet participer à aggraver un sentiment de honte et de mauvaise estime de soi pour le patient ou sa famille (50).

Le Dr P.Tounian souligne aussi le caractère potentiellement anxiogène pour les parents d'un discours axé sur les risques de santé futures encourues par l'enfant. Ce discours ne serait d'ailleurs pas efficace car les enfants ont du mal à percevoir les menaces pour une santé future. Ils ont un besoin d'effets immédiat et concrets pour avoir une motivation (31).

=> Explorations complémentaires :

Durant les entretiens collectifs, la question de réaliser des explorations complémentaires tel que des bilans biologiques et d'imagerie a été plutôt tranchée. **Il n'y en a généralement pas en première intention.**

C'est aussi ce qui ressort dans la thèse sur les domaines explorés dans la prise en charge du surpoids infantile de E.Dubuisson. La plupart des médecins interrogés ne prescrivent pas non plus de bilans complémentaires de prime abord (46).

Mis à part le cas de l'obésité sévère ; les complications somatiques chez l'enfant sont multiples mais surviennent en général à partir de l'adolescence et surtout à l'âge adulte.

Les répercussions se retrouvent dans de nombreux systèmes : cardiovasculaire, métabolique et endocrinologique, gastroentérologique, orthopédique, cutané ... La surcharge pondérale est estimée responsable de 18.634 nouveaux cas de cancers en 2015 (5,4% du total) selon l'INCA (44).

Le risque relatif de morbi-mortalité du surpoids chez les enfants est prouvé lorsqu'il y a persistance dans la vie adulte (3) (8). **Lutter contre le surpoids chez l'enfant consiste à prévenir les futures complications somatiques qui surviendront chez l'adulte.**

A noter que chez l'enfant sévèrement obèse il a été retrouvé des conséquences physiques au niveau des artères carotidiennes (21). Le surpoids sévère semble aussi influencer dès l'enfance sur la masse du ventricule gauche, la baisse de résistance à l'insuline, la stéatose hépatique (23).

Par ailleurs les études au niveau physiopathologique laissent à penser qu'une fois le processus de régulation métabolique ancré, il semble plus difficile à réinitialiser, régulant ainsi la balance énergétique pour le restant de la vie de l'enfant. L'excès de production d'adipocytes resterait figé, le nombre de cellules graisseuses ne variera plus mais elles s'hypertrophieront si le déséquilibre énergétique est là (19) (22).

Dans l'ouvrage du Dr Soulié il est dit qu'une fois le stock d'adipocytes constitué, leur nombre ne se modifie plus. La surveillance des apports est donc pour la vie entière, ces cellules ne demandant qu'à se remplir si un excès réapparaît ... (19).

Dans sa mise au point sur le surpoids infantile, le Dr B.Dubern est en accord avec les pratiques déclarées des médecins généralistes. **Les complications de l'obésité infantile sont en effet multiples mais en générale non immédiates.** De plus les causes de surpoids secondaires sont pour la plupart accompagnées d'un ralentissement de la croissance staturale, comme dans l'hypercorticisme, l'hypothyroïdie, ou le déficit en hormones de croissance. Dans l'obésité commune à l'inverse la croissance de la taille s'accélère. Ce qui est utile pour différencier facilement le type de pathologie (75).

Le Dr B.Dubern recommande toutefois de rechercher des perturbations métabolique glycémique ou de cholestérol chez les populations fortement prédisposées telles que les asiatiques, originaires d'Afrique sub-saharienne, amérindiens ou hispaniques non cubains (75).

Le Dr P.Tounian confirme également que la recherche de complications n'est pas utile dans le bilan initial, celles-ci n'étant pas immédiates. Cela excepté pour les patients dont la croissance staturale est impactée. En revanche, il est souligné que des complications psychologiques sont à rechercher car elles concernent quasiment tous les patients (31).

=> Les complications psychosociales :

Si les conséquences somatiques sont encore relativement limitées chez l'enfant, les répercussions psychologiques et sociales semblent en revanche bien démontrées.

Des études sur la qualité de vie d'enfant obèses la mettraient au même niveau qu'un enfant traité pour une pathologie cancéreuse (24) (25).

Des études retrouvent une **association significative entre le surpoids et la dépression**, particulièrement chez l'adolescente obèse, mais sans pouvoir faire la différence entre la cause et la conséquence (27).

Les enfants dès l'âge de 5 ans sont capables de percevoir leur corpulence et d'éprouver des émotions négatives vis-à-vis de leur image corporelle selon une publication de Baxter et al (26).

Le sociologue américain W. Cahnman parle de **cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité** : « *Par stigmatisation, nous signifions le rejet et la disgrâce qui sont associés à ce qui est vu (l'obésité) comme une déformation physique et une aberration comportementale* ». Un cercle vicieux dans le sens où la stigmatisation amène à une dévalorisation de soi, puis à des pratiques alimentaires compensatoires, pour revenir à l'obésité (28).

Le surpoids est également un facteur de désavantage socio-économique. De nombreuses études ont retrouvé un lien significatif entre obésité et la baisse d'accès à l'emploi, à l'enseignement supérieur, de chances de promotion, et même de chances de se marier (29) (30).

Dans ce constat, il est également difficile de distinguer la cause de la conséquence. Le professeur Patrick Tounian avance l'hypothèse que « c'est l'obésité qui rend pauvre et non l'inverse » (31).

Il faut avoir conscience que **le regard négatif du corps médical sur le surpoids existe**; et que les pouvoirs publics via les campagnes de prévention peuvent également véhiculer des représentations négatives et accroître le sentiment de culpabilisation (29) (31) (32).

4.2.5 : La prise en charge

=> **Une maladie chronique :**

La prise en charge du surpoids infantile **peut s'apparenter à celle d'une maladie chronique.** En effet le suivi s'installe dans la durée, avec une nécessité de prise en charge globale du patient et d'une adaptation de ses habitudes de vie au long terme. Cette pathologie a un retentissement qui dépasse le cadre médical en impactant sur la vie psychique et sociale comme vu précédemment.

Le Dr P.Garandea évoque cette notion. D'après lui la prise en charge du surpoids sort du modèle habituel de santé où un symptôme appelle à un traitement spécifique et où une prescription amène à un résultat. Concernant le surpoids la globalité et le multidisciplinaire au long terme sont les clefs (38).

Dans sa recherche L.Matazzi compare aussi le surpoids infantile à une maladie chronique. Avec le défi de maintien d'observance et de suivi médical au long cours, et la nécessité capitale de créer un changement d'habitudes durable (52).

Dans leur thèse sur le regard croisé patient et médecin, F.Lime et L.Pontier remarque que l'obésité semble **souffrir d'un manque de reconnaissance en tant que maladie chronique** ; et ce de la part des médecins, des patients et des autorités (55).

=> La prescription d'objectifs :

Dans les entretiens collectifs, à la question posée sur les objectifs donnés de prise en charge, les médecins étaient d'accord avec le fait de ne pas donner d'objectif chiffré de poids à l'enfant. Ils misent sur une stabilisation du poids et sur une croissance staturale pour régulariser l'IMC. **De façon générale, les notions d'objectifs réalistes et adaptés à l'enfant ont été mentionnées.** Certains médecins parlent d'objectifs convenus conjointement avec la famille, avec valorisation des efforts du patient. L'idée de recherche de bien-être a été émise.

Globalement **la prise en charge semble être propre à chaque généraliste selon leur degré d'implication et de vision de la maladie.** Chacun parle de stratégie et astuces concernant les différentes facettes de nutrition, d'activité physique, de psychologie ou de changement de comportement.

Dans sa recherche, F.Ronco retrouve une implication aléatoire selon le médecin généraliste interrogé. Il rapporte un suivi qui n'est pas clairement programmé, avec des objectifs peu clairs et un parcours de soins différent selon les référents propres à chaque praticiens (77).

Le Dr P.Garandea parle d'objectifs qualitatifs à privilégier par rapport aux objectifs quantitatifs. Pour lui **la véritable difficulté est de mettre en place une prise en charge cohérente une fois le dépistage réalisé.** Encore une fois la nécessité de multidisciplinarité est capitale, ainsi qu'une formation dédiée (38).

Dans leur thèse, F.Lime et L.Pontier remarquent que le sentiment de découragement perçus par les médecins et les patients pourraient venir d'objectifs mis en place qui ne seraient pas assez réalistes (55).

Le Dr P.Tounian dans son ouvrage préconise lui aussi des conseils individualisés, progressifs, pragmatiques, avec une importance de l'encouragement. Pour lui l'objectif premier est de stabiliser l'excès pondéral pour rendre la courbe d'IMC parallèle à celle de référence. Il faudrait limiter l'augmentation de prise de poids et stopper sa hausse exponentielle. L'IMC continuerait donc à monter mais on échapperait ainsi à une évolution défavorable (31).

La notion de qualité de vie à rechercher en priorité est aussi soulignée dans le livre du Dr P.Tounian (31). C'est un enjeu majeur quand on regarde la revue de littérature de Buttitta et al. En effet celle-ci ne retrouve sur 34 articles seulement 3 qui ne rapportent pas une baisse de la qualité de vite chez les enfants en surpoids (25).

=> Le domaine nutritionnel :

La nutrition est un déterminant majeur de la santé. La perte de 12.2% chez les hommes et 9% chez les femmes d'années de vie seraient dues au facteur de risque nutritionnel selon l'INCA.

Concernant l'approche nutritionnelle, les médecins des focus groupe semblent avoir leurs méthodes propres. Certains demandent aux patients de réaliser des semainiers alimentaires, ou font des enquêtes alimentaires. Certains s'intéressent à la prise du petit déjeuner, à celle du goûter, à la fréquentation des cantines scolaires. La question des grignotages a été beaucoup évoquée. Également l'idée de faire passer des messages simples et de bon sens. Plusieurs médecins cherchent à supprimer certains aliments, tel que le sirop, considéré comme des erreurs alimentaires. Globalement tous s'accordent à dire qu'il n'y a pas de régime à imposer, celui-ci étant plutôt délétère pour l'enfant.

Les praticiens disent se sentir **plus ou moins à l'aise dans cette approche**, avec une peur rapportée sur le caractère intrusif dans ce domaine qui est complexe, et touche la cellule familiale et culturelle.

Dans sa thèse réalisée par entretiens individuels auprès de médecins généralistes, C.Puddu note que la grande majorité des médecins font une enquête alimentaire (47).

E.Dubuisson décrit qu'il est difficile du point de vue des médecins généralistes de ne pas donner l'impression de remettre en cause l'éducation parentale en explorant l'hygiène de vie, surtout alimentaire (46).

E.Duplomb remarque que les praticiens semblent démunis face aux problèmes nutritionnels des patients. Mais qu'ils doivent trouver leur place qui est bien essentielle dans cette prise en charge (60).

Dans une étude effectuée en Rhône Alpes par l'observatoire régional de la santé sur les pratiques des généralistes, Gruaz et al retrouvent des **pratiques hétérogènes en matière d'éducation nutritionnelle**. Ils remarquent que les médecins sont plus ou moins investis dans ce domaine selon leur intérêt pour la question. L'impression de se heurter à un obstacle lorsque ce n'est pas une demande du patient est retrouvée. Ainsi que le caractère intrusif et peu efficace de la démarche (78).

Dans une enquête téléphonique auprès de 600 généralistes, Bocquier et al retrouvent que 60% fixeraient des objectifs trop exigeants et 55% interdisent des aliments (32).

Il est pourtant rapporté dans l'étude de Fischer et al un **caractère contreproductif à l'interdiction d'aliment**. Ceux-ci ont étudié la réaction de l'enfant si on lui restreint un aliment par rapport à un groupe contrôle. Après accès restreint il y aura davantage de chance que l'enfant sélectionne cet aliment par la suite. Les chercheurs expliquent cela par une hausse de l'attention sur cet aliment occasionnée par l'interdiction. Ils conseillent plutôt de revoir la fréquence des aliments « plaisirs » pour la rééducation alimentaire (79).

Sur la question du grignotage, le Dr P.Tounian considèrent que l'appétit des enfants se régule correctement de lui-même. Si des grignotages surviennent, l'hypothèse serait qu'elle est la conséquence de restrictions alimentaires (31).

Le Dr Soulié dans son ouvrage « le surpoids chez l'enfant et l'adolescent » avance comme causes aux grignotages l'ennui, ou un pouvoir anxiolytique recherché. Les comportements les plus fréquents causant le surpoids seraient en effet le grignotage et l'hyperphagie prandiale (19).

Dans cet ouvrage l'apport d'une expertise par un nutritionniste est recommandé pour repérer les conflits familiaux cristallisés autour de la nourriture. Il est aussi retrouvé que l'allaitement est un facteur effectivement protecteur du surpoids car il correspond aux besoins nutritionnels et permet une régulation autonome des apports par le nourrisson. Il est conseillé de passer au lait demi écrémé à l'âge de 2-3ans si la courbe de corpulence s'infléchit vers le haut. Les erreurs de diversification telles qu'un apport trop important ou trop précoce de protéines conduiraient à une multiplication des cellules adipeuses. Les huiles ou le beurre seraient en revanche plutôt protecteurs (19).

Dans son article concernant **l'éducation à l'alimentation**, E.Bertin plaide pour l'adoption d'une alimentation en pleine conscience, basée sur **la perception et sur l'écoute des sensations** avant, pendant et après la prise de nourriture. Pour ce faire, il est conseillé donc de ne pas manger devant un écran de façon à éviter des biais attentionnels, ou de profiter de l'occasion de repas pour partager avec des proches (80).

Il est également question de **repérer une alimentation « émotionnelle »**, basée sur la prise alimentaire face à des états de stress ou d'angoisse, sans lien avec les sensations corporelles de faim (80).

Des études ont bien fait le lien avec le **caractère protecteur d'un repas pris à la cantine scolaire**. Un article de Nguyen et al traitant d'une collecte de données auprès de 4048 enfants en Aquitaine a mis en évidence le facteur protecteur des repas à la cantine, et ce de façon indépendante des autres facteurs de surpoids. Il est aussi retrouvé que l'absence ou la rareté de petit déjeuner ou de goûter serait un facteur de risque de surpoids (81).

Une autre étude de Ginioux et al retrouve également la cantine en facteur protecteur, et de façon davantage marquée en zone d'éducation prioritaire (82).

=> L'aspect psychologique :

Au cours des entretiens collectifs, l'exploration de souffrances psychologiques de l'enfant en surpoids à été plusieurs fois évoquée. Notamment la question des moqueries que subiraient l'enfant à l'école à cause de son surpoids. Il a aussi été question de souffrances psychologiques provoquant une prise de poids, notamment au sein de familles en difficultés ou de séparation familiale compliquée. **Cependant la proposition de consultations psychologiques a été peu de fois évoquée.**

Dans sa thèse, C.Puodu observe que peu de généralistes disent aborder le domaine psychologique au cours de la prise en charge (47).

C.Braet retrouve pourtant dans une étude que la symptomatologie de départ de l'état psychologique est un des principaux facteurs de pronostic à la perte de poids chez des enfants obèses (70).

Dans son article « Trop de trop, pas assez de quoi », le pédopsychiatre J.Le Run parle d'une absence de l'autre qui amènerait l'enfant à combler cette carence par des grignotages. Ce serait en quelque sorte une **nourriture affective, un hyper investissement de l'oralité**. On peut considérer que le sujet est **détaché de ses sensations corporelles reliées à la faim et est plutôt mené par le désir, les émotions**. L'auteur désigne notre société de consommation et de l'immédiateté comme une des grandes responsables. Sans parler de pathologie psychiatrique, il conclut que **la dimension psychique et affective doit toujours être abordée chez un sujet en surpoids** (16).

Dans un article sur la psychopathologie de l'enfant en surpoids, Petrovic et al parlent aussi des difficultés de l'enfant à ressentir ses sensations corporelles. Il y aurait une difficulté à cerner ses émotions, une alexithymie, qui conduirait à des prises alimentaires facilitées pour contrer des événements de vie négatifs. Il est décrit une psychopathologie particulière de l'enfant avec une sensibilité plus prononcée pour les stimuli externes. Avec un **surinvestissement de l'oralité comme réponse à des stimuli externes négatifs**. La satisfaction orale est une des moins génératrice de conflit. Un conditionnement défectueux se mettrait alors en place qui privilégierait la prise alimentaire en réponse à des événements négatifs. Le surpoids permet ainsi de s'isoler de l'environnement agressif. Mais pour les auteurs ce n'est pas la seule étiologie, le surpoids étant le résultat d'un éventail de facteurs peu différenciables les uns des autres (18).

La nouvelle feuille de route obésité 2019-2022 reconnaît que les **phénomènes psychologiques à l'œuvre dans cette pathologie ne sont que très peu connus**. Un des axes de ce plan propose d'y engager davantage de recherches pour mieux les appréhender (48).

Par ailleurs le **manque de sommeil** serait aussi un facteur favorisant le surpoids, via le stress métabolique et les changements hormonaux induits (80).

Selon le travail de S.Tremblais, la diminution de la durée du sommeil a été mise en lien avec une prise de poids (15). Et on note que la population française dort en moyenne 1h30 de moins qu'il y a 50 ans selon l'INSERM.

=> **Activité physique :**

Les participants des focus groupe ont **pour la plupart évoqué le levier activité physique au cours de la prise en charge**. Plusieurs ont rapporté beaucoup insister sur cet aspect. Avec notamment la recherche d'un sport apprécié par l'enfant pouvant donner de très bons résultats. **La lutte contre la sédentarité** en diminuant le temps écran et favorisant les déplacements à pied ou à vélo est ressortie plusieurs fois également.

L'étude INCA3 effectuée en juin 2017 sur le mode de vie des Français a retrouvé des **résultats inquiétants en termes de dépenses énergétiques**. Seulement un tiers des enfants de 11 à 17 ans pratiqueraient les 60 minutes d'activité physique par jour recommandées par l'OMS. Par ailleurs un quart des 3-10ans et la moitié des 11-14ans sont considérés comme trop sédentaires, et la même proportion serait devant un écran plus de 3heures par jour. Ce temps écran étant en hausse de 20minutes par jour en moyenne par rapport à 2006-2007 (17).

La lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique sont parmi les principales mesures phares du PNNS 4 2019-2023.

Selon le Dr Soulié dans son ouvrage, la pratique d'une activité physique est utile pour augmenter la dépense énergétique et maintenir la masse musculaire. Cependant ce ne serait pas le seul levier, car pour perdre un kilo de masse grasse il faudrait une différence de 8000 kcal dans la balance énergétique (19) !

L'inactivité va souvent de pair avec le surpoids. Cependant une étude menée sur une cohorte européenne en 2015 suggère que la sédentarité serait responsable de deux fois plus de décès que l'obésité. Une personne de corpulence mince aurait davantage de chance d'être en mauvaise santé si elle est inactive qu'une personne en surpoids mais pratiquant une activité physique. L'étude conclue que la promotion d'une activité physique est bénéfique chez les personnes en surpoids, et ce indépendamment de leur modification d'IMC (97).

=> **Un changement des habitudes de mode de vie :**

Les médecins des focus groupe parlent de **changement comportemental à initier et à maintenir sur le long terme** afin d'optimiser la prise en charge.

Les trois leviers nutritionnel, d'activité physique et l'aspect psychologique font partie du mode de vie du patient. Le but est **d'acquérir des comportements favorables à la santé**.

Le guide de pratiques publié par l'INESSS **place la gestion du comportement au même niveau** que l'approche nutritionnelle et l'activité physique. Il conseille de privilégier les interventions axées sur le mode de vie. De même, faire participer les parents aux interventions est considéré comme plus efficace. Le but est l'acquisition de comportements favorables à la santé à court et à long terme (37).

Dans son article sur l'éducation à l'alimentation, E.Bertin plaide pour une **approche bio-psycho-sociale**. Un changement d'habitudes est plus aisé quand il est développé conjointement, en faisant appel à la créativité de la personne. Le renforcement des compétences est à privilégier, ainsi que la valorisation par l'entourage et le soignant des actions mises en place (80).

=> De l'éducation thérapeutique :

Ceci se rattache au domaine de l'éducation thérapeutique, comme l'ont souligné plusieurs intervenants des entretiens collectifs.

Cela a été retrouvé également dans la thèse de G.Payet, qui remarque que les médecins ont **du mal à trouver leur place dans ce domaine qui touche à l'éducatif** (56).

Pourtant une étude de G.Ninot retrouve que seulement quatre séances d'entretien motivationnel auprès de parents permettraient de réduire l'IMC de leur enfant à 2 ans (83).

Selon la thèse de M.Le Pommelet, les représentations des parents sont une des principales mise en difficulté du médecin. D'où l'intérêt de faire le bilan des représentations via des entretiens motivationnels pour adapter l'approche thérapeutique (54).

Nous avons tout intérêt à formuler **des objectifs et des axes de prise en charge de façon conjointe avec le patient, en cherchant son adhésion et l'alliance thérapeutique**. Cela tout en renforçant ses compétences et son autonomie. Notre objectif est de maintenir la qualité de vie et de respecter les choix éclairés du patient. Ces notions viennent de l'éducation thérapeutique.

Selon E.Bertin, **les messages injonctifs seraient de toute façon contre-productifs**. Ils généreraient des résistances aux changements du fait du sentiment de privation de liberté qu'ils produisent. Ces messages, notamment ceux diffusés sur les publicités alimentaires, pourraient même induire des sentiments de culpabilité et de stigmatisation chez les catégories socio-professionnelles défavorisées. L'auteur rapporte que selon le rapport de l'IGAS 2016, les approches utilisées par les PNNS seraient trop moralisatrices et hygiénistes, en décalage avec la culture et l'identité française (80).

=> Un vécu globalement négatif de la prise en charge pour les soignants et les soignés :

Beaucoup de médecins des focus groupe ont parlé de **difficultés ressenties sur la prise en charge du surpoids infantile**. Avec des temps pas toujours sereins, un sentiment d'être démuné, peu efficace. Certains rapportent manquer de compétences, et de déléguer rapidement vers d'autres spécialités. Le facteur temps semble cruellement manquer aux médecins. Il a été remarqué aussi une motivation et une implication de la part du patient et de sa famille très variable. **Cependant la majorité a conscience de l'importance de la prise en charge de cette pathologie.**

Selon la recherche de M.Le Pommelet, le vécu global de la prise en charge serait négatif pour les parents des enfants en surpoids. Il y aurait un sentiment d'abandon, de manque d'implication des professionnels. Avec des conseils peu adaptés, des représentations peu explorées. La prise en charge peut engendrer un impact familial négatif (54).

P.Robinet a mis en évidence quatre sources de freins au suivi en réalisant des enquêtes auprès des familles. Le sentiment de découragement face à la maladie, de manque de soutien du reste de la famille, le facteur économique, et également le manque de perception de la gêne liée à l'obésité (71).

Du point de vue des soignants, les recherches retrouvent également des sentiments d'impuissance, de manque de compétences, de difficulté à motiver la famille et à l'impliquer, ainsi que le caractère chronophage très important. Notamment dans les thèses de C.Puddu (47), F.Lambou (65) et L.Vimeux (64). Dans cette dernière thèse, L.Vimeux au travers de 263 questionnaires reçus retrouve globalement une satisfaction modérée de la prise en charge des médecins généralistes. Alors que ceux-ci sont plutôt proches des recommandations de l'HAS au cours de leur prise en charge (64).

Une enquête téléphonique auprès de 600 généralistes en 2009 réalisée par Bocquier et al retrouve que 58% des interrogés ne se sentent pas efficaces auprès des enfants en surpoids. Environ 30% déclarent même avoir des attitudes négatives vis-à-vis d'eux (32).

Ces représentations négatives ne sont pas l'apanage des médecins généralistes. En effet une étude auprès de pédiatres français en 2009 retrouve que 82,4% sont convaincus que la gestion de l'obésité est vouée à l'échec. Cependant leur motivation augmente avec une formation dédiée (40).

Lachal et al dans une méta-synthèse qualitative sur le surpoids infantile, remarque aussi des discours de soignants parlant d'inefficacité et d'inutilité de la prise en charge. Le problème selon eux serait que **les représentations des soignants et des soignés ne seraient pas forcément les mêmes concernant le surpoids**. Or sans en avoir fait le bilan pour en prendre conscience, il n'y a pas de compromis et de décision partagée possibles (73).

Dans un article sur les représentations et les comportements dans l'obésité, Lager et al préconisent en effet de rechercher les croyances en santé des patients afin d'identifier leurs freins. Tout particulièrement dans le domaine du comportement alimentaire qui est d'une richesse et d'une complexité à ne pas sous-estimer. Les auteurs recommandent **l'écoute et le dialogue, pour ensuite susciter des questions qui viendraient du patient**. Le but n'est pas de juger si les représentations sont vraies ou fausses, mais comment elles se sont constituées. Il est aussi noté de prêter attention aux propres représentations et contre transfert du soignant (84).

4.2.6 : Le parcours de soin

=> Des référents variables :

Les intervenants des entretiens collectifs ont pour la plupart confié adresser leurs patients après une première évaluation. Les référents sont variables en fonction du réseau du praticien et de la proximité géographique. Globalement l'adressage vers une nutritionniste ou une diététicienne est un pilier important du parcours de soins. L'orientation vers une psychologue a été peu évoquée. Les pédiatres sont de préférence sollicités si une obésité secondaire ou une complication est suspectée.

Les praticiens se sentent plutôt isolés sur la prise en charge du surpoids infantile. Ils sont en demande de décroisement entre les différentes spécialités et les paramédicaux.

Le parcours de soins semble assez variable également dans la littérature. Selon E. Dubuisson les généralistes déclarent peu adresser vers d'autres spécialités (46). L'article de Vallée et al faisant état de la prise en charge du surpoids infantile mentionne au contraire que le praticien réfère facilement. Ceci serait dû un sentiment de manque de compétence, et l'impression d'être désarmés face à cette pathologie (41). La thèse de F.Lambou rapporte des adresses de référence en fonction de la proximité géographique qui sont plutôt privilégiées (65).

=> La question du remboursement des consultations paramédicales :

Un des gros freins avancés durant les entretiens collectifs est que les intervenants précieux tels que les psychologues, les nutritionnistes ou les activités sportives sont onéreuses et non remboursées par la sécurité sociale.

La notion de renoncement aux soins pour raisons économiques est connue (91). Le surpoids infantile touche plus particulièrement les milieux défavorisés et nécessite une prise en charge sur le long terme, le frein financier est donc particulièrement présent.

Le non-remboursement des consultations des paramédicaux est un frein aussi retrouvé dans les thèses sur le surpoids infantile de O.Goujeon (57), C.Lebanc (49) et L.Vimeux (64).

Une proposition de **mise en place d'un forfait prescrit par le généraliste** donnant accès à des consultations paramédicales remboursées a été émise durant les focus groupes. Ce dispositif existe en effet en tant qu'expérimentation dans quelques départements. Un premier bilan parle d'une difficulté à l'adhésion des familles notamment sur le suivi psychologique, et l'absence d'aide pour la pratique sportive (92).

La feuille de route du PNNS 4 cite aussi une idée de forfait sous la forme d'expérimentations locales telles que Retrouve ton cap, ou Obepedia (48).

=> La recherche de multidisciplinarité :

La plupart des médecins ont convenus qu'il **est difficile de gérer seul le surpoids infantile** une fois le dépistage effectué.

Les recommandations HAS et les plans PNNS insistent effectivement sur l'importance de l'interdisciplinarité pour établir une prise en charge efficace et cohérente. Le PNNS 4 parle de complémentarité et de globalité dans les différentes interventions (48).

Selon L.Mattazzi, la multiplicité des contacts et des disciplines favoriseraient en effet le maintien du suivi (52).

Du point de vue des parents des patients, les médecins généralistes n'auraient en effet pas les moyens de gérer seuls cette pathologie, selon le travail de M.Le Pommelet (54).

De plus, le guide pratique de l'INESSS recommande l'équivalent de 26 heures de contact professionnel sur les six premiers mois de prise en charge (37). La HAS recommande un suivi prolongé d'au moins 2 ans. Un seul praticien intervenant sur cette pathologie semble en effet trop peu pour tenir ces recommandations.

Comme l'a dit l'écrivain Voltaire, « *La santé est une chose bien trop importante pour être confiée aux seuls médecins* ».

La prise en charge du surpoids infantile nécessite donc un travail de longue haleine, dans le cadre particulier d'un enfant au sein de sa famille. L'enfant est un sujet tributaire de son environnement familial et social, une **approche bio-psycho-sociale par un biais pluridisciplinaire** semble indispensable.

=> Les réseaux multidisciplinaires :

A la question spécifique de recours aux réseaux, les intervenants des entretiens collectifs ont **déclaré en majorité ne pas connaître de réseau particulier** de prise en charge du surpoids infantile. Certains membres d'une association dédiées ont fait part de leur expérience plutôt positive et constructive dans la prise en charge.

La plupart ont convenus que l'apport d'un réseau serait intéressant, si cela **reste en proximité et sans faire perdre le lien et le regard sur le suivi** du patient en surpoids.

Les médecins sont **favorables à plus de lisibilité** sur les associations ou réseaux disponibles dans leurs environnements. La proposition d'un annuaire recensant les associations a aussi été retrouvée dans la thèse de F.Ronco (77).

Pour les thèses de I.Duplomb (60), F.Lambou (65), L.Vimeux (64) et M.Villerooy (51), les **réseaux sont la réponse**, voir la seule alternative pour la nécessité de multidisciplinarité qu'exige la gestion du surpoids infantile.

Pourtant comme le note I.Duplomb, les généralistes en exprime peu le besoin (60).

Selon N.Borie, qui a analysé les pratiques médicales de généralistes après une formation dédiée au surpoids infantile, la satisfaction est plus élevée en adhérant à un réseau. Les médecins y trouvent en effet une réponse à leurs besoins et à leurs freins, et ont globalement de meilleures pratiques (85).

Selon la publication du Dr Nègre sur le bénéfice d'une prise en charge par un réseau, l'amélioration de la corpulence de l'enfant est en effet significative. Et cela se poursuit même à distance de la prise en charge (86).

=> La multidisciplinarité au sein d'une MSP ?

Faute de connaissance ou de disponibilité de réseaux de prise en charge, **la demande d'une multidisciplinarité et de proximité pourrait être résolue au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle.**

Selon la recherche de G.Payet, un partenariat médico-social au sein d'une MSP dédiée est aussi une attente des médecins généralistes (56).

C.Gourvenec a réalisé sa thèse sur l'élaboration d'un protocole de prise en charge du surpoids infantile dans une MSP. Selon ce travail, un protocole au sein d'une MSP est un atout de gratuité et de proximité non négligeable, en particulier dans un quartier défavorisé. Un des freins serait la volonté de formation des participants. Le problème du financement a été soulevé également, des sources existant mais seraient pour l'heure contraignantes et insuffisantes (87).

=> La nouvelle perspective des infirmières en pratique avancée IPA :

Un des gros avantages d'un exercice en MSP serait la possibilité d'y accueillir une IPA. Au cours des entretiens collectifs **le partage d'expériences sur le recours à cette profession en émergence a été pour le moins dithyrambique.**

Une infirmière IPA ou ASALEE répondrait aux besoins de proximité, de temps, de compétences, de remboursement ainsi que de communication demandé par le surpoids infantile. Les généralistes travaillant avec une infirmière IPA **déclarent une grande satisfaction et ont même convaincu les autres participants** de se renseigner à leur sujet.

La notion d'IPA est récente, elle fait partie de l'article 119 de la loi 2016-41 du 26/01/2016 relative à la modernisation de notre système de santé. Cette loi acte les exercices en pratiques avancées chez les paramédicaux dans un but d'optimiser le parcours de soins.

Une IPA correspond à un niveau avancé de pratique de soins infirmiers. Cela peut concerner des problèmes médicaux à haute incidence, stabilisés, et dont l'approche médicale est assez standardisée. Les IPA peuvent réaliser le suivi, certains actes et prescriptions, et l'interprétation de résultat. Le suivi est confié par un généraliste qui forme le binôme. L'optique est d'établir un suivi, une guidance, un coaching pour une maladie chronique.

La satisfaction de ce type de parcours de soins serait plutôt élevée pour les patients et pour les professionnels (88).

En effet cela peut répondre aux besoins des professionnels et des patients devant les maladies chroniques et les problèmes de santé publique. Pour la DGOS cela pourrait être une réponse dans le domaine des pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires (89).

Même si le champ du surpoids infantile n'est pas clairement cité, cette pathologie correspond bien à une maladie chronique et à un problème de santé publique de soins primaire.

Dans sa présentation sur le dispositif ASALEE, qui correspond à une pratique d'IPA, C.Fourneau parle de **l'obésité infantile dans les évolutions pratiques à entrevoir pour cette discipline.** D'autant plus que cela recouvre les champs de prévention, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique requis (90).

Sans se substituer aux autres intervenants, l'IPA semble une réponse encourageante pour une vision transversale et une passerelle entre les différentes spécialités. Elle répond aux demandes de temps, de proximité et de compétences en éducation thérapeutique requis.

C'est une discipline récente, dont l'impact est difficile à évaluer pour le moment. La feuille de route obésité 2019-2022 fait mention d'une analyse de l'apport des IDE en pratique avancée dans la prise en charge du surpoids (48).

=> La place de la scolarité :

Les praticiens parlent **d'une médecine scolaire plutôt inexistante sur le plan du dépistage ou du suivi d'un enfant en surpoids. Son apport pourrait pourtant être précieuse** selon certains intervenants, dans les domaines de la prévention ou de l'éducation à la nutrition.

L'aide de la médecine scolaire pour un meilleur dépistage a aussi été évoquée dans la thèse de O.Goujeon (57).

Le Dr P.Tounian parle de l'école comme le lieu idéal pour dépister précocement, puis de mettre en place des conseils individualisés (31).

Une étude de Westwood et al montre cependant que l'on manque de données sur l'impact d'un dépistage scolaire dans les écoles primaires pour la prévention du surpoids (93).

C.Puddu propose dans sa thèse une solution passant par l'éducation scolaire (47). Pour le Dr P.Garandau, l'école est effectivement le lieu de l'éducation à une alimentation saine (38). Pour Gruaz et al, l'école permettrait aussi de contrebalancer le marketing très présent de l'industrie agro-alimentaire (78).

P.Robinet parle même de proposer une place pour les enseignants dans les réseaux de prise en charge du surpoids infantile (71).

4.2.7 : Le besoin de formation et d'outils pratiques

Les participants des focus groupe ont **peu exprimé de besoin de formation dédiée au surpoids infantile. Pourtant de nombreuses interventions ont évoqué un sentiment de manque de compétence.** Plusieurs pensent que certains aspects de la prise en charge dépassent le champ de médecin généraliste, ce qui pourrait expliquer qu'il n'y ait pas de demande de formation.

La demande de formation est variable dans la littérature. Les recherches de I.Duplomb et Gruaz et al rapportent elles aussi peu de besoin de formation dédiée de la part des médecins généralistes (78) (60). A l'inverse il y a une demande exprimée de leurs parts retrouvée dans les thèses de F.Ronco (77), L.Vimeux (64) et F.Lambou (65).

Pourtant la formation est rapportée déterminante dans la prise en charge du surpoids infantile. L.Vimeux note que c'est un **élément essentiel à l'amélioration des pratiques** (64).

C.Lebanc retrouve via une enquête par questionnaire de meilleures pratiques de dépistage auprès des médecins formés (49). La même méthodologie par questionnaire effectuée par F.Lambou retrouve davantage de recommandations appliquées par les médecins formés (65).

L.Matazzi, qui se penche sur le suivi du surpoids infantile par le réseau multidisciplinaire retrouve de meilleures pratiques et un maintien du suivi si les médecins sont formés spécifiquement (52).

La recherche de Franc et al conclue également à une plus grande satisfaction au travail et un optimisme sur le surpoids infantile chez les médecins formés (40).

E.Godard va plus loin dans sa thèse, en proposant la mise en place de formations à la médecine environnementale et à l'hygiène de vie. Voir de créer une discipline dédiée à la médecine environnementale (22). Il en est déjà question dans la prise en charge de l'asthme, avec la possibilité dans certains centres de réaliser une enquête médicale au domicile du patient pour repérer sur place les facteurs causaux environnementaux.

Durant les focus groupe, certains médecins ont déclaré **attendre des outils pratiques et simples** à utiliser en consultation pour faciliter la prise en charge.

Cette demande est aussi exprimée dans les thèses de F.Vimeux (64) et M.Villeroy (51). Le rapport de Gruaz et al montre en effet que les médecins généralistes sont peu connaisseurs des outils existants (78).

Dans son article, Avignon et al recommande de développer des outils pratiques accessibles sur Internet (50).

Des sites de pratiques en ligne existent tel que « Obeclic » qui reprend toutes les étapes de la prise en charge du surpoids infantile, avec des renvois à des fiches conseils ou des liens internet utiles.

Le site créé par le gouvernement « Manger Bouger » est également très complet sur les recommandations, avec des auto-questionnaires, des fiches de recettes de cuisine, des conseils adaptés aux différents âges ...

4.2.8 : Politiques gouvernementales et actions publiques

Parmi les attentes pour optimiser la prise en charge du surpoids infantile, il a été question des actions gouvernementales. Notamment sur la mise en place de consultations systématique de prévention, avec un débat sur la pertinence d'un caractère obligatoire à cette mesure.

Le surpoids infantile s'exprime en effet au contact d'un environnement favorisant. **Réguler les facteurs causaux environnementaux ne semble pas du pouvoir des seuls professionnels de santé.** A l'instar de la conclusion de la thèse de A.Cuche, des mesures de santé publique paraissent indispensables pour lutter contre un environnement obésogène (63).

Cet enjeu dépasse largement le surpoids infantile à l'ère de l'expansion des maladies chroniques. Comme le dit E.Godard dans sa thèse, un quart des décès dans le monde seraient évités si les facteurs environnementaux causaux étaient modifiés (22).

Les participants ont plusieurs fois évoqué la **pertinence de messages préventifs sur les spots télévisuels** de l'agro-industrie. Le débat a été mitigé, certains en appelant à davantage de messages préventifs, d'autres considèrent qu'il y en a déjà suffisamment. Enfin certains voient ces messages comme contre-productifs.

Le décret 28/02/2007 du code de santé publique rend obligatoire les messages sanitaires concernant les produits alimentaires. L'INPES a réalisé une étude en 2008 sur leurs impacts. Elle retrouve que la majorité des personnes se souviennent de ces messages, et environ 20% déclarent avoir modifié leur comportement alimentaire à la suite. L'enquête retrouve cependant que 24% des personnes obèses les trouvent culpabilisants (94).

Nous l'avons vu dans son article sur l'éducation à l'alimentation, E.Bertin considère que les messages sanitaires injonctifs sont en effet contre-productifs. Ils génèreraient des résistances aux changements, de l'anxiété et de la stigmatisation (80).

Pour le Dr P.Tounian, les mesures collectives et autoritaires seraient inefficaces. La prévention du surpoids concernerait une minorité, elle n'est pas à mettre en avant de façon collective. Les conseils devraient être individualisés pour avoir un impact (31).

Les politiques publiques actuelles misent sur le développement de ces actions préventives.

La loi Gattolin appliquée en 2018, supprime la publicité agro-alimentaire dans les programmes jeunesse de la télévision publique (95).

La feuille de route obésité 2019-2022 parle de l'instauration d'une taxe sur les produits sucrés (48).

4.2.9 : L'importance de la prévention

L'importance de la prévention ressort en particulier dans la pathologie du surpoids infantile. Cette prévention semble parfois avoir du mal à cadrer dans l'organisation et la rémunération des médecins généralistes interrogés lors des focus groupe.

Dans leur article sur les perspectives et les difficultés de la médecine de prévention en cabinet de généraliste, Colombet et al pointent plusieurs difficultés. La notion de médecine préventive est en effet assez récente. Lorsque l'on regarde le rapport de l'IGAS de 2003, celui-ci ne cite pas le médecin généraliste parmi les métiers de prévention de la santé. Ceux-ci étaient plutôt occupés par les organismes de sécurité sociale, ou les mutuelles. Contrairement par exemple au Québec qui a fait du médecin généraliste le pivot de la politique de prévention, avec une rémunération spécifique. Colombet et al pointent le problème du cadre préventif différent de celui du curatif en termes de fréquence, de durée, et d'adaptabilité en fonction du patient. Et également le manque de compétences dans ce domaine de prévention, de communication et de négociation. Les auteurs parlent d'une optique préventive différente. Il y a en général une non-demande du patient, des résultats différés et à regarder à l'échelle d'une population ; ainsi que le fait que le résultat attendu est en réalité un non-événement, une non-maladie. Des notions pouvant dérouter les médecins généralistes formés au curatif (96).

Pour E.Godard, **la clef de la prise en charge du surpoids infantile serait en effet l'anticipation, la prévention et l'éducation à la santé.** Il propose d'établir une consultation de prévention à codifier différemment (22).

Selon F.Ronco, la prévention reste peu valorisante pour le moment car elle aboutit à une non-maladie, un non-événement. **Cela reste une démarche difficile dans notre système de santé actuel** (77). Mais ouvre un vaste champ de possibilités et de compétences nouvelles à exploiter.

5. CONCLUSION

Le surpoids infantile est un problème de santé publique, pourvoyeur de conséquences somatiques et psychosociales majeures pour l'enfant.

Le médecin généraliste est placé au cœur de la prise en charge de cette pathologie. Son rôle de dépistage et de lanceur d'alerte est légitime et admis. Il présente des difficultés à trouver sa place dans le reste du suivi. Son implication et son investissement sont variables, et pourtant garants d'une bonne prise en charge.

L'étape du dépistage du surpoids ne semble pas poser de questionnement particulier auprès des médecins généralistes. Les pratiques rapportées montrent pourtant un retard au dépistage, qui n'est pas toujours identifié par les médecins généralistes.

L'intérêt de dépister précocement garantit pourtant un meilleur pronostic et une prévention sur les conséquences de cette pathologie.

Concernant l'investissement dans la prise en charge et le parcours de soins du patient, les pratiques retrouvées sont plutôt hétérogènes. Les médecins généralistes s'accordent à dire que l'adhésion et la recherche d'objectifs de soins adaptés et concertés avec le patient et sa famille sont indispensables au maintien du suivi. Le but est d'acquiescer un changement de comportement favorable à la santé, et ceci au long terme.

Il a été retrouvé que globalement le vécu de la prise en charge par les médecins généralistes est vu comme difficile, chronophage et avec un succès incertain. Le médecin généraliste se sent démuné et isolé dans la prise en charge.

Les praticiens sont peu demandeurs de formation dédiée alors que paradoxalement beaucoup se jugent peu compétents.

Un décloisonnement des disciplines pour rompre l'isolement ; et davantage de formation semblent des axes intéressants pour améliorer les pratiques des médecins généralistes.

En effet, plus le dépistage et la prise en charge s'amorcent tôt, meilleur est le pronostic dans cette pathologie. La prévention est-elle la clef de voûte de cette pathologie ?

Sa temporalité et sa finalité sont différentes et posent la question de leurs adaptabilités en médecine de premier recours. La promotion de la santé offre un champ de possibles et de compétences à exploiter, elle contribue à renforcer une vision positive de la santé. La santé ne serait pas un but en soi, mais un moyen d'accéder à l'état de complet bien-être qui fait la définition de la santé selon l'OMS.

Une des innovations de ce travail concerne l'apport rapporté des infirmières en pratique avancée IPA. Les praticiens formant un binôme avec cette discipline semblent très

convaincus de leur aide précieuse dans la prise en charge de cette pathologie. Une étude se penchant sur l'impact de cette profession toute récente pourrait prolonger cette thèse.

Le développement de la prévention serait un moyen de gérer de façon plus efficiente le problème du surpoids infantile.

L'apport nouveau des IPA dans cette pathologie semblent un autre champ de développement qui ressort de ce travail.

Le vécu des médecins généralistes en sera-t-il plus aisé et optimiste ? Les actions gouvernementales semblent elles aussi appuyer dans ce sens.

Comme le dit Hippocrate le Grand : « *L'aliment sera ton premier médicament* ».

6. BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Surpoids et obésité de l'enfant [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/fr/>
2. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003) [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2011 [cité 3 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003
3. Adams KF, Schatzkin A, Harris TB, Kipnis V, Mouw T, Ballard-Barbash R, et al. Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. *N Engl J Med*. 24 août 2006;355(8):763-78.
4. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Cause-Specific Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight, and Obesity. *JAMA* [Internet]. 7 nov 2007 [cité 16 nov 2020];298(17):2028. Disponible sur: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.298.17.2028>
5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Guignon N. La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004- 2005. Premiers résultats. *Études et Résultats* 2008;(632).
6. La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale [Internet]. DREES. 2017. [cité le 10/11/2020] Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er993.pdf>
7. Les résultats de l'étude ESTEBAN 2014-2015 [Internet]. Santé Publique France. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/les-resultats-de-l-etude-esteban-2014-2015>
8. Reilly JJ, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *Int J Obes (Lond)* [Internet]. juill 2011;[cité le 16 nov 2020] 35(7):891-8. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20975725/>
9. Obésité : Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge [Internet]. Les éditions Inserm; 2006 [cité 7 nov 2020] p. XII-217 p. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/66>
10. AMSON A, BAS-THERON F. La prévention sanitaire par une bonne hygiène nutritionnelle [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2003 mars p. 147. Report No.: 038. Disponible sur: <http://www.afdn.org/fileadmin/pdf/info-pro/prevention-sanitaire-hygiene-nutritionnelle.pdf>
11. Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route 2019-2021 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/feuille-de-route-2019-2021>
12. PNNS 4 2019 - 2023 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé.[cité le 10 nov 2020] Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
13. Stunkard AJ, Harris JR, Pedersen NL, McClearn GE. The body-mass index of twins who have been reared apart. *N Engl J Med*. 24 mai 1990;322(21):1483-7.
14. Bouchard C, Tremblay A, Després JP, Nadeau A, Lupien PJ, Thériault G, et al. The response to long-term overfeeding in identical twins. *N Engl J Med*. 24 mai 1990;322(21):1477-82.
15. TREMBLAIS S. Programme « 1000 jours » de l'OMS : impact de l'environnement de l'enfant sur le développement futur de pathologies chroniques [Thèse doctorat pharmacie].UFR Sciences Nantes; 2018.
16. Le Run J-L. Trop de poids, pas assez de quoi? *Enfances Psy* [Internet]. 1 oct 2005 [cité 4 nov 2020];no27(2):119-26. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2005-2-page-119.htm>

17. INCA 3 : Evolution des habitudes et modes de consommation, de nouveaux enjeux en matière de sécurité sanitaire et de nutrition [Internet]. ANSES. 2017 [cité 10 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/inca-3-evolution-des-habitudes-et-modes-de-consommation-de-nouveaux-enjeux-en-mati%C3%A8re-de>
18. Petrovic B, Mecarelli M, Dabbas M, Ricour C, Golse B, Zigante F. Psychopathologie et narrativité dans l'obésité infantile. La psychiatrie de l'enfant [Internet]. 27 juill 2009 [cité 9 nov 2020];Vol. 52(1):45-61. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2009-1-page-45.htm>
19. Dr Soulié D. Le surpoids chez l'enfant et l'adolescent. Solar; 2007. 255 p.
20. Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant - MG France [Internet]. mgfrance.org. 2014 [cité 3 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/540-les-enfants-doivent-pouvoir-choisir-leur-medecin-traitant2014>
21. Tounian P, Aggoun Y, Dubern B, Varille V, Guy-Grand B, Sidi D, et al. Presence of increased stiffness of the common carotid artery and endothelial dysfunction in severely obese children: a prospective study. Lancet. 27 oct 2001;358(9291):1400-4.
22. GODARD E. Environnement et obésité de l'enfant à travers une revue de la littérature [Internet]. FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01460430/document>
23. Daniels SR. Complications of obesity in children and adolescents. International Journal of Obesity [Internet]. avr 2009 [cité 10 nov 2020];33(1):S60-5. Disponible sur: <https://www.nature.com/articles/ijo200920>
24. Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW. Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. JAMA. 9 avr 2003;289(14):1813-9.
25. Buttitta M, Iliescu C, Rousseau A, Guerrien A. Quality of life in overweight and obese children and adolescents: a literature review. Qual Life Res. mai 2014;23(4):1117-39.
26. Baxter SL, Collins SC, Hill AJ. 'Thin people ... they're healthy': young children's understanding of body weight change. Pediatric Obesity [Internet]. 2016 [cité 18 nov 2020];11(5):418-24. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijpo.12081>
27. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry. mars 2010;67(3):220-9.
28. médicale (Inserm) I national de la santé et de la recherche. Obésité : Dépistage et prévention chez l'enfant. Synthèse et recommandations. [Internet]. Les éditions Inserm; 2000 [cité 18 nov 2020]. p59 P96. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/188>
29. GROS A. Dimensions sociales de la stigmatisation [Internet]. G.R.O.S. 2011 [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.gros.org/dimensions-sociales-de-la-stigmatisation>
30. Viner RM, Cole TJ. Adult socioeconomic, educational, social, and psychological outcomes of childhood obesity: a national birth cohort study. BMJ. 11 juin 2005;330(7504):1354.
31. Dr TOUNIAN P, Amor S. Obésité infantile On fait fausse route ! Bayard. 2008. 148 p. (Aux côtés des enfants).
32. Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux J-C, Lussault P-Y, Basdevant A, Verger P. La prise en charge de l'obésité: Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA ; résultats d'une enquête téléphonique. La Presse Médicale [Internet]. 1 juin 2005 [cité 3 nov 2020];34(11):769-75. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498205840394>

33. Thibault H, Meless D, Carriere C, Baine M, Saubusse E, Castetbon K, et al. Critères de repérage précoce des enfants à risque de développer un surpoids. Archives de Pédiatrie [Internet]. 1 mai 2010 [cité 7 nov 2020];17(5):466-73. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X10000692>
34. Spurrier NJ, Magarey A, Wong C. Recognition and management of childhood overweight and obesity by clinicians. J Paediatr Child Health. août 2006;42(7-8):411-8.
35. Thibault H, Rolland-Cachera MF. Stratégies de prévention de l'obésité chez l'enfant. Archives de Pédiatrie [Internet]. 1 déc 2003 [cité 7 nov 2020];10(12):1100-8. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X03005384>
36. Repères alimentaires pour les populations spécifiques Enfants, femmes enceintes & allaitantes, personnes âgées [Internet]. ANSES. 2019. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/PRES2019DPA02.pdf>
37. Guide de pratique clinique sur le traitement de l'obésité pédiatrique au Québec [Internet]. INESSS. 2012 [cité 10 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.inesss.qc.ca/>
38. Garandeau P. L'obésité infantile. Que fait-on pour la prévenir et la prendre en charge? Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) Réunion [Internet]. 2009;pp.49-63. Disponible sur: <https://hal.univ-reunion.fr/hal-02406940/document>
39. CNRÉPPPOP - Coordination Nationales des Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique [Internet]. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.cnreppop.com/>
40. Franc C, Van Gerwen M, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. French pediatricians' knowledge, attitudes, beliefs towards and practices in the management of weight problems in children. Health Policy. juill 2009;91(2):195-203.
41. Jean-Pierre Vallée, Pierre Gallois, Yves Le Noc. Obésité de l'enfant : un petit peu mieux en 2014.... Médecine. 2014;10(10):454-458. doi:10.1684/med.2014.1169
42. Duchesne sophie, Haegel F. L'entretien collectif. Armand Colin; 2008. (Universitaire de poche).
43. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 2008;(84):142-5. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RO_Exercer.pdf
44. La nutrition, un facteur fondamental de risque ou de protection des cancers [Internet].| Univadis. [cité 5 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.univadis.fr/viewarticle/la-nutrition-un-facteur-fondamental-de-risque-ou-de-protection-des-cancers-706903>
45. BARDIN F. L'analyse de contenu. PUF. 2011. 291 p. (Quadrige). ISBN 978-2-13-056027-2
46. Dubuisson E. Quels sont les domaines explorés en consultation de médecine générale pour la prise de charge de la surcharge pondérale chez l'enfant de 6 à 11 ans ? [thèse doctorat]. Université de Angers; 2016. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20096588/2016MCEM5186/fichier/5186F.pdf>
47. PUDDU C. Surpoids infantile en médecine générale ; étude qualitative auprès de 10 médecins généralistes du 83 [Internet] [thèse de doctorat]. Faculté de Medecine de Marseille; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01875611/document>
48. DGOS Michel.C. Feuille de route 2019-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 13 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/feuille-de-route-2019-2022>
49. LEBLANC C. Évaluation des pratiques et des besoins des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon dans le dépistage et la prise en charge des enfants âgés de 2 à 15 ans en situation de surpoids ou d'obésité [Internet]. Université Montpellier; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02940385/document>

50. Avignon A, Attalin V. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité. Cahiers de Nutrition et de Diététique. 1 avr 2013;48(2):98-103.
- 51 . VILLEROY REVILLE marine. Dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent. Les besoins des médecins généralistes du département des Alpes Maritimes. [thèse de doctorat]. Université de Nice Sophia Antipolis; 2015. Disponible sur: <https://pdfs.semanticscholar.org/cd29/3f52dc66e799474482dab13f3a492fdd7457.pdf>
52. Matazzi L. Obésité pédiatrique : quand la prise en charge se heurte à un arrêt prématuré du suivi. [thèse de doctorat]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2019.
- 53 . O'Donnell JE, Foskett-Tharby R, Gill PS. General practice views of managing childhood obesity in primary care: a qualitative analysis. JRSM Open. Juin2017;8(6):2054270417693966.
- 54 Le Pommelet marine. Vécu et attentes des parents dans la prise en charge de 1er recours du surpoids et/ou de l'obésité non compliquée de leur enfant âgé de 6 à 9 ans en Ille-et-Vilaine [Internet] [Thèse d'exercice]. [Rennes]: Université de Rennes 1; 2019. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/48504e37-7fbb-4543-8c4d-49f0faf4f6f2>
- 55 . LIME F, PONTIER L. Annonce du diagnostic d'obésité infantile : Regards croisés médecins patients [Internet] [thèse de doctorat]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2017. Disponible sur: <http://n2t.net/ark:/47881/m69022c1>
- 56 . Payet G. L'obésité infantile, un problème de poids pour les médecins généralistes : exploration des représentations des médecins généralistes de la Possession concernant l'obésité infantile et sa prise en charge [Internet] [thèse de doctorat]. Université de Bordeaux U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01810081/document>
57. Goujeon O. Les freins au dépistage et à l'initiation de la prise en charge de l'obésité infantile. [Internet] [thèse de doctorat]. Université de Angers; 2016. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20061993/2016MCEM6775/fichier/6775F.pdf>
58. LAFON G. Qualité du suivi, en médecine de ville, de la croissance et de la corpulence des enfants prépubères habitant l'agglomération lilloise [Internet] [thèse de doctorat]. UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2 FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG; 2014. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/3cf9d23-6f34-477b-ad0a-940f50608c2f>
59. Bardet Fournier E. Évaluation du tracé des courbes de corpulence dans le carnet de santé d'enfants hospitalisés à Albertville [Internet]. UNIVERSITE JOSEPH FOURIER FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01097442/document>
60. DUPLOMB I. Prévention et dépistage de l'obésité de l'enfant. Enquête de pratiques auprès de 50 médecins généralistes. [Internet] [thèse de doctorat]. [Université de Nantes, Faculté de Médecine]; 2009. Disponible sur: <file:///C:/Users/juliette/Downloads/pdfNatif.pdf>
61. Cailliez É, Serge F, Gérard S, Pietri M. Obésité infantile et médecine générale. Soins Pédiatrie/Puériculture. 1 juill 2012;33:41-5.
62. Gillier S. L'obésité de l'enfant est-elle « affaire de généraliste » ? Médecine. 1 déc 2009;5(9):420-1.
63. Cuhe adrien. Prévention, dépistage et prise en charge de l'obésité infantile par le médecin traitant : étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Hérault [thèse doctorat]. Université Montpellier; 2018.
64. VIMEUX L. Pratiques et attentes des médecins généralistes et pédiatres libéraux de Poitou-Charentes concernant le diagnostic et la prise en charge de l'obésité pédiatrique [Internet] [thèse de doctorat]. UNIVERSITE BORDEAUX 2 – Bordeaux Segalen UFR DES SCIENCES MEDICALES; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01565289/document>

65. LAMBOU F. La prise en charge et le dépistage de l'obésité infantile : pratiques et attentes des médecins généralistes des Landes en 2013 [Internet] [thèse de doctorat]. UNIVERSITE BORDEAUX 2 - Bordeaux Segalen U.F.R DES SCIENCES MEDICALES; 2013. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00952733/document>
66. Doolen J, Alpert PT, Miller SK. Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: a metasyntesis of the current research. *J Am Acad Nurse Pract.* mars 2009;21(3):160-6.
67. He M, Evans A. Are parents aware that their children are overweight or obese? *Can Fam Physician.* sept 2007;53(9):1493-9.
68. Bertrand-Babeau sophie. Dépistage de l'obésité infantile aux urgences pédiatriques et dans deux cabinets de médecine générale de la région nantaise : état des lieux [Internet] [thèse de doctorat]. Nantes; 2013 [cité 15 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.sudoc.fr/174179987>
69. Quentin F. Prise en charge du surpoids de l'enfant en réseau de second recours. Quels sont les facteurs influençant les délais entre le début du surpoids et l'inclusion dans un réseau spécialisé ? Analyse au sein du RéPPOP 38 [Internet] [thèse de doctorat]. UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02327133/document>
70. Braet C. Patient Characteristics as Predictors of Weight Loss after an Obesity Treatment for Children. *Obesity.* 2006;14(1):148-55.
71. ROBINET P. Obstacle au traitement de l'obésité infantile : enquête auprès des familles défavorisées [Internet] [thèse de doctorat]. UNIVERSITE JOSEPH FOURIER FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE; 2012. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00684209/document>
72. HAS. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [Internet]. Page internet présenté à; [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
73. Lachal J, Orri M, Sibeoni J, Moro MR, Revah-Levy A. Méta-synthèse qualitative de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* 1 mai 2015;63(3):183-91.
74. Perrin EM, Skinner AC, Steiner MJ. Parental Recall of Doctor Communication of Weight Status. *Arch Pediatr Adolesc Med.* avr 2012;166(4):317-22.
75. Dubern B. Ne pas culpabiliser l'enfant obèse. *La revue du praticien Médecine générale.* sept 2018; (1006):604-5.
76. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 3 nov 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-sante-des-eleves-de-grande-section-de-maternelle-en-2013-des-inegalites>
77. RONCO F. Le rôle de médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile. Etude qualitative menée auprès de 10 médecins généralistes exerçant en Picardie [Internet] [thèse de doctorat]. UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01254282/document>
78. GRUAZ D, Dr FONTAINE D. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes [Internet]. Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes; 2004 février p. 51. Disponible sur: http://pieros.orsra.fr/pdf/Etude283_psante.pdf
79. Jo F, LI B. Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *The American journal of clinical nutrition* [Internet]. juin 1999 [cité 20 mai 2021];69(6). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10357749/>

80. Bertin E. Pour une approche tridimensionnelle de l'éducation à l'alimentation. Cahiers de Nutrition et de Diététique. 1 juin 2020;55(3):119-26.
81. Nguyễn, Pascal. Obésité : Vive la « cantoché » !. Science&Santé(Paris), 2012, N° 11, p. 36-37
82. Ginioux C, Grousset J, Mestari S, Ruiz FMM. Prévalence de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent scolarisés en Seine Saint-Denis. Sante Publique. 2006;Vol. 18(3):389-400.
83. Ninot G. L'entretien motivationnel auprès de parents prévient l'obésité de leur enfant [Internet]. Blog en santé. 2015 [cité 4 nov 2020]. Disponible sur: <http://blogensante.fr/2015/06/15/lentretien-motivationnel-aupres-de-parents-previent-lobesite-de-leur-enfant/>
84. Lager G, Golay A. Représentations, comportements et obésité. Revue Médicale Suisse [Internet]. 2008 [cité 6 nov 2020];4. 848-853(151). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-151/Representations-comportements-et-obesite>
85. BORIE N. Evaluation des modifications des pratiques professionnelles de 40 médecins exerçant en Midi Pyrénées ayant participé à une formation médicale continue sur le dépistage et la prise en charge de l'obésité pédiatrique (REPPPOP-MGFORM). [Internet] [thèse de doctorat]. UNIVERSITÉ TOULOUSE III-PAUL SABATIER; 2014. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/565/1/2014TOU31114.pdf>
86. Dr Nègre V. Bénéfice d'une prise en charge multidisciplinaire et de proximité de l'obésité pédiatrique en France [Internet]. Poster présentation d'étude à l'AFERO présenté à; 2018; Coordination Nationale des Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (CN-RéPPPOP). Disponible sur: <file:///C:/Users/juliette/Downloads/POSTER%20AFERO%202018%20-%20R%C3%A9sultats%20des%20R%C3%A9PPPOP.pdf>
87. GOURVENEC C. Pour une meilleure prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile : préparation et élaboration d'un protocole pluridisciplinaire au sein d'une équipe de soins primaires, exemple de la MSP de Retiers [Internet] [thèse de doctorat]. Université de rennes 1; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01755771/document>
88. Morin D, Eicher M. La pratique infirmière avancée. Revue médicale suisse. 5 sept 2012;8:1680-1.
89. DGOS. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 10 juin 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
90. Fourneau C. Implication de la pratique avancée dans l'exercice Asalée [Internet]. Présentation Colloque présenté à: Profession infirmière : Un horizon engagé; 2019 mars 26; Nice. Disponible sur: <http://06.cdoi.fr/assets/files/006/pdf/Colloque%2026%20mars%202019/7%20-%20C%20Fourneau%20Pre%CC%81sentation%20IMPLICATION%20DE%20LA%20PRATIQUE%20AVANCEE%20DANS%20ASALEE.pdf>
91. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : Une approche économétrique. Questions d'économie de la santé n°170. IRDES, 2011.
92. France. Arrêté du 20 décembre 2018 relatif à l'expérimentation visant à prévenir le surpoids et l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037879960>
93. Westwood M, Fayter D, Hartley S, Rithalia A, Butler G, Glasziou P, Bland M, Nixon J, Stirk L, Rudolf M. Childhood obesity: should primary school children be routinely screened? A systematic review and discussion of the evidence. Arch Dis Child. 2007 May;92(5):416-22. doi: 10.1136/adc.2006.113589. PMID: 17449522; PMCID: PMC2083728.
94. Les messages sanitaires dans les publicités alimentaires sont efficaces - Éducation Santé [Internet]. <https://educationsante.be>. 2008 [cité 10 juin 2021]. Disponible sur: <https://educationsante.be/les-messages-sanitaires-dans-les-publicites-alimentaires-sont-efficaces>

95. LOI n° 2016-1771 du 20 décembre 2016 relative à la suppression de la publicité commerciale dans les programmes jeunesse de la télévision publique (1). 2016-1771 déc 20, 2016.

96. Colombet I, Ménard J. Consultation de prévention en médecine générale : Quel cahier des charges ? Médecine. 1 févr 2007;3(2):79-82.

97. Ekelund U, Ward HA, Norat T, Luan J, May AM, Weiderpass E, et al. Physical activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC). The American Journal of Clinical Nutrition. 1 mars 2015;101(3):613-21.

8. ANNEXES :

ANNEXE 1 : Guide d'entretien focus groupe

Questionnaire Focus Groupe

- Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans le cadre du surpoids infantile ?
(question générale d'introduction)

- Comment en pratique dépistez-vous un enfant en surpoids ?

Relances : aspect physique, poids, IMC, notion rebond adiposité, rythme

- Comment faites-vous en pratique pour aborder le problème du surpoids dans votre consultation ? Et avez-vous des hésitations ou des appréhensions à le faire ?

Relances : prise de conscience, consultation dédiée, problème chronophage, triangulation parent-enfant

- Concernant votre prise en charge, quelle est votre attitude et quels moyens thérapeutiques utilisez-vous, (quelles sont vos difficultés) ?

Relances : nutrition-activités physiques-sédentarité-psychologique

Notions d'objectifs à donner, de prévoir des consultations à distance

- Au sujet du parcours de soin, redirigez-vous les enfants vers d'autres intervenants ?
Connaissez-vous des réseaux dédiés ?

- Dernière question : quelles seraient vos attentes ou vos idées pour améliorer la prise en charge de façon concrète ?

ANNEXE 2 : Fiche de consentement à l'enregistrement entretien collectif

FICHE DE CONSENTEMENT

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

Déclare avoir pris connaissance de la fiche de présentation de l'étude concernant le travail de recherche de Madame DISY Juliette dans le cadre de son travail de thèse en Médecine Générale.

J'accepte librement de participer à cette étude qui consiste à recueillir mes idées et mon expérience par un entretien. J'accepte que les informations issues de cet entretien soient utilisées, de façon anonyme, pour rendre compte des résultats à la communauté scientifique.

ANNEXE 3 : Extrait retranscription focus groupe numéro 1

_Modératrice : Alors on a six questions un petit peu ouvertes que Juliette a préparé. Et je vais mettre le minuteur pour pas qu'on déborde trop. Donc la première question c'est qu'est que vous pensez du rôle du médecin généraliste dans le surpoids infantile ? Le rôle du médecin dans ce cadre là ?

_MG11 : C'est toi qui dis, qui donne la parole ?

_Modératrice : Oui de toute façon chacun va parler. On refait un tour Juliette ?

_Observatrice : Vous pouvez faire comme d'habitude selon vos FMC habituelles hein. Si vous avez envie de parler.

_Modératrice : Donc qu'est ce que vous pensez de ce rôle là du médecin généraliste ?

_MG8 : Je pense que le dépistage doit être fait par le médecin généraliste. C'est lui qui voit le plus les enfants dans le suivi annuel. Même s'il n'y a pas de visites systématiques comme le font les pédiatres. Pour un rhume on les pèse on les mesure et tu fais la courbe et tu vois tout de suite l'IMC et c'est primordial. Je trouve qu'on est à la meilleure place. Voilà ma position.

_Modératrice : Tu disais MG6 ?

_MG7 : Oui pareil je trouve qu'on a un rôle central dans le dépistage.

_Modératrice : Non c'est que MG6 tu disais quelque chose aussi je crois ?

_MG6 : Ouais, je trouve qu'on a un rôle d'alerte parce que ça arrive que les parents ne s'en rendent pas compte et le fait de vraiment faire le courbe et toujours leur montrer la courbe je trouve que c'est assez parlant et ça montre le danger quand ils voient que la courbe va vers le haut. Voilà.

_MG11 : Moi je suis d'accord avec MG6, je prends la parole. Je ne suis pas tout à fait d'accord avec MG8 parce que c'est des questions évidentes de patientèles. Je pense MG8 par exemple on avait une pédiatre, tous les enfants étaient vus par elle. Et quand je me suis installé il y a plus de vingt ans, j'étais plus jeune et on pas voyait les gamins. C'était très rare. Si mon confrère voyait quelques gamins mais c'était rare de suivre des enfants depuis la naissance jusque voilà. Et voilà donc heu je pense que j'aurai plutôt un rôle d'alerte. Tu vois le gamin parce qu'il est malade ou pour une visite, et tu le déshabilles tu le pèses, hop, IMC tout de suite tu alertes. Voilà. Mais en dehors de ça, quand c'est des obésités importantes, des gros surpoids je fais un courrier. J'envoie à l'hôpital de Saint Nazaire et c'est le cas que je vais présenter si on présente un cas. Voilà.

_Modératrice : Et toi MG10 MG9 ?

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : DISY**PRENOM : Juliette****Titre de Thèse :**

Le surpoids infantile : Vécu des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge.
Une enquête qualitative par entretiens collectifs.

RESUME

Le surpoids infantile est défini comme un problème de santé publique et fait l'objet de plusieurs plans au niveau national pour réduire la proportion d'enfants en surpoids. Ces plans et les recommandations qui les accompagnent mettent le médecin généraliste en première ligne et au centre pour la prévention, le dépistage, la prise en charge et le suivi de l'enfant.

Ce qui le place au centre d'une pathologie complexe, associant à la dimension médicale les dimensions familiale, socioculturelle, et environnementale. Cela nécessite des compétences larges pour aborder tous ces champs.

L'objectif de ce travail est de recueillir les ressentis, les difficultés et les attentes des praticiens en soins primaires au cours du dépistage et de la prise en charge de cette pathologie ; dans une optique de chercher à améliorer les pratiques.

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens collectifs auprès de médecins généralistes. 27 participants sont intervenus au cours de trois séances d'entretiens. L'étude s'est déroulée entre septembre 2020 et janvier 2021.

Le médecin généraliste est conscient de son rôle central dans cette pathologie ; il a des difficultés à trouver sa place dans la prise en charge.

Les besoins en formation sont peu exprimés mais réels, notamment au niveau du dépistage où il semble ne pas y avoir de prise de conscience de retard de diagnostic.

Globalement les difficultés rapportées sont le caractère chronophage, le sentiment d'être isolé et de manquer de compétences.

Souvent l'annonce est vécue comme un moment délicat et crucial pour la suite du suivi.

Les médecins sont en recherche de l'adhésion du patient et de sa famille, pour obtenir des changements de comportements tant au niveau nutritionnel, de l'activité physique et psychosocial. Le parcours de soins est variable selon les praticiens, et globalement les réseaux multidisciplinaires dédiés sont peu utilisés. Le développement des CPTS apporterait-il une solution pour une meilleure communication et gestion du réseau de soins ?

Les besoins des médecins vont vers l'interdisciplinarité, un décloisonnement des pratiques, et une meilleure adaptabilité et lisibilité du parcours de soins.

Une revalorisation de la médecine de prévention semble judicieuse dans ce problème de santé publique.

Il serait intéressant d'évaluer l'apport des infirmières en pratiques avancées IPA au sein des maisons de santé multidisciplinaires. Elles semblent répondre aux attentes de proximité, de temps et de compétences requis dans cette pathologie complexe.

MOTS-CLES

Surpoids infantile ; Dépistage ; Prise en charge ; Prévention ; Médecine générale
Multidisciplinarité