



HAL
open science

Évaluation des pratiques de médecins généralistes de l'Hérault dans le dépistage, suivi et prise en charge de l'obésité infantile

Pauline Cartier

► **To cite this version:**

Pauline Cartier. Évaluation des pratiques de médecins généralistes de l'Hérault dans le dépistage, suivi et prise en charge de l'obésité infantile. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04757123

HAL Id: dumas-04757123

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04757123v1>

Submitted on 28 Oct 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

CARTIER Pauline

le 27/06/2024

TITRE :

**Évaluation des pratiques de médecins
généralistes de l'Hérault dans le
dépistage, suivi et prise en charge de
l'obésité infantile**

Directeur de thèse : Docteur FRANCES Pierre

JURY

Président : Professeur AVIGNON Antoine

Assesseurs : Professeur TRAN Tu Anh et Docteur FRANCES Pierre

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

CARTIER Pauline

le 27/06/2024

TITRE :

**Évaluation des pratiques de médecins
généralistes de l'Hérault dans le
dépistage, suivi et prise en charge de
l'obésité infantile**

Directeur de thèse : Docteur FRANCES Pierre

JURY

Président : Professeur AVIGNON Antoine

Assesseurs : Professeur TRAN Tu Anh et Docteur FRANCES Pierre

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024
PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

| | | | |
|------------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| ALBAT Bernard | BRUNEL Michel | GUI TER Pierre | NAVRATIL Henri |
| ALLIEU Yves | CAMU William | HEDON bernard | OTHONIEL Jacques |
| ALRIC Robert | CANAUD Bernard | HERTAULT Jean | PAGES Michel |
| ARNAUD Bernard | CHAPTAL Paul-André | HUMEAU Claude | PELISSIER Jacques |
| ASENCIO Gérard | CIURANA Albert-Jean | JAFFIOL Claude | PETIT Pierre |
| ASTRUC Jacques | CLOT Jacques | JARRY Daniel | POUGET Régis |
| AUSSILLOUX Charles | COSTA Pierre | KLEIN Bernard | PUJOL Henri |
| AVEROUS Michel | COTTALORDA Jérôme | LAFFARGUE François | RABISCHONG Pierre |
| AYRAL Guy | D'ATHIS Françoise | LAMARQUE Jean-Louis | REBOUL Jean |
| BALDET Pierre | DESCOMPS Bernard | LAPEYRIE Henri | RIEU Daniel |
| BALDY-MOULINIER Michel | DIMEGLIO Alain | LE ROUX Jean-Louis | ROCHEFORT Henri |
| BANSARD Nicole | DOMERGUE Jacques | LESBROS Daniel | ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre |
| BILLIARD Michel | DUBOIS Jean Bernard | LOR IOT Jean | SAINT-AUBERT Bernard |
| BLAYAC Jean Pierre | DUJOLS Pierre | LOUBATIERES Marie Madeleine | SANCHO-GARNIER Hélène |
| BLOTMAN Francis | DUMAZER Romain | MAGNAN DE BORNIER Bernard | SANY Jacques |
| BONNEL François | ECHENNE Bernard | MARTY ANE Charles | SEGNARBIEUX François |
| BOULOT Pierre | FABRE Serge | MATHIEU-DAUDE Pierre | SENAC Jean-Paul |
| BOURGEOIS Jean-Marie | FRERE BEAU Philippe | MEYNADIER Jean | TOUITOU Isabelle |
| BOUSQUET Jean | GALIFER René Benoît | MICHEL François-Bernard | VIDAL Jacques |
| BRUEL Jean Michel | GODLEWSKI Guilhem | MION Charles | VISI ER Jean Pierre |
| BUREAU Jean-Paul | GUILHOU Jean-Jacques | NAVARRO Maurice | |



Professeurs Emérites

Docteurs Emerites

| | | | |
|-------------------------|------------------------------|----------------------|--------------|
| ARTUS Jean-Claude | DEDET Jean-Pierre | MESSNER Patrick | PUJOL Joseph |
| BASTIEN Patrick | DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel | MONNIER Louis | |
| BLANC François | GUILLOT Bernard | PREFAUT Christian | |
| BONAFE Alain | HERISSON Christian | PUJOL Rémy | |
| BOULENGER Jean-Philippe | JEANDEL Claude | REYNES Jacques | |
| BOURREL Gérard | JONQUET Olivier | RIBSTEIN Jean | |
| BRINGER Jacques | LANDAIS Paul | ROSSI Jean-François | |
| CANOVAS François | LARREY Dominique | SCHVED Jean-François | |
| CLAUSTRES Mireille | LE QUELLEC Alain | TOUCHON Jacques | |
| COMBE Bernard | MARES Pierre | VOISIN Michel | |
| DAURES Jean-Pierre | MAUDELONDE Thierry | ZANCA Michel | |
| DAUZAT Michel | MILLAT Bertrand | | |
| DAVY Jean-Marc | MAURY Michèle | | |

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

| | |
|---------------------------|---|
| AGUILAR MARTINEZ Patricia | Hématologie ; transfusion |
| ALRIC Pierre | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire) |
| AVIGNON Antoine | Nutrition |
| AZRIA David | Cancérologie ; radiothérapie |
| BACCINO Eric | Médecine légale et droit de la santé |
| BAGHDADLI Amaria | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| BEREGI Jean-Paul | Radiologie et imagerie médicale |
| BLAIN Hubert | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| CAMBONIE Gilles | Pédiatrie |
| CAPDEVILA Xavier | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| CARTRON Guillaume | Hématologie ; transfusion |
| CAYLA Guillaume | Cardiologie |
| CHAMMAS Michel | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| COLSON Pascal | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| COSTES Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| COUBES Philippe | Neurochirurgie |
| COURTET Philippe | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| CRAMPETTE Louis | Oto-rhino-laryngologie |
| CRISTOL Jean Paul | Biochimie et biologie moléculaire |
| CYTEVAL Catherine | Radiologie et imagerie médicale |
| DAUVILLIERS Yves | Physiologie |
| DE TAYRAC Renaud | Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale |
| DE VOS John | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| DE WAZIERES Benoît | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| DELAPORTE Eric | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| DEMARIA Roland | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| DEMOLY Pascal | Pneumologie ; addictologie |
| DEREURE Olivier | Dermatologie - vénéréologie |
| DERUELLE Philippe | Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale |
| DUFFAU Hugues | Neurochirurgie |

Service de gestion des personnels

| | |
|--------------------------|--|
| ELIAOU Jean François | Immunologie |
| FABRE Jean Michel | Chirurgie viscérale et digestive |
| HAMAMAH Samir | Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| JABER Samir | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| JORGENSEN Christian | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie |
| KLOUCHE Kada | Médecine intensive-réanimation |
| KOENIG Michel | Génétique |
| KOTZKI Pierre Olivier | Biophysique et médecine nucléaire |
| LABAUGE Pierre | Neurologie |
| LAFFONT Isabelle | Médecine physique et de réadaptation |
| LAVIGNE Jean-Philippe | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| LECLERCQ Florence | Cardiologie |
| LEFRANT Jean-Yves | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| LEHMANN Sylvain | Biochimie et biologie moléculaire |
| LUMBROSO Serge | Biochimie et Biologie moléculaire |
| MARIANO-GOULART Denis | Biophysique et médecine nucléaire |
| MATECKI Stéfan | Physiologie |
| MERCIER Jacques | Physiologie |
| MEUNIER Laurent | Dermato-vénéréologie |
| MONDAIN Michel | Oto-rhino-laryngologie |
| MORIN Denis | Pédiatrie |
| NAVARRO Francis | Chirurgie viscérale et digestive |
| PAGEAUX Georges-Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| PRUDHOMME Michel | Anatomie |
| PUJOL Pascal | Biologie cellulaire |
| QUERE Isabelle | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire) |
| RENARD Eric | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| RIPART Jacques | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| ROUANET Philippe | Cancérologie ; radiothérapie |
| SOTTO Albert | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| TAOUREL Patrice | Radiologie et imagerie médicale |
| TRAN Tu-Anh | Pédiatrie |
| VANDE PERRE Philippe | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| VERNHET Hélène | Radiologie et imagerie médicale |

Service de gestion des personnels

| | |
|--------------------------------|--|
| KOUYOUMDJIAN Pascal | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| LACHAUD Laurence | Parasitologie et mycologie |
| LAVABRE-BERTRAND Thierry | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| LE MOING Vincent | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| LE QUINTREC DONNETTE Moglie | Néphrologie |
| LETOUZEY Vincent | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| MORANNE Olivier | Néphrologie |
| MOREL Jacques | Rhumatologie |
| NAGOT Nicolas | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication |
| NOCCA David | Chirurgie viscérale et digestive |
| PANARO Fabrizio | Chirurgie viscérale et digestive |
| PASQUIE Jean-Luc | Cardiologie |
| PELLESTOR Franck | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| PEREZ MARTIN Antonia | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire) |
| PERNEY Pascal | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| PUJOL Jean Louis | Pneumologie ; addictologie |
| PURPER-OUAKIL Diane | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| RIGAU Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| ROGER Pascal | Anatomie et cytologie pathologiques |
| ROUBILLE François | Cardiologie |
| SOLASSOL Jérôme | Biologie cellulaire |
| STERKERS Yvon | Parasitologie et mycologie |
| STOEBNER Pierre | Dermato-vénéréologie |
| SULTAN Ariane | Nutrition |
| TUAILLON Edouard | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| VENAIL Frédéric | Oto-rhino-laryngologie |
| VINCENT Thierry | Immunologie |

PU-PH de 2ème classe

| | |
|-------------------|--------------------------------------|
| AYRIGNAC Xavier | Neurologie |
| BELZEAUX Raoul | Psychiatrie d'adultes ; Addictologie |
| BERTRAND Martin | Anatomie |
| BOBBIA Xavier | Médecine d'urgence |
| BOMMART Sébastien | Radiologie et imagerie médicale |

Service de gestion des personnels

| | |
|---------------------------------|--|
| CLARET Pierre-Géraud | Médecine d'urgence |
| COLOMBO Pierre-Emmanuel | Cancérologie ; radiothérapie |
| DAGNEAUX Louis | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| DAIEN Claire | Rhumatologie |
| DE JONG Audrey | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| DONNADIEU Hélène | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| FAILLIE Jean-Luc | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| FRANDON Julien | Radiologie et imagerie médicale |
| FUCHS Florent | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| GANDET Thomas | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| GELIS Anthony | Médecine physique et de réadaptation |
| GODREUIL Sylvain | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| HERBAUX Charles | Hématologie, transfusion |
| HERLIN Christian | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie |
| HERRERO Astrid | Chirurgie viscérale et digestive |
| JEZIORSKI Eric | Pédiatrie |
| LACHERETZ-SZABLEWSKI Vanessa | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LALLEMANT Benjamin | Oto-rhino-laryngologie |
| LATTUCA Benoît | Cardiologie |
| LONJON Nicolas | Neurochirurgie |
| LOUBET Paul | Maladies infectieuses, Maladies tropicales |
| LOPEZ CASTROMAN Jorge | Psychiatrie d'Adultes ; addictologie |
| LUKAS Cédric | Rhumatologie |
| MAKINSON Alain | Maladies infectieuses, Maladies tropicales |
| MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas | Radiologie et imagerie médicale |
| MILLET Ingrid | Radiologie et imagerie médicale |
| MURA Thibault | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication |
| OLIE Emilie | Psychiatrie d'adultes; addictologie |
| PANABIERES Catherine | Biologie cellulaire |
| PARIS Françoise | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| PERS Yves-Marie | Thérapeutique; addictologie |
| POUDEROUX Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| RIVIER François | Pédiatrie |
| ROGER Claire | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |

...

Service de gestion des personnels

| | |
|------------------|---|
| ROUBILLE Camille | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| SEBBANE Mustapha | Médecine d'urgence |
| SIRVENT Nicolas | Pédiatrie |
| STEPANIAN Alain | Hématologie ; transfusion |
| STERKERS Yvon | Parasitologie et mycologie |
| STOEBNER Pierre | Dermato-vénérologie |
| THOUVENOT Éric | Neurologie |
| THURET Rodolphe | Urologie |
| VILLAIN Max | Ophtalmologie |
| VINCENT Denis | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

2^{ème} classe :

CHAZAL Nathalie (Biologie cellulaire)

MOREAUX Jérôme (Sciences biologiques fondamentales et cliniques)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

AMOUYAL Michel

2^{ème} classe :

FOLCO-LOGNOS Béatrice

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BAUCHET Luc (Neurochirurgie)
BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)
DEBIEN Blaise (Médecine d'urgence)
GAUDARD Philippe (Anesthésiologie-réanimation)
MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)
MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
NOUGARET Stéphanie (Radiologie et imagerie médicale)
PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
QUANTIN Xavier (Pneumologie)
ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)
VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent Médecine légale et droit de la santé
RICHARD Bruno Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère Génétique
CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel Hématologie ; transfusion
RAVEL Christophe Parasitologie et mycologie

MCU-PH de 1^{re} classe

BRET Caroline Hématologie biologique
BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
CHIRIAC Anca Immunologie

Service de gestion des personnels

| | |
|------------------------|---|
| COSSEE Mireille | Génétique |
| DESHAYES Emmanuel | Biophysique et médecine nucléaire |
| DU THANH Aurélie | Dermato-vénérologie |
| FITENI Frédéric | Cancérologie ; radiothérapie |
| GATINOIS Vincent | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| GIRARDET-BESSIS Anne | Biochimie et biologie moléculaire |
| GOUZI Farès | Physiologie |
| LAVIGNE Géraldine | Hématologie ; transfusion |
| LESAGE François-Xavier | Médecine et Santé au Travail |
| MARIA Alexandre | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| MATHIEU Olivier | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| MOUZAT Kevin | Biochimie et biologie moléculaire |
| PANTEL Alix | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| SCHUSTER-BECK Iris | Physiologie |
| THEVENIN-RENE Céline | Immunologie |

MCU-PH de 2^{ème} classe

| | |
|-----------------------|--|
| BARATEAU Lucie | Physiologie |
| BERGOUGNOUX Anne | Génétique |
| BOETTO Julien | Neurochirurgie |
| DEBOURDEAU Antoine | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| DUFLOS Claire | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication |
| DUPONT Chloé | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| ENGELMANN Ilka | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| FROUIN Eric | Anatomie et cytologie pathologiques |
| HUBERLANT Stéphanie | Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale |
| LEVEQUE Maude | Parasitologie et mycologie |
| MIOT Stéphanie | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| RANISAVELJEVIC Noémie | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; Gynécologie médicale |
| SOUCHE François-Régis | Chirurgie viscérale et digestive |



Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

| | |
|------------------|---|
| BECAMEL Carine | Neurosciences |
| DELABY Constance | Biochimie et biologie moléculaire |
| MAIMOUN Laurent | Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé |

Maitres de Conférences de classe normale

| | |
|-------------------------|--|
| BERNEX Florence | Physiologie |
| CHAUMONT-DUBEL Séverine | Sciences du médicament et des autres produits de santé |
| GUGLIELMI Laurence | Sciences biologiques fondamentales et cliniques |
| HENRY Laurent | Sciences biologiques fondamentales et cliniques |
| HERBET Guillaume | Neurosciences |
| HERVE ANDRE Emilie | Maieutique |
| LADRET Véronique | Mathématiques appliquées et applications des mathématiques |
| LAINE Sébastien | Sciences du Médicament et autres produits de santé |
| LE GALLIC Lionel | Sciences du médicament et autres produits de santé |
| LOZZA Catherine | Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques |
| MORITZ-GASSER Sylvie | Neurosciences |
| MOUTOT Gilles | Philosophie |
| PASSERIEUX Emilie | Physiologie |
| RAMIREZ Jean-Marie | Histologie |
| RAYNAUD Fabrice | Sciences du Médicament et autres produits de santé |
| TAULAN Magali | Biologie Cellulaire |

Maitres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{ère} classe

| |
|----------------------|
| COSTA David |
| OUDE ENGBERINK Agnès |

MCU-MG de 2^{ème} classe

| |
|--------------------|
| CARBONNEL François |
| MILLION Elodie |



Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

BADIN Mélanie

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MINET Mathilde

SERAYET Philippe

URENA DORES Aurélie

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

DURAES Martha Anatomie

FAVIER Valentin Oto-Rhino-Laryngologie

GAVOTTO Arthur Pédiatrie

POULEN Gaetan Neurochirurgie

ROCH Benoît Pneumologie, addictologie

THERON Alexandre Pédiatrie

URSIC BEDOYA José Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie



PH chargés d'enseignements

| | | | | |
|------------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| AGUILHON Sylvain | CARTIER César | FILLOLS Mélanie | LE BIHAN Clément | PICOT Marie Christine |
| AKKARI Mohamed | CASPER Thierry | FLORI Nicolas | LE GUILLOU Cédric | POQUET Hélène |
| ALRIC Jérôme | CATHALA Philippe | FOURNIER Philippe | LE MOINE DONY Marie-Christine | PRIN Pauline |
| AMEDRO Pascal | CAZABAN Michel | FRANC Nathalie | LETERTRE Simon | PUJOL Sarah-Lise |
| AMOUROUX Cyril | CHALARD Kévin | GAILLARD Nicolas | LOPEZ Régis | QUANTIN Xavier |
| ANTOINE Valéry | CHARBIT Jonathan | GALMICHE Sophie | LUQUIENS Amandine | RAFFARD Laurence |
| ATTALIN Vincent | CHEVALLIER Thierry | GARNIER Sylvain | MAILLE Olivier | RAINGEARD Isabelle |
| BADR Maliha | COLIN Olivier | GENY Christian | MANDOUL Caroline | RAPIDO Francesca |
| BAIS Céline | CONEJERO Ismael | GERONIMI Laetitia | MANZANERA Cyril | RAY Valéry |
| BARBAR Saber Davide | CONSEIL Mathieu | GINIES Patrick | MARGUERITTE Emmanuel | RIBRAULT Alice |
| BASSET Didier | CORBEAU Catherine | GONON DEMOULIAN Raphael | MARTIN Lucille | RICHAUD-MOREL Brigitte |
| BATIFOL Dominique | COROIAN Flavia-Oana | GOULABCHAND Radjiv | MATTATIA Laurent | RIDOLFO Jérôme |
| BATTISTELLA Pascal | COUDRAY Sarah | GRECO Frédéric | MAZARD Thibault | RIPART Sylvie |
| BELL Ariane | COUTUREAU Juliette | GRIVET Benjamin | MEROUEH Fadi | ROBERT Pierre |
| BENENATI Syvain | CUNTZ Danielle | GROSSIN Delphine | MESTREGODIN Sandrine | RONGIERES Michel |
| BENNYs Karim | DAVID Aurore | GUEDJ Anne Marie | MEUNIER Lucie | ROULET Agnès |
| BERNARD Nathalie | DE BOUTRAY Marie | HEDON Christophe | MEYER Pierre | RUBENOVITCH Josh |
| BERNIER Maud | DE LA TRIBONNIÈRE Xavier | HENRY Vincent | MICHEL Moïse | SANTONI Fannie |
| BERTCHANSKY Ivan | DEBIEN Blaise | HIRECHE Kheira | MILESI Christophe | SASSO Milène |
| BIBOULET Philippe | DEGRAVI Lauriane | INGHILLERI Marie-Laure | MONET Clément | SCHMITT David |
| BIRON-ANDREANI Christine | DELPONT Marion | JAMMET Patrick | MORAU Estelle | SCHULDINER Sophie |
| BLANC Brigitte | DENIS Héléne | JEDRYKA François | MORQUIN David | SEGURET Fabienne |
| BLANCHET Catherine | DEVILLE de PERIERE Gilles | JREIGE Riad | MOSER Camille | SENESSE Pierre |
| BLATIERE Véronique | DI CASTRI Alberto | JULIER Ingrid | MOUSTY Eve | SERRE Jean-Emmanuel |
| BOGE Gudrun | DJANIKIAN Flora | KADERBAY Akil | MOUTERDE Gaël | SKALLI El Medhi |
| BOURRAIN Jean Luc | DUCROCQ Vincent | KINNE Mélanie | NOU HOWALDT Monira | SOLA Christelle |
| BOUYABRINE Hassan | DUNYACH-REMY Catherine | LABARIAS Coralie | ORY Jérôme | SOUKSI MEDIONI Isabelle |
| BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie | ESTRIC Clémentine | LABORDE Caroline | PANTERA Eric | SOULLIER Camille |
| BRISOT Dominique | FAIDHERBE Jacques | LACAMBRE Mathieu | PERNIN Vincent | STEPHAN Robin |
| BRONER Jonathan | FATTON Brigitte | LARCHER Romaric | PERRIGAULT Pierre François | STOEBNER DELBARRE Anne |
| CAIMMI Davide Paolo | FAURE Elsa | LAURENT Jérémy | PEYRON Pierre-Antoine | SURCIN-TSEKOURAS Nicolas |
| CARR Julie | FILLERON Anne | LAZERGES Cyril | PICARD Eric | SZAFORS Paulina |
| TALEB ARRADA Ikram | | | | |

Service de gestion des personnels

TARUFFI Floriane

TEOT Luc

TER SCHIPHORST Adrien

THIRION Marina

TUNEZ Virginie

VACHIERY-LAHAYE Florence

VERNES Eric

VIALA Maurice

VINCENT Laure

WAGNER Laurent

WALTHER LOUVIER Ulrike

WILLEMS Marjolaine

ZERKOWSKI Laetitia



REMERCIEMENTS

Au Professeur AVIGNON Antoine, pour l'honneur que vous me faites d'accepter de présider mon jury de thèse. Je vous exprime ici ma profonde reconnaissance.

Au Professeur TRAN Tu Anh, pour l'honneur que vous me faites en acceptant de participer à ce jury, veuillez accepter mes plus sincères remerciements.

Au Docteur FRANCES Pierre, merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, malgré que la pédiatrie ne soit pas ton sujet préféré. Je te remercie pour ton apprentissage lors de mon premier stage d'internat, j'admire le médecin engagé que tu es.

A Pierre, mon mari, ma moitié. Merci pour tout ce que tu fais pour moi, pour nous, on se complète à merveille. Merci pour ton soutien, merci d'être mon pilier, mon défouloir parfois, et un merveilleux papa. J'espère que nous trouverons notre bonheur dans notre maison, mais finalement ce qui compte c'est d'être ensemble. J'ai hâte de la suite, mais comme on dit « on profite à fond ! »

A ma fille chérie Agathe, quel bonheur indescriptible ! Tu es notre soleil, notre bébé, notre tout. On s'émerveille tous les jours avec ton papa de te voir évoluer, tu nous comble d'amour.

A mes parents. Merci pour tout ! Merci de m'avoir soutenue durant ces années, merci aussi d'avoir cru en moi et de m'avoir encouragé. Grace à vous j'ai osé y croire et faire de mon mieux. Merci d'être là au quotidien, et de veiller à ce que nous soyons heureux. Avec Baptiste, nous avons eu les meilleurs parents qui soient, et notre réussite on vous la doit, il faut maintenant que vous profitiez pour vous !

A Baptiste, mon frère. Merci d'être mon petit frère taquin et de m'avoir demandé milles fois « mais tu révises encore ? ». Je me rappelle la veille de l'ECN, de ce que tu as fait et dit pour m'encourager, merci.

A mes grand parents. Merci d'avoir été des modèles de courage et de détermination, je pense à vous très souvent. Merci à ma mémé, de m'avoir vivement encouragé dans cette voie.

A Christophe et Babette. Merci pour votre gentillesse, pour tout ce que vous faites pour nous et de m'avoir accepté dans votre famille. Je suis trop heureuse de votre présence à mes côtés en ce jour.

A mes beaux-frères et belles sœurs. A Hélène, Romain, Vaiana, Enguerrand et Anaïs, merci pour les bons moments passés et tous ceux à venir. Hélène merci pour ce que tu as fait pour mon EVJF entre autre, ça m'a énormément touché. Romain merci d'être le pince sans rire, fan de contrepèterie, qui n'hésite pas à me taquiner. Vaiana merci pour ta gentillesse et de supporter mon frère, mais ne convertit pas Agathe à l'équitation merci. Enguerrand merci d'être le fou de service, je me sens moins seule lorsqu'il y a des bonbons. Anaïs, j'ai hâte des futurs congrès ensemble, à dénicher des goodies ou pas. Et à tous mes petits neveux, nièces, Calie, Raphael, Arthur, Emma, vous êtes des petits amours !

A Hélène, ma meilleure amie. Merci d'avoir toujours été là depuis la classe de seconde. La distance ne nous a pas séparé et c'est toujours un bonheur de te voir. De tes valises marseillaises, tu as ramené PM et c'est génial de se voir tous ensemble, avec votre mini-vous Nael. J'espère secrètement que vous décidiez de vous rapprocher mais finalement c'est aussi l'occasion de bons week-ends.

A Clara. Je ne saurais pas raconter le début de notre amitié mais c'est une amitié bien présente et très forte qui nous unit. Avec Gianni, vous avez décidé de revenir dans la plus belle région, je vous en remercie et Pierre aussi, on est prêts à fêter votre bébé, votre maison et le reste !

A Cyrielle. Merci d'être toujours positive, et motivante. C'est un vrai bonheur de te retrouver pour faire du sport ou papoter. J'ai hâte d'être à votre mariage avec Antonin !

A mes copines d'externat. A Léa, Chloé, Margaud, merci pour tous ces bons moments passés. On a évolué toutes ensemble, on s'est soutenues et chaque moment de retrouvaille c'est que du bonheur. Je suis heureuse de vous voir épanouie chacune dans vos vies. A Emmanuelle, même si nos chemins se sont séparés, je te souhaite le meilleur.

A Mélanie. Je suis trop contente d'avoir fait ta connaissance. J'ai hâte de te revoir très bientôt !

A Marion. Depuis la piste de danse de l'internat de Perpignan, nous sommes restés amies, et tu es une belle rencontre. Vivement que vous rentriez de votre magnifique voyage avec Valentin pour nous raconter tout ça.

A Albane et Gautier. Merci d'avoir pris soin de Pierre pendant l'externat ! Je suis trop contente de vous connaître, vous êtes des amis en or, on a de la chance de vous avoir.

A Saul et Mathilde. Je me réjouit de nos futurs barbecues ou autre chez les uns et les autres. Il est temps qu'on puisse plus se voir.

A tous les copains du Sud, Constance, Clément, Bastien J, Marielle, Bastien D, Marie, Marie L, Carine, Kevin, Floriane, Tibère, Nicolas, Johanna, Valentine. Je vous remercie pour les soirées passées avec vous et merci d'avoir enflammé la piste de danse à notre mariage, trop trop bon souvenir !

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| <u>INTRODUCTION</u> | 27 |
| <u>GÉNÉRALITÉS</u> | 29 |
| <u>1- Obésité et surpoids chez les enfants : définitions</u> | 29 |
| a- <u>Calcul de l'indice de masse corporel</u> | 29 |
| b- <u>Les courbes de corpulences de référence</u> | 29 |
| • Les courbes de corpulence françaises | |
| • Les seuils internationaux du surpoids et de l'obésité | |
| • Les courbes de corpulence du PNNS | |
| • Les courbes de l'OMS | |
| c- <u>Analyse des courbes</u> | 36 |
| • Rebond d'adiposité précoce | |
| • Le changement rapide de couloir de la courbe d'IMC | |
| • L'ascension continue de la courbe depuis sa naissance | |
| d- <u>Différences de définition avec l'adulte</u> | 37 |
| e- <u>Interrogatoire et examen clinique d'un enfant obèse ou en surpoids</u> | 38 |
| <u>2-Epidémiologie et obésité infantile</u> | 40 |
| a- <u>Situation dans le monde</u> | 40 |
| • Concernant le surpoids | |
| • Concernant l'obésité | |
| b- <u>Situation en Europe</u> | 40 |
| c- <u>Situation en France</u> | 41 |
| d- <u>Situation dans l'Hérault</u> | 42 |

| | |
|---|----|
| <u>3- Étiologies et facteurs de risques de surpoids et d'obésité</u> | 43 |
| a- <u>Les différentes étiologies d'obésité</u> | 43 |
| a. L'obésité commune | |
| b. L'obésité secondaire | |
| b- <u>L'alimentation</u> | 46 |
| c- <u>Rythme de vie</u> | 47 |
| d- <u>L'activité physique</u> | 48 |
| e- <u>Facteurs génétiques ou situation familiale</u> | 48 |
| f- <u>Facteurs environnementaux</u> | 49 |
| | |
| <u>4 -Les conséquences du surpoids et obésité chez les enfants</u> | 49 |
| a- <u>Conséquences somatiques</u> | 49 |
| • Au niveau cardio-vasculaire | |
| • Au niveau métabolique | |
| • Au niveau endocrinien | |
| • Au niveau cutané | |
| • Au niveau orthopédique | |
| b- <u>Conséquences psycho-sociales</u> | 52 |
| • Au niveau psychologique | |
| • Au niveau social | |
| • Au niveau thérapeutique | |
| | |
| <u>5- La place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile</u> | 53 |
| <u>6- Hypothèse</u> | 54 |
| <u>7-Objectif de l'étude</u> | 54 |
| | |
| <u>MATÉRIELS ET MÉTHODES</u> | 55 |
| <u>1- Matériel</u> | 55 |
| <u>2-Bibliographie</u> | 55 |
| <u>3-Population cible</u> | 55 |

| | |
|--|----|
| a- <u>Critères d'inclusion</u> | 55 |
| b- <u>Critères d'exclusion</u> | 56 |
| c- <u>Mode de recrutement</u> | 56 |
| d- <u>Nombre de sujets</u> | 56 |
| | |
| <u>4- Type d'étude</u> | 57 |
| <u>5-Ethique</u> | 57 |
| <u>6-Recueil des données</u> | 58 |
| a- <u>Le choix d'entretiens semi-dirigés</u> | 58 |
| b- <u>Le guide d'entretien</u> | 59 |
| c- <u>Le consentement</u> | 59 |
| d- <u>Réalisation des entretiens</u> | 60 |
| | |
| <u>7- Analyse des données</u> | 60 |
| a- <u>Retranscription des données</u> | 60 |
| b- <u>Analyse des données</u> | 61 |
| c- <u>Conservation des données</u> | 61 |
| | |
| <u>RESULTATS</u> | 62 |
| <u>1- Données générales</u> | 62 |
| a- <u>Caractéristiques des entretiens</u> | 62 |
| b- <u>Caractéristiques de la population</u> | 62 |
| | |
| <u>2- Analyse des résultats : le rôle du médecin généraliste</u> | 63 |
| a- <u>La sensibilité des médecins généralistes à la problématique de l'obésité infantile</u> | 63 |
| b- <u>Définition de l'obésité et surpoids chez les enfants</u> | 64 |
| c- <u>Les courbes</u> | 64 |
| d- <u>L'IMC</u> | 64 |
| e- <u>Dépistage de l'obésité infantile par le médecin généraliste</u> | 65 |
| • Dépistage systématique | |

- Rythme de suivi
 - Supports de courbes variables
 - Circonstances
 - Impression visuelle et dépistage rapide
 - L'âge des enfants lors de ce dépistage d'obésité
- f- Les outils de dépistages.....68
- Prises de mensuration
 - Les réactions des parents suite à cet examen clinique
 - L'interprétation des courbes
- g- Prise en charge initiale de l'obésité infantile.....70
- L'annonce du diagnostic
 - L'enquête sur le mode de vie
 - L'évaluation et correction des erreurs diététiques et du mode de vie
 - Les conseils
- h- Outils d'aide à la prise en charge initiale par le médecin généraliste...76
- Bilan sanguin
 - Place de la psychologie et travail sur les émotions
 - Suivi ambulatoire, réévaluation à distance par le médecin généraliste
 - Suivi par équipe pluridisciplinaire
- i- Adressage et orientation des patients.....80
- Quand adresser ?
 - Vers des médecins spécialistes ou centres spécialisés dans l'obésité infantile
 - Vers des médecins psychiatres dans le cadre de trouble des conduites alimentaires
 - Dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire
 - Orientation différente selon le stade d'obésité
 - Autonomisation du patient dans sa propre prise en charge

j- Le ressenti des médecins généralistes sur leurs prises en charge.....84

- **Consultation chronophage**
- **Report de consultation pour ce motif**
- **La notion de « cercle vicieux » dans l'obésité infantile**
- **Plus de difficultés en cas d'obésité familiale**
- **La complexité de la prise en charge du fait de l'âge des patients**
- **Plus facile de prendre en charge le surpoids et l'obésité chez les adultes**
- **Plus la prise en charge est précoce, plus les résultats sont probants**
- **Résultats de leur prise en charge**
- **De plus en plus de consultations pour ce motif**
- **Les médecins généralistes en premier contact**
- **Une maladie stigmatisante**
- **L'alliance thérapeutique comme support essentiellement**

3- Analyse des résultats : Les difficultés des médecins généralistes.....89

a- La formation.....89

- **Formation initiale**
- **Formation complémentaire**
- **Le désir de formation**

b- Des difficultés dans la relation médecin-patient-famille.....92

- a. **La famille comme soutien**
- b. **La famille comme frein**
- c. **Le déni des familles**
- d. **Des conflits**
- e. **L'enfant**

| | |
|--|-----|
| c- <u>Des difficultés dans la prise en charge</u> | 94 |
| • Des difficultés pour avoir des définitions claires de l'obésité | |
| • Par rapport à l'adulte, une prise en charge plus complexe | |
| • Par rapports aux conseils nutritionnels | |
| • Par rapport aux examens complémentaires | |
| • Difficultés dans l'adressage | |
| • Manque de place, délais et complexité des centres spécialisés | |
| • Des difficultés en lien avec les parents de l'enfant | |
| • Selon le niveau socio-économique | |
| • Barrière de la langue | |
| • La culture | |
| d- <u>Des difficultés dans l'annonce du diagnostic</u> | 97 |
| e- <u>Propositions des médecins généralistes vers des ouvertures</u> | 99 |
| | |
| <u>DISCUSSION</u> | 101 |
| <u>1- Discussion autour la méthodologie</u> | 101 |
| a- <u>Les forces</u> | 101 |
| • Population | |
| • Les entretiens | |
| • Validité de l'étude | |
| • Intérêt suscité par le sujet | |
| b- <u>Les limites</u> | 102 |
| • Limites concernant l'échantillon | |
| • Limites dans le déroulement des entretiens | |
| • Limites dans la saturation des données | |
| • Limites dans la vérification | |
| • Limites de l'étude liées à l'analyse des données | |

| | |
|--|-----|
| <u>2- Analyse des résultats et comparaison avec la littérature</u> | 104 |
| a- <u>Une sensibilité à la problématique d'obésité infantile unanime</u> | 104 |
| b- <u>Définition ambivalente de l'obésité infantile et diagnostic peu clair</u> .. | 105 |
| c- <u>Facteurs de risques identifiés par les médecins</u> | 105 |
| d- <u>Annonce du diagnostic</u> | 106 |
| e- <u>Prise en charge complexe</u> | 107 |
| a. La relation patient-médecin-famille | |
| b. Complexité dans la prise en charge | |
| c. La formation | |
| f- <u>Consultation chronophage et rémunération</u> | 114 |
| g- <u>Population d'enfants obèses ou en surpoids</u> | 115 |
| | |
| <u>CONCLUSION</u> | 116 |
| <u>BIBLIOGRAPHIE</u> | 117 |
| <u>ANNEXES</u> | 124 |
| <u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u> | 126 |

INTRODUCTION

L'obésité infantile est définie selon l'OMS comme une **accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé.**

La définition de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent repose sur le calcul et l'analyse de l'indice de masse corporelle (IMC ou BMI). Il correspond au poids (en kg) divisé par la taille (en m) au carré et est exprimé en kg/m². (1)

En Europe, 1 enfant sur 3 est atteint de surpoids ou d'obésité. Selon une étude Européenne récente de 2023, 29 % des enfants âgés de 7 à 9 ans étaient atteints de surpoids (y compris d'obésité, selon les définitions de l'OMS). (2)

En France en 2017, 20 % des enfants de 6 à 17 ans étaient en surpoids dont 5,4 % en situation d'obésité. (3) **Selon l'OMS, la prévalence d'obésité infantile en 2030 en France pourrait attendre les 25-29% !** (4)

La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20% à 50% avant la puberté, et de 50% à 70% après la puberté.(3)

Actuellement, 56,8 % des hommes et 40,9 % des femmes en France sont en surpoids ou obèses (5). Il s'agit donc d'un **problème d'enjeu public.**

L'obésité expose à de nombreuses comorbidités cardiovasculaires, métaboliques, articulaires, respiratoires, et augmente le risque de survenue de certains cancers.

D'autre part, l'impact psychologique du surpoids et de l'obésité chez les enfants est important avec des troubles émotionnels et psychologiques, une mauvaise estime de soi, des problèmes de stigmatisation et de mauvais résultats scolaires.(3,6)

Le principal acteur du dépistage du surpoids ou de l'obésité chez les enfants reste le médecin généraliste, médecin de première ligne.

Le **rôle du médecin** qui suit l'enfant est essentiel. Un suivi régulier de l'indice de masse corporelle (IMC), l'analyse de l'évolution de la courbe de corpulence, permet un repérage précoce des situations à risques. (3)

En outre, les difficultés à obtenir des consultations chez les pédiatres, endocrinologues ou dans les structures de prise en charge de l'obésité, rend le médecin généraliste acteur initial de cette problématique.

Afin de répondre au mieux à cette problématique, les médecins généralistes se

retrouvent confrontés à de nombreuses difficultés. Il est donc intéressant d'apporter des pistes d'amélioration.

Lors de mes stages d'internat, que ce soit au cabinet médical ou dans les services de pédiatrie, et lors de mes différents remplacements, je me suis retrouvée confrontée à cette réalité.

Dans l'objectif d'améliorer le dépistage précoce, le suivi et la prise en charge de ces enfants, nous avons choisi de faire une **recherche qualitative**. Elle nous permet de faire remonter les différentes actions des médecins généralistes de l'Hérault, ainsi que des difficultés qu'ils éprouvent, et d'exposer les solutions possibles à envisager.

GÉNÉRALITÉS

1- Obésité et surpoids chez les enfants : définitions

L'organisation mondiale de la Santé (OMS) définit le surpoids et l'obésité de l'enfant et l'adolescent, comme chez l'adulte, par une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé.(1)

L'obésité correspond à un **déséquilibre énergétique** entre les apports et les dépenses.

C'est une **maladie évolutive** dont la croissance est rapide lorsqu'elle commence dans l'enfance.

Afin de dépister une situation de surpoids ou d'obésité, il faut :

- **Calculer l'indice de masse corporel (IMC ou BMI).**
- **Reporter cet IMC sur les courbes de corpulence de référence** du carnet de santé, pour permettre de situer la corpulence d'un enfant selon l'âge et le sexe. (1)

a- Calcul de l'indice de masse corporel

La corpulence d'un individu est mesurée grâce à l'indice de masse corporel IMC ou BMI. Il correspond au poids (en kg) divisé par la taille (en m) au carré et est exprimé en kg/m².

Cet IMC est interprété en fonction de l'âge et du sexe chez les enfants.

b- Les courbes de corpulences de référence

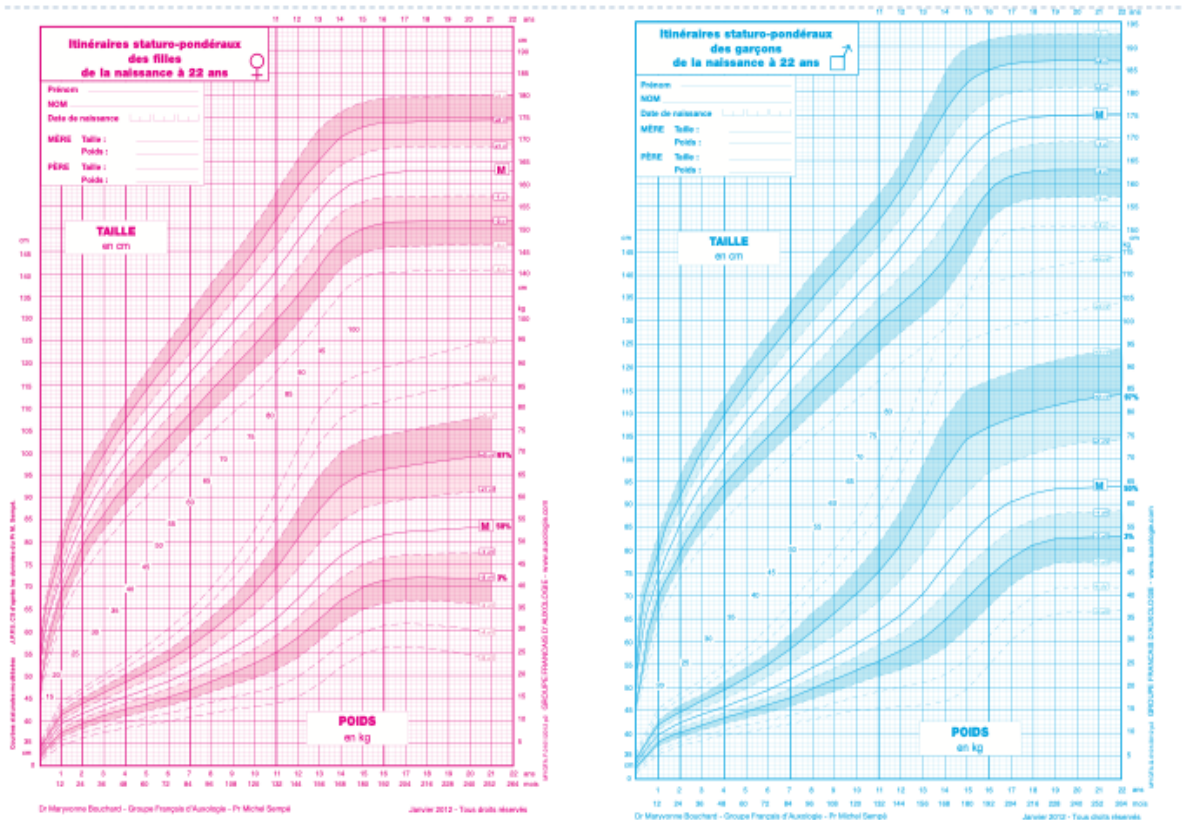
Il existe différentes courbes de corpulence. Les plus utilisées en France sont les courbes de corpulence françaises et les seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF).

- **Les courbes de corpulence françaises**

Les courbes de corpulences françaises des carnets de santé ont été réactualisées en 2018.

En effet, la version précédente des courbes de croissance françaises datait de 1979, et était établie à partir des données numériques de « l'étude auxologique française » du Centre international de l'enfance de Paris.

Elle a été faite selon le type « longitudinal » par des mesures prises régulièrement pendant 22 ans à partir d'une cohorte représentative de près de 500 enfants sains. Ces courbes sont connues sous le nom de « **courbes de Sempé** », en hommage à celui qui a participé à l'essentiel de ce travail le Pr Michel Sempé (7).



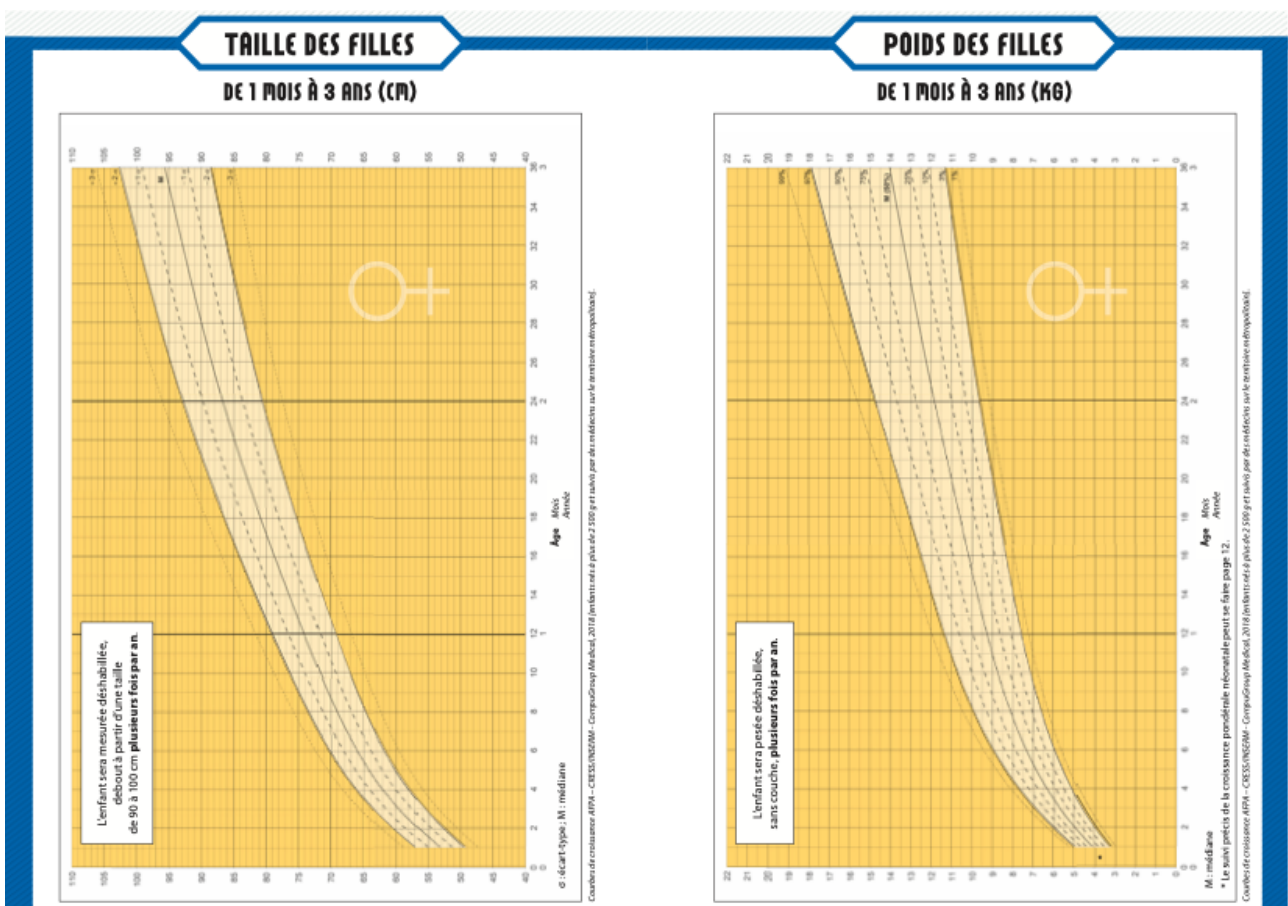
Ces anciennes courbes devenues obsolètes ont été remplacées en 2018 dans le carnet de santé. Les courbes actuelles sont comme attendues, « au-dessus » des anciennes courbes.

Les courbes actuellement présentes dans les carnets de santé des enfants ont été établies par 2 études.

Une avant 2 ans : Inserm 1153/CRESS et une après 2 ans IOTF.

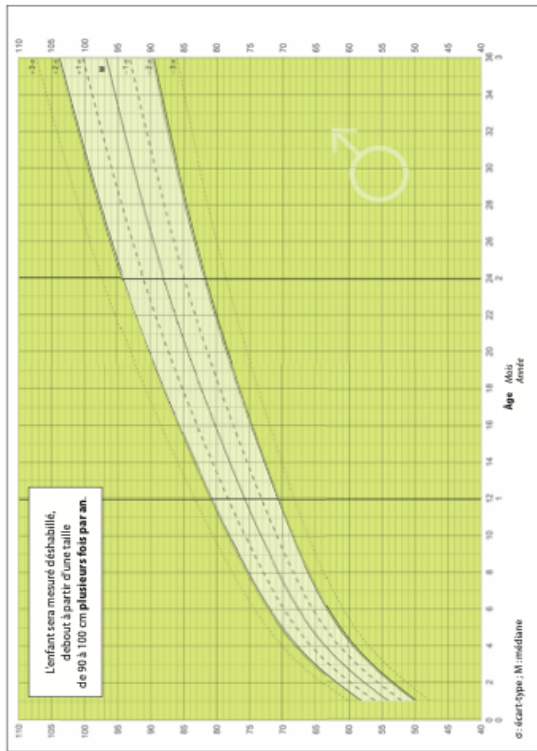
Les courbes actuelles avant l'âge de deux ans, ont été établies à partir d'octobre 2016 par les chercheurs de l'unité **Inserm 1153/CRESS** (Centre de Recherche Épidémiologie et Statistique Sorbonne Paris Cité), suite à la demande de la Direction Générale de la Santé.

Grace à l'analyse de type « big-data » d'environ 5 000 000 de mesures de poids, de taille ou de périmètres crâniens, provenant de 261 000 enfants âgés de 0 à 18 ans, ils ont créés les actuelles courbes de taille et de poids « AFPA- CRESS/Inserm - CompuGroup Medical 2018 ». Ces données ont été fournies par 42 médecins tirés au sort, pédiatres ou médecins généralistes. (8)



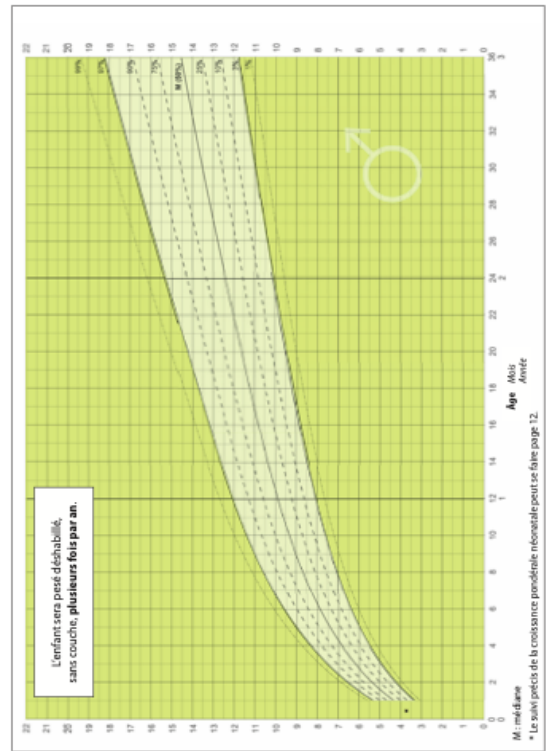
TAILLE DES GARÇONS

DE 1 MOIS À 3 ANS (CM)



POIDS DES GARÇONS

DE 1 MOIS À 3 ANS (KG)

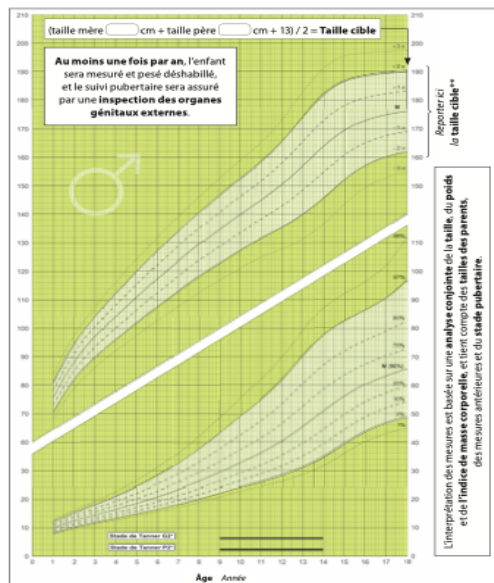


A partir de deux ans, les courbes de corpulence représentées sont celles proposées par IOTF (International obesity task force).

Elles permettent de suivre la corpulence des enfants par rapport aux définitions à l'âge adulte du surpoids et de l'obésité.

TAILLE (CM) ET POIDS (KG) DES GARÇONS

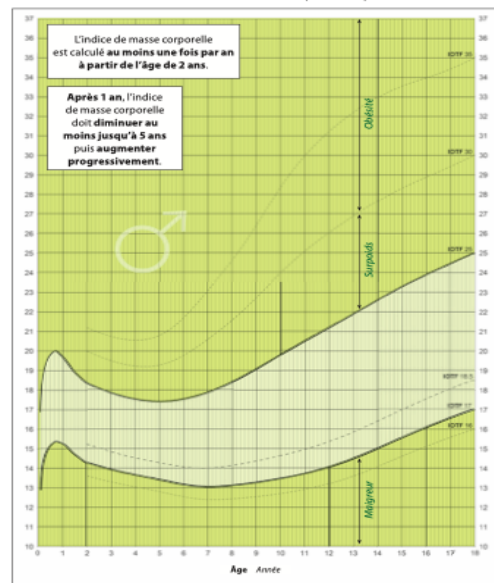
DE 1 À 18 ANS



Interprétation des mesures est basée sur une analyse conjointe de la taille, du poids et de l'Indice de masse corporelle, et tient compte des tailles des parents, des mensurations antérieures et du stade pubertaire.

INDICE DE MASSE CORPORELLE DES GARÇONS

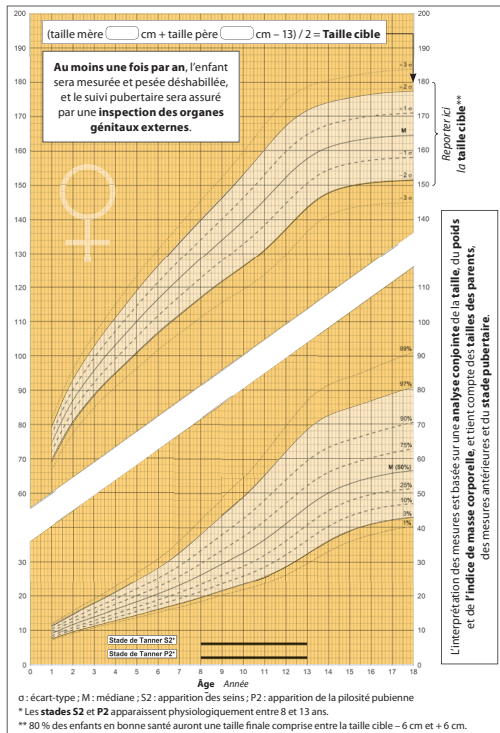
DE 1 MOIS À 18 ANS (KG/M²)



Après 1 an, l'indice de masse corporelle doit diminuer au moins jusqu'à 5 ans puis augmenter progressivement.

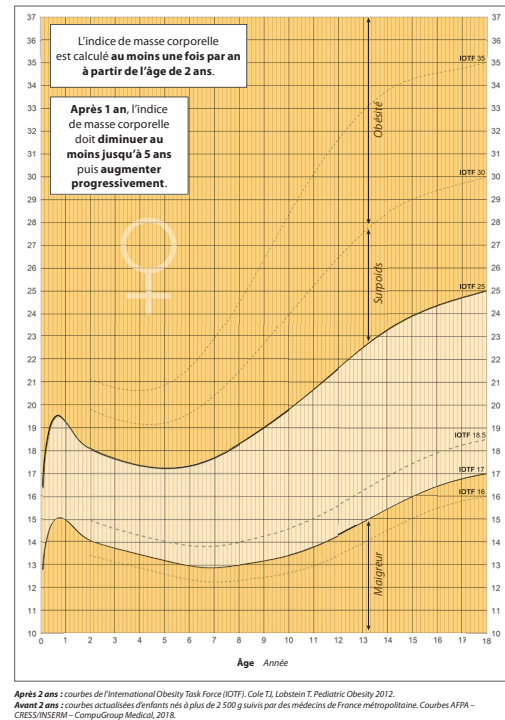
TAILLE (CM) ET POIDS (KG) DES FILLES

DE 1 À 18 ANS



INDICE DE MASSE CORPORELLE DES FILLES

DE 1 MOIS À 18 ANS (KG/M²)



• Les seuils internationaux du surpoids et de l'obésité

L'International obesity task force (IOTF) a proposé des normes internationales d'IMC. (9) L'IOTF a élaboré en 2000 une définition du surpoids et de l'obésité chez l'enfant âgé de 2 ans à 18 ans, en utilisant des courbes de l'IMC établies à partir de données recueillies dans six pays disposant de larges échantillons représentatifs (Brésil, Grande Bretagne, Hong Kong, Pays-Bas, Singapour et les États Unis).

Disponibles à partir de 2 ans, les seuils du surpoids et de l'obésité sont constitués par les courbes de centiles atteignant respectivement les valeurs 25 et 30 kg/m² à 18 ans (les valeurs 25 et 30 étant les seuils définissant le surpoids et l'obésité chez l'adulte).

La courbe IOTF 17 étant le seuil de maigrreur

La courbe IOTF 25 étant le seuil de surpoids

La courbe IOTF 30 étant le seuil de l'obésité (GRADE 1)

La courbe IOTF 35 étant le seuil de l'obésité sévère (GRADE 2)

Selon la définition de l'IOTF, on parle de surpoids (non obèse) entre le centile IOTF-25 et le centile IOTF-30, et d'obésité pour un IMC supérieur au centile IOTF-30.

Ces courbes ont été élaborées dans le but de fournir des taux de prévalence de surpoids et d'obésité comparables sur le plan international chez les enfants et sont largement utilisées au niveau national.

- **Les courbes de corpulence du PNNS**

Depuis 2003, dans le cadre du premier Plan National Nutrition Santé (PNNS), des courbes de corpulence adaptées à la pratique clinique ont été diffusées par le Ministère de la Santé.

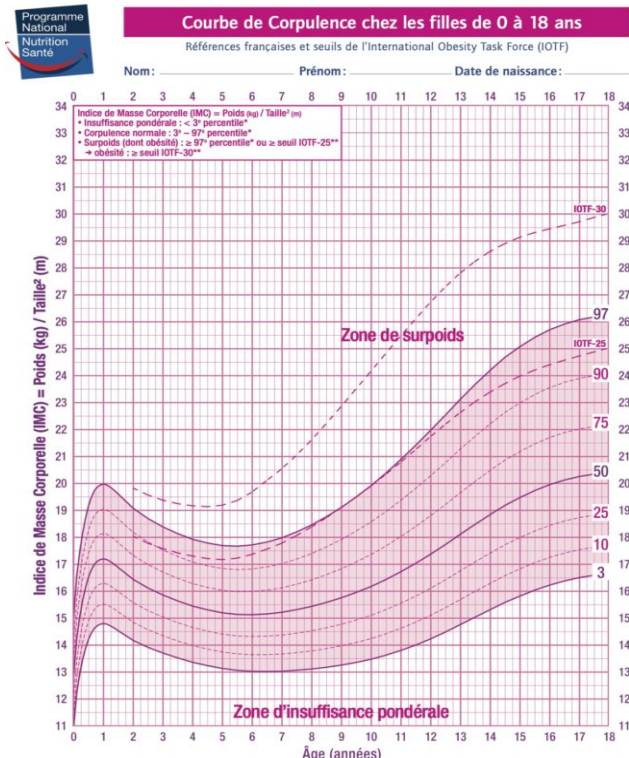
En 2010, les courbes ont été réactualisées pour faciliter le suivi et le repérage précoce des situations à risque d'obésité ou surpoids.

Les principales modifications apportées sont :

- remplacement des termes « obésité degré 1 » et « obésité degré 2 » par le terme de « surpoids » qui est internationalement utilisé

- adjonction aux courbes de référence françaises et à la courbe correspondant au seuil IOTF-30 (seuil de définition de l'obésité) de la courbe correspondant au seuil IOTF-25 (seuil de définition internationale du surpoids).

La zone de surpoids, incluant l'obésité, correspond à la zone située au-dessus du 97e percentile des courbes de référence françaises. On parle d'obésité lorsque la valeur de l'IMC de l'enfant est située au-delà du seuil IOTF-30. (6)

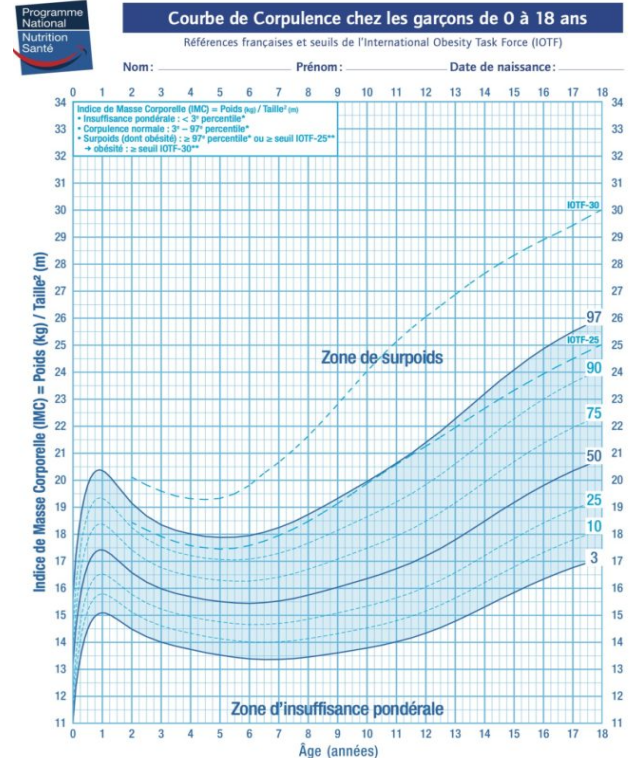


Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement. L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'enfance (P. Michel Serrval), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** adoptant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6.



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement. L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'enfance (P. Michel Serrval), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** adoptant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6.



• Les courbes de l'OMS

L'OMS a publié des standards pour les enfants de 0 à 5 ans (2006) et des références pour les enfants de 5 à 19 ans (2007); pour l'instant, encore peu utilisés en France. (10)

c- Analyse des courbes

Si les courbes de corpulence de l'enfant se trouvent au-dessus des courbes standards, il est en surpoids. Cependant certaines situations sont importantes à repérer.

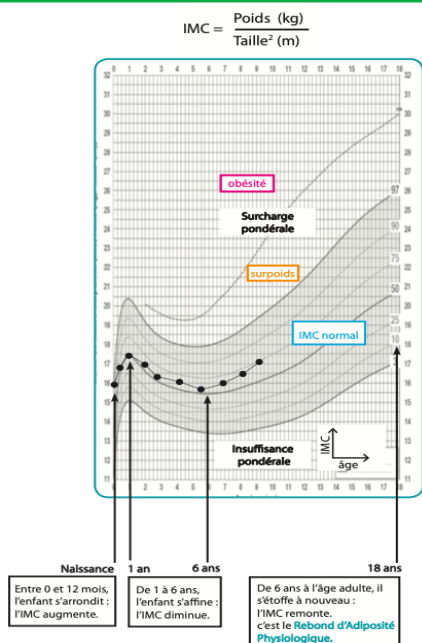
- **Rebond d'adiposité précoce**

Il est nécessaire de rechercher le rebond d'adiposité précoce, car il est prédictif d'une situation d'obésité.

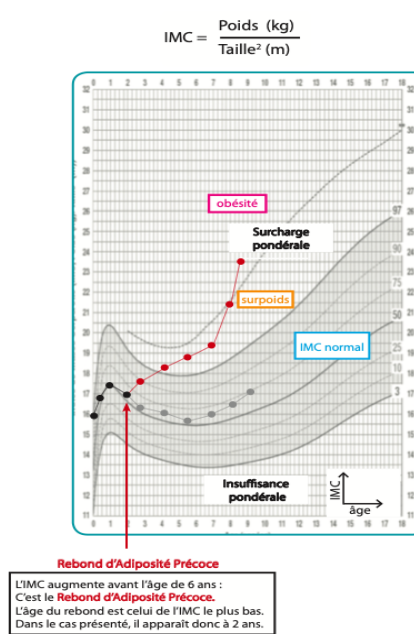
De manière physiologique, l'IMC d'un enfant entre 0 et 12 mois, doit augmenter. De manière corrélée à l'acquisition de la marche et le développement des activités physiques, entre l'âge de 1 an et 6ans, l'enfant s'amincit. Un enfant de 6ans a souvent plutôt l'air « maigre ». Puis passé les 6ans, l'IMC remonte de nouveau, c'est le rebond d'adiposité physiologique. Ce rebond d'adiposité correspond à une accumulation de graisses dans les tissus.

Si la courbe remonte plus vite avant l'âge de 6ans, on parle de rebond d'adiposité précoce, même si l'enfant ne paraît pas spécialement gros. L'enfant présente un risque de développer un surpoids dans l'enfance voire une obésité à l'âge adulte. Pour savoir l'âge de ce rebond précoce d'adiposité, il faut se baser sur l'âge de l'IMC le plus bas. Plus l'âge du rebond est précoce, plus le risque d'obésité est marqué.(11)

Le rebond d'adiposité physiologique sur la courbe de corpulence



Le rebond d'adiposité précoce sur la courbe de corpulence



- **Le changement rapide de couloir de la courbe d'IMC**

Lors du suivi, si la courbe de corpulence change de couloir vers le haut, il faut être prudent, avec nécessité de reconstrôler. A tout âge, un changement de "couloir" de percentile vers le haut est un signe d'alerte.

- **L'ascension continue de la courbe depuis sa naissance**

Une ascension continue de la courbe de croissance (IMC) depuis la naissance requiert un avis spécialisé.

d- Différences de définition avec l'adulte

Le surpoids et l'obésité de l'adulte sont définis à partir de l'indice de masse corporelle (BMI ou IMC). $IMC (kg/m^2) = \text{poids (kg)} / \text{taille (m)} \times \text{taille (m)}$

Selon la valeur de l'IMC, on se repère aux valeurs de références, qui permettent de catégoriser les différentes situations :

IMC 18, 5-25 kg/m²: poids normal

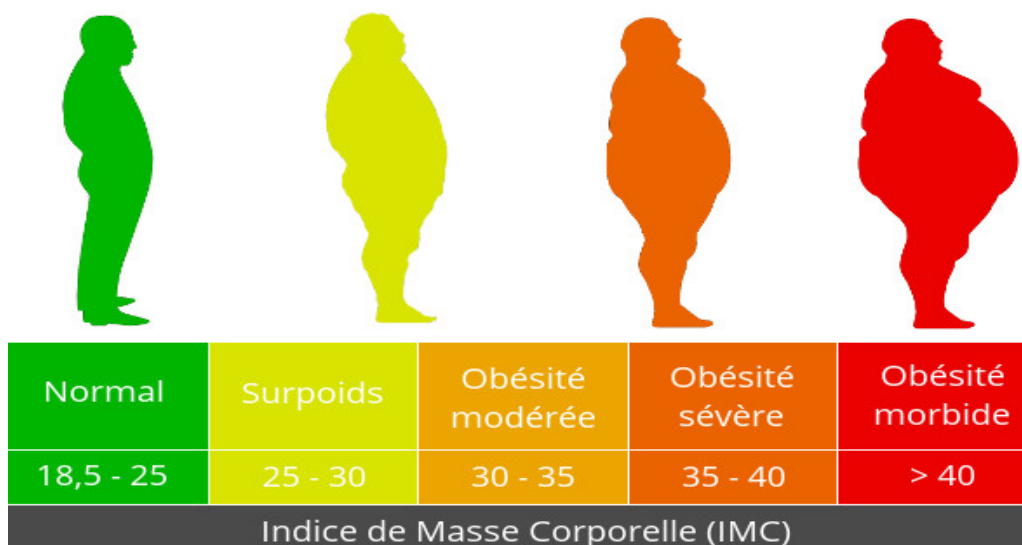
IMC 25, 1-29.9 kg/m²: surpoids

IMC 30-34.9 kg/m²: obésité grade I (obésité modérée)

IMC 35-39.9 kg/m²: obésité grade II (obésité sévère)

IMC 40-50 kg/m²: obésité grade III (obésité morbide)

IMC > 50 kg/m²: super-obésité (obésité massive)



Contrairement à l'enfant, chez l'adulte on se base sur une valeur de référence unique de l'IMC. Chez l'enfant, les valeurs de références de l'IMC varient physiologiquement en fonction de l'âge. Des courbes de référence représentants, pour chaque sexe, les valeurs d'IMC en fonction de l'âge permettent de suivre l'évolution de la corpulence au cours de la croissance. (6)

e- Interrogatoire et examen clinique d'un enfant obèse ou en surpoids

Un interrogatoire et examen clinique complet d'un enfant obèse comportent de nombreux éléments.

Au niveau de **l'interrogatoire** :

- connaître les données de naissance (notion de retard de croissance intra-utérin [RCIU] ou de macrosomie)
- situer l'âge de la marche, noter la présence d'un retard psychomoteur, d'une hypotonie néonatale
- interroger sur l'hygiène de vie de l'enfant (alimentation, sédentarité, activité physique)
- connaître le contexte socio-économique ainsi que la scolarité (notion de redoublement) ;
- interroger sur les antécédents médicaux : asthme, épilepsie, maladie chronique, prise de médicaments (corticoïdes, chimiothérapie...)

Au niveau de **l'examen clinique** :

- le poids, la taille afin de tracer la courbe d'indice de masse corporelle (IMC) qui situe l'histoire de l'obésité
- la tension artérielle prise avec un brassard couvrant deux tiers du bras (un tiers des enfants obèses présentent une hypertension artérielle). Un brassard trop petit comporte une surestimation des valeurs et un trop grand une sous-estimation.
- le tour de taille qui déterminera le type d'obésité (gynoïde ou androïde). Il sera mesuré grâce à un mètre ruban positionné à mi-chemin entre deux points situés entre les dernières côtes et les épines iliaques antéro-supérieures. Les valeurs seuil pour définir l'obésité abdominale varient en fonction de l'ethnie, du sexe et de l'âge. Un tour de taille supérieur à 75 cm est toujours pathologique. La simple

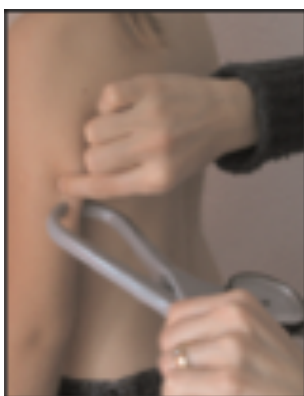
mesuration du rapport Tour de taille/Taille peut aider à identifier les sujets à plus fort risque métabolique : un rapport Tour de taille/Taille > 0,62 a montré en ce sens une forte valeur prédictive. (11)

- la mesure des plis cutanés : les équations validées pour l'âge pédiatrique et souvent utilisées sont celles de Slaughter ; comme toujours, les valeurs sont à interpréter en fonction des courbes spécifiques pour l'âge, le sexe et la population prise en examen ; on peut retenir qu'à partir de l'âge de 5 ans, le pourcentage de masse grasse ne doit pas dépasser 20 %
- la recherche d'un buffaloneck
- l'examen dermatologique, qui peut mettre en évidence un acanthosis nigricans, signe clinique d'une insulino-résistance, la présence de vergetures dont les caractéristiques peuvent faire évoquer la présence d'un hypercortisolisme (soupçonné d'abord sur la base d'une croissance staturale pathologique) ou encore un intertrigo ou une mycose, plus fréquents chez les jeunes obèses
- l'évaluation de la puberté (gynécomastie chez le garçon, puberté avancée et/ou signes d'hyperandrogénie chez la fille).

Mesure du tour de taille



Mesure du pli cutané



PLI CUTANÉ TRICIPITAL EN MILIMÈTRES - Distribution en percentiles

| âge en années | GARÇONS | | | | | | |
|---------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | 5 ^{ème} | 10 ^{ème} | 25 ^{ème} | 50 ^{ème} | 75 ^{ème} | 90 ^{ème} | 95 ^{ème} |
| 1-1.9 | 6 | 7 | 8 | 10 | 12 | 14 | 16 |
| 2-2.9 | 6 | 7 | 8 | 10 | 12 | 14 | 15 |
| 3-3.9 | 6 | 7 | 8 | 10 | 11 | 14 | 15 |
| 4-4.9 | 6 | 6 | 8 | 9 | 11 | 12 | 14 |
| 5-5.9 | 6 | 6 | 8 | 9 | 11 | 14 | 15 |
| 6-6.9 | 5 | 6 | 7 | 8 | 10 | 13 | 16 |
| 7-7.9 | 5 | 6 | 7 | 9 | 12 | 15 | 17 |
| 8-8.9 | 5 | 6 | 7 | 8 | 10 | 13 | 16 |
| 9-9.9 | 6 | 6 | 7 | 10 | 13 | 17 | 18 |
| 10-10.9 | 6 | 6 | 8 | 10 | 14 | 18 | 21 |
| 11-11.9 | 6 | 6 | 8 | 11 | 16 | 20 | 24 |
| 12-12.9 | 6 | 6 | 8 | 11 | 14 | 22 | 28 |
| 13-13.9 | 5 | 5 | 7 | 10 | 14 | 22 | 26 |
| 14-14.9 | 4 | 5 | 7 | 9 | 14 | 21 | 24 |
| 15-15.9 | 4 | 5 | 6 | 8 | 11 | 18 | 24 |
| 16-16.9 | 4 | 5 | 6 | 8 | 12 | 16 | 22 |
| 17-17.9 | 5 | 5 | 6 | 8 | 12 | 16 | 19 |
| 18-18.9 | 4 | 5 | 6 | 9 | 13 | 20 | 24 |
| 19-24.9 | 4 | 5 | 7 | 10 | 15 | 20 | 22 |
| 25-34.9 | 5 | 6 | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 |
| 35-44.9 | 5 | 6 | 8 | 12 | 16 | 20 | 23 |
| 45-54.9 | 6 | 6 | 8 | 12 | 15 | 20 | 25 |
| 55-64.9 | 5 | 6 | 8 | 11 | 14 | 19 | 22 |
| 65-70.9 | 4 | 6 | 8 | 11 | 15 | 19 | 22 |

| âge en années | FILLES | | | | | | |
|---------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | 5 ^{ème} | 10 ^{ème} | 25 ^{ème} | 50 ^{ème} | 75 ^{ème} | 90 ^{ème} | 95 ^{ème} |
| 1-1.9 | 6 | 7 | 8 | 10 | 12 | 14 | 16 |
| 2-2.9 | 6 | 7 | 8 | 10 | 12 | 15 | 16 |
| 3-3.9 | 7 | 8 | 9 | 11 | 12 | 14 | 15 |
| 4-4.9 | 7 | 8 | 8 | 10 | 12 | 14 | 16 |
| 5-5.9 | 6 | 7 | 8 | 10 | 12 | 15 | 18 |
| 6-6.9 | 6 | 6 | 8 | 10 | 12 | 14 | 16 |
| 7-7.9 | 6 | 7 | 9 | 11 | 13 | 16 | 18 |
| 8-8.9 | 6 | 8 | 9 | 12 | 15 | 18 | 24 |
| 9-9.9 | 8 | 8 | 10 | 13 | 16 | 20 | 22 |
| 10-10.9 | 7 | 8 | 10 | 12 | 17 | 23 | 27 |
| 11-11.9 | 7 | 8 | 10 | 13 | 18 | 24 | 28 |
| 12-12.9 | 8 | 9 | 11 | 14 | 18 | 23 | 27 |
| 13-13.9 | 8 | 8 | 12 | 15 | 21 | 26 | 30 |
| 14-14.9 | 9 | 10 | 13 | 16 | 21 | 26 | 28 |
| 15-15.9 | 8 | 10 | 12 | 17 | 21 | 25 | 32 |
| 16-16.9 | 10 | 12 | 15 | 18 | 22 | 26 | 31 |
| 17-17.9 | 10 | 12 | 13 | 19 | 24 | 30 | 37 |
| 18-18.9 | 10 | 12 | 15 | 18 | 22 | 26 | 30 |
| 19-24.9 | 10 | 11 | 14 | 18 | 24 | 30 | 34 |
| 25-34.9 | 10 | 12 | 16 | 21 | 27 | 37 | 37 |
| 35-44.9 | 12 | 14 | 18 | 23 | 29 | 35 | 38 |
| 45-54.9 | 12 | 16 | 20 | 25 | 30 | 36 | 40 |
| 55-64.9 | 12 | 16 | 20 | 25 | 31 | 36 | 38 |
| 65-70.9 | 12 | 14 | 18 | 24 | 29 | 34 | 36 |

D'après "New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status" Frisancho AR. The American Journal of clinical nutrition 1981;34:2540-2545.

2-Epidémiologie et obésité infantile

a- Situation dans le monde

- **Concernant le surpoids**

En 2022, on estimait qu'il y avait :

- 37 millions d'enfants de moins de 5 ans en surpoids.
- Plus de 390 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 5 à 19 ans étaient en surpoids. Cette prévalence dans cette tranche d'âge est passé de 8% en 1990 à 20% en 2022.

L'augmentation du surpoids est similaire chez les garçons et les filles : 19 % des filles et 21% des garçons étaient en surpoids.

Autrefois considéré comme un problème des pays à revenu élevé, **le surpoids est en hausse dans les pays à revenu faible et intermédiaire**. En Afrique, le nombre d'enfants de moins de 5 ans en surpoids a augmenté de près de 23 % depuis 2000. En 2022, près de la moitié des enfants de moins de 5 ans en surpoids ou obèses vivaient en Asie.(12)

- **Concernant l'obésité**

En 2022, 1 personne sur 8 dans le monde était obèse.

Depuis 1990 l'obésité chez les adultes a plus que doublé et l'obésité chez les adolescents a quadruplé à l'échelle mondiale.

En 1990, seulement 2% des enfants et des adolescents de 5 à 19ans étaient obèses (31millions de jeunes), contre 8% en 2022 soit 160millions de jeunes. (12)

b- Situation en Europe

Lors de la Journée mondiale de l'obésité 2023, l'OMS/Europe met en évidence que 29 % des enfants âgés de 7 à 9 ans étaient atteints de surpoids (y compris d'obésité, selon les définitions de l'OMS). (13)

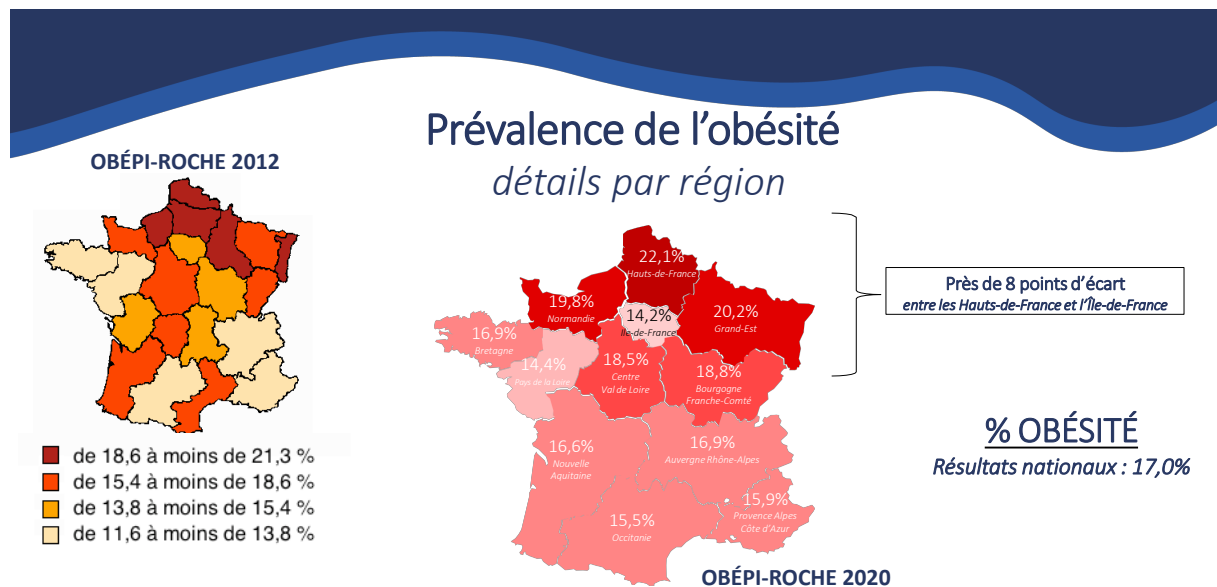
Pour l'ensemble des 35 pays européens étudiés, c'est en effet en Italie et à Chypre que l'on trouve la plus grande proportion de garçons obèses âgés de 6 à 9 ans, soit 21 %. Vient ensuite la Grèce, où un garçon sur cinq est touché. Chez les filles, l'Espagne présente un des taux les plus élevés d'Europe avec une prévalence de 17 %.

Le taux d'obésité infantile est bien plus bas dans les pays scandinaves. Il n'excède par exemple pas plus de 5 % pour les deux sexes au Danemark. En France, ce dernier se situe à 9 % pour les garçons et à 6 % pour les filles. (14)

c- Situation en France

Malgré une stabilisation depuis 2006, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent reste trop élevée : 20 % des enfants de 6 à 17 ans étaient en surpoids dont 5,4 % en situation d'obésité en 2017. (3)

De 1997 à aujourd'hui, la prévalence de l'obésité a doublé, passant de 8,5 % à 17 % de la population française. Au total, 8,5 millions de personnes sont en situation d'obésité aujourd'hui en France métropolitaine. Les projections faites en 2016 par l'OMS pour la France sont particulièrement inquiétantes puisqu'en 2030 les chiffres devraient atteindre 25 à 29 %.(15)



Obépi-Roche est le nom donné à une série d'enquêtes coordonnées par l'Inserm qui sont réalisées tous les trois ans de 1997 à 2012 afin de produire des estimations de la prévalence du surpoids et de l'obésité en France. (15)

En effet, depuis 1997, la prévalence du surpoids fluctue toujours autour de 30 % alors que la prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter à un rythme rapide. Elle est ainsi passée de 8,5 % en 1997 à 15 % en 2012 et 17 % en 2020.

L'augmentation est encore plus marquée dans les groupes d'âge les plus jeunes et pour l'obésité morbide, dont la prévalence a été multipliée par près de sept sur la période.

« Force donc est de constater qu'au contraire des espérances tant des pouvoirs publics que des professionnels de santé, depuis la mise en œuvre du Programme national nutrition santé en 2001, l'obésité en France ne fait que s'accroître, année après année », soulignent leurs auteurs Annick Fontbonne et David Nocca. (15)

d- Situation dans l'Hérault

Des enquêtes sur la corpulence des enfants scolarisés en moyenne section (âge 4 - 5 ans) sont régulièrement menées par le Conseil général de l'Hérault.

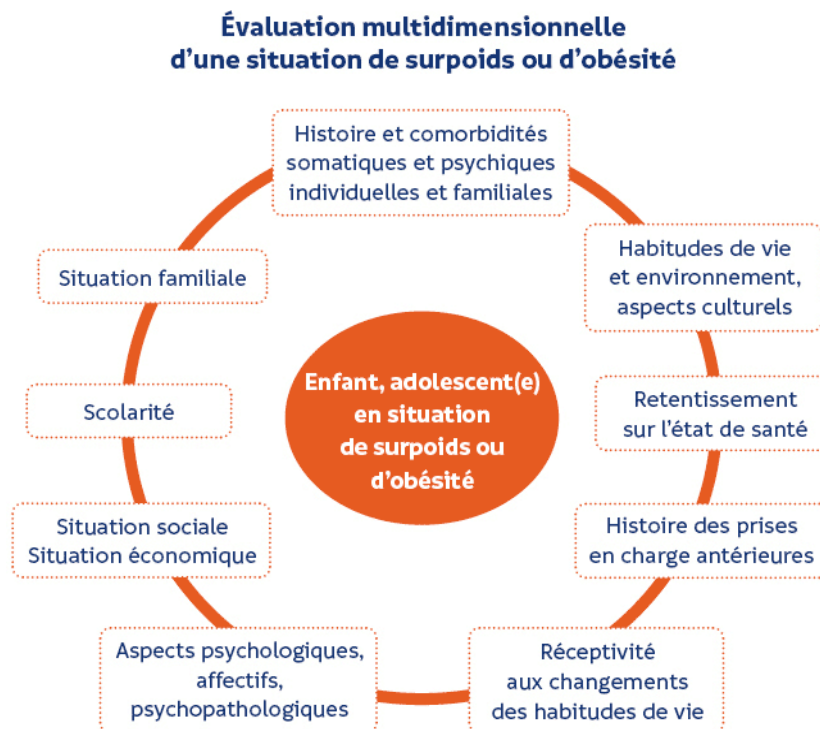
Les derniers résultats de 2012 montraient une prévalence du surpoids et de l'obésité de 13,7% dont 3,3% en situation d'obésité, valeurs inférieures à la moyenne nationale.

Après une phase de progression du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 4-5 ans pour atteindre un pic au début des années 2000, on observait une baisse entre 2002 et 2007 et une stabilisation entre 2007 et 2012 (16,17).

3- Étiologies et facteurs de risques de surpoids et d'obésité

L'obésité est une maladie neuro comportementale complexe, d'origine multifactorielle à la fois génétique, comportementale, psychologique, sociale et environnementale, qui ont chacune leur importance. (18)

Schéma de l'HAS:



a- Les différentes étiologies d'obésité

L'obésité infantile se divise en deux groupes, l'obésité commune qui est la plus fréquente et l'obésité dite secondaire. Dans notre recherche, nous nous sommes principalement intéressés à l'obésité commune, en effet elle concerne plus de 90% des cas d'obésité infantile.

- **L'obésité commune**

L'obésité commune résulte d'un déséquilibre de la balance énergétique de l'enfant entre les apports et les dépenses. Le diagnostic d'obésité commune est le plus fréquent, et s'établit une fois les causes d'obésité secondaires écartées selon l'âge de l'enfant.

Une fois posé le diagnostic d'obésité commune, il s'agit d'en déterminer l'intensité et la date d'apparition. (19)

- **L'obésité secondaire**

Parmi les causes d'obésité dite secondaire, on retrouve les obésités génétiques, celles symptomatiques d'une maladie endocrinienne ou secondaire à un traitement médicamenteux. Les causes d'obésité infantile secondaires sont rares, moins de 10% des causes d'obésité, et ne seront que peu développées dans cette étude. Cependant, avoir quelques repères de dépistage permet d'adapter sa pratique au mieux.

Certaines maladies génétiques rares peuvent également s'accompagner d'une obésité.(20)

Parmi les **obésités génétiques**, on retrouve deux catégories :

* Les obésités syndromiques, on retrouve une obésité associée à d'autres signes évocateurs d'un trouble du neuro-développement (déficience intellectuelle ou trouble du spectre autistique) et/ou d'un syndrome malformatif congénital (éléments dysmorphiques, anomalies d'organe). Parmi les obésités syndromiques, les plus fréquentes sont le syndrome de Prader-Willi et le syndrome de Bardet-Bied.

* Les obésités monogéniques non syndromiques : l'origine est un variant pathogène dans un gène codant une protéine impliquée dans la voie hypothalamique leptine-mélanocortine. Les voies de la leptine et de la mélanocortine ont un rôle pour informer le cerveau de la satiété et donc de

contrôler l'appétit.

Les obésités génétiques sont à évoquer devant ces différents tableaux :

- Obésité précoce isolée avant 3 ans avec augmentation rapide de l'IMC dès l'âge d'1 an sans décélération.

- Obésité apparaissant avant 6 ans avec ou sans rebond d'adiposité associée à
* des TCA et/ou

* D'autres signes cliniques comme un trouble du neuro-développement, un trouble neurosensoriel, un syndrome malformatif, des anomalies évoquant un trouble endocrinien hypothalamo-hypophysaire.(20)

Les causes d'obésité infantile d'**origine endocrinologique** sont liées le plus souvent à une hypothyroïdie, un hypercorticisme, ou un déficit en hormone de croissance. Ces obésités endocriniennes sont caractérisées par une cassure de la courbe staturale et une augmentation de la courbe pondérale. Des pathologies endocrinologiques doivent être recherchées lorsqu'il existe un retentissement sur la courbe de croissance.(21)

Les **médicaments** pouvant entraîner une obésité secondaire chez les enfants sont entre autres les neuroleptiques et les corticoïdes.

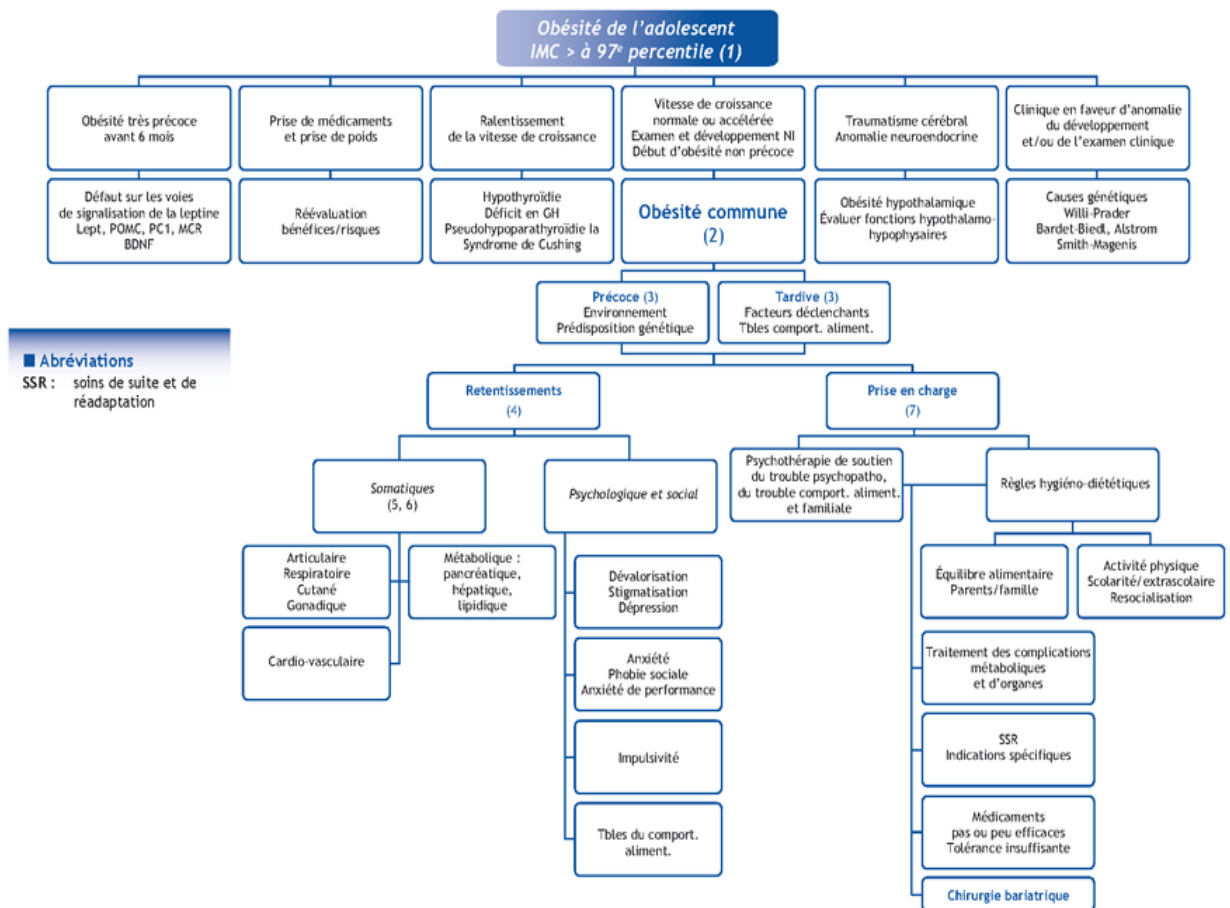


Schéma de Pas à Pas pédiatrie

b- L' alimentation

Une mauvaise alimentation est un des principal facteur de risque de surpoids et obésité (restauration rapide, plats préparés, grosses portions...). Les publicités alimentaires font la promotion de produits peu nutritifs comme les céréales avec des couleurs attrayantes...

Une alimentation trop riche en sucre, sel et gras favorise l'obésité mais aussi de nombreuses maladies cardio-vasculaires comme le diabète, l'hypertension artérielle... (18)

La consommation de sucre a augmenté avec une diminution de la consommation de fibres. L'absence de consommation de fibres augmente l'absorption du sucre comme dans les compotes et les jus.

On trouve du sucre dans de nombreux produits sous des noms différents : glucose, fructose, dextrose, maltose, saccharose (ou sucrose)...(22)

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dose de sucre consommée ne doit pas dépasser les 6 cuillères à thé par jour soit 25 grammes par jour équivalent de 5% de la ration énergétique totale. (23)

Les troubles des conduites alimentaires sont plus fréquents chez les adolescents avec des comportements comme l'hyperphagie boulimique entraînant une prise de poids. (24)

c- Rythme de vie

Sur les 40 dernières années, une relation a été mise en évidence entre la réduction du temps de sommeil et l'augmentation de la prévalence de l'obésité.

La privation de sommeil engendre une augmentation du temps de veille et donc l'opportunité de s'alimenter. Spiegel et al. ont montré que la réduction de la quantité de sommeil était associée à une augmentation de l'appétit, et plus particulièrement à la consommation d'aliments riches en sucres et en graisses.(25)

Les repas devant les écrans ont également leur rôle dans l'augmentation du poids chez les enfants. En effet, leur attention est fixée sur les écrans et non sur leur assiette, et ils ne reconnaissent pas les signes de satiété.

Selon une étude 30% des enfants européens regardent au moins quatre heures par jour la télévision. Le risque d'obésité augmente de 12% pour chaque heure supplémentaire par jour passée devant la télévision et diminue de 10% pour chaque heure supplémentaire d'activité physique modérée à intense par jour. (26)

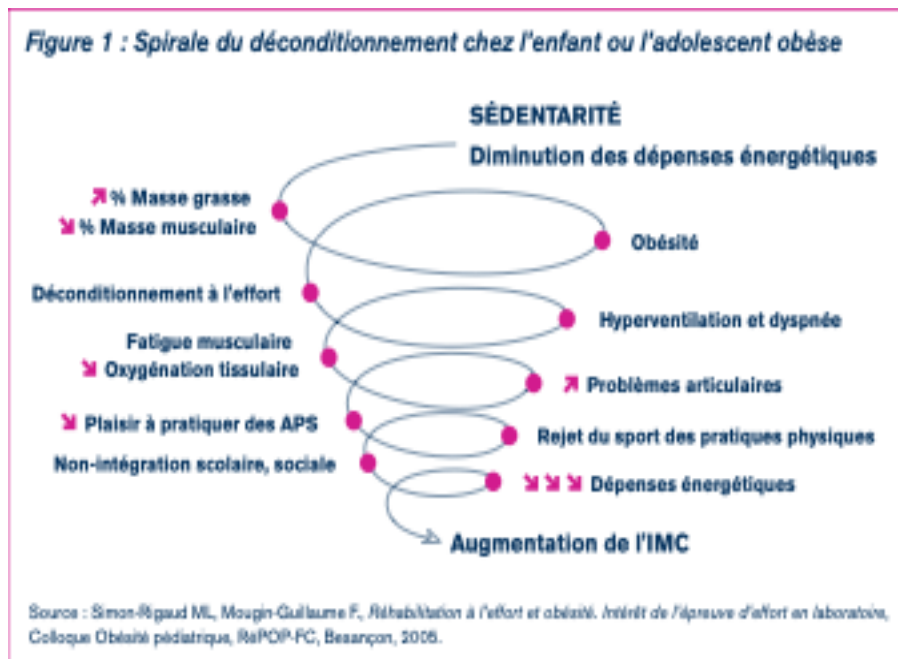
Les repas mangés rapidement ont tendance à être plus copieux, du fait de se resservir avant de sentir la satiété. Il est important de prendre ses repas dans un environnement structuré où l'enfant est aidé par un adulte pour ses choix alimentaires. (27)

d- L'activité physique

La diminution progressive de l'activité physique quotidienne dans les sociétés industrialisées joue très certainement un rôle majeur dans le développement de l'obésité. (28)

L'inactivité physique et le temps passé devant la télévision ont été clairement identifiés comme un facteur de risque d'obésité. La littérature montre que les enfants obèses sont moins actifs et passent plus de temps à regarder la télévision ou à jouer aux jeux vidéo que les enfants non obèses. (26)

Les jeux vidéo, les téléphones portables, la télévision sont des technologies ayant entraîné une sédentarité chez les enfants.



e- Facteurs génétiques ou situation familiale

Des facteurs génétiques interviennent parfois dans le développement de l'obésité. Ainsi, les enfants de parents obèses ont un risque plus important de développer un surpoids.

Si les deux parents sont obèses, l'enfant a 80% de risque de le devenir, alors que le risque est inférieur à 10% si leur poids est normal. L'hérédité détermine environ 25 à 40% de la variabilité de l'IMC. (26)

f- Facteurs environnementaux

Le statut socio-économique joue également un rôle dans l'obésité infantile. Le faible revenu et le faible niveau éducatif sont liés à une plus grande consommation de produits très sucrés, très salés, très gras et ultra-transformés, car ils sont souvent moins chers. Cela empêche parfois l'accès aux aliments plus sains.

L'exposition au stress chronique (divorces, violence, pauvreté...) aurait également des répercussions sur la prise de poids chez les enfants. (18)

Certains médicaments comme les antiépileptiques, certains psychotropes, les corticoïdes peuvent également favoriser le surpoids. (24)

4 -Les conséquences du surpoids et obésité chez les enfants

L'obésité est une maladie chronique avec de nombreux enjeux physiologiques, thérapeutiques et psychiques. (30)

Selon certaines études, la probabilité qu'un enfant obèse devienne un adulte obèse varie entre 20-50% avant la puberté et 50-70% après la puberté. (3)

Les complications du surpoids et de l'obésité chez les enfants sont moins fréquentes que chez les adultes.

a- Conséquences somatiques (31)

- **Au niveau cardio-vasculaire**

Les complications cardio-vasculaires sont notamment liées à l'hypertension artérielle. Les enfants en surpoids à 4 ans, ont un risque d'hypertension artérielle à 6 ans, ce qui augmente leur risque de crise cardiaque et d'AVC plus tard dans la vie, souligne une étude publiée dans le European Journal of Preventive Cardiology. (32)

Selon une étude publiée dans The Lancet, il est retrouvée une augmentation de la rigidité artérielle et une dysfonction endothéliale, réversible dans certains cas par l'amaigrissement et l'activité physique. (33)

Un essoufflement à l'effort, avec de la toux et une symptomatologie d'asthme peut être retrouvés. On retrouve également un risque plus important d'apnée du sommeil, ronflements nocturnes associés à une somnolence diurne avec des conséquences sur le sommeil et les résultats scolaires.

- **Au niveau métabolique**

On retrouve une augmentation du risque de diabète de type 2 avec une insulino-résistance chez les enfants obèses.

Grace à la mesure de l'indice de HOMA (homeostasis model assessment) selon la formule : $\text{insulinémie à jeun } (\mu\text{U/mL}) \times \text{glycémie à jeun (mmol/L)} / 22,5$, cela nous permet de définir un état d'insulino-résistance si le résultat de ce score est supérieur ou égale à 3,16.

Selon une étude menée sur 100 enfants et adolescents obèses âgés de 6 à 18 ans, l'indice de HOMA moyen est de $2,96 \pm 1,77 \mu\text{U/mL}$. On retrouve que plus du tiers (38,4 %) des obèses présente un état d'insulino-résistance. (34)

On retrouve sur le bilan biologique une hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie. Par conséquence, il y a une plus grande probabilité de stéatose hépatique chez ces enfants.

- **Au niveau endocrinien**

Les situations du surpoids/obésité exposent à un sur-risque de pathologies endocriniennes. On retrouve le syndrome des ovaires polykystiques SOPK, se manifestant par des troubles du cycle menstruel, une hyperpilosité et acné.

On peut chez le garçon retrouver une gynécomastie, ainsi qu'une verge enfouie.

Les conséquences sont notables au niveau de la croissance avec un retard pubertaire chez les garçons et une puberté avancée chez les filles.

- **Au niveau cutané**

La prise de poids a des conséquences sur la peau des adolescents avec des vergetures. On peut également retrouver dans les cas les plus graves un acanthosis nigricans au niveau des zones de plis, signe d'une insulino-résistance. De plus, on peut voir également des mycoses chez ces enfants.

- **Au niveau orthopédique**

L'urgence chirurgicale la plus importante est l'épiphysiolyse de la tête fémorale. Elle résulte d'un affaiblissement du cartilage de croissance résultant d'un traumatisme, de modifications hormonales, d'une inflammation, d'une augmentation de forces de cisaillement liée à l'obésité.

Elle se manifeste par une raideur de la hanche, une boiterie, douleur de hanche qui irradie vers la partie antéro-interne de la cuisse jusqu'au genou.

Le diagnostic se fait par radiographie de face et en abduction des deux hanches.

On retrouve un élargissement du cartilage de conjugaison ou un net déplacement postérieur et inférieur de la tête fémorale.

Pour déterminer le déplacement, des lignes de Klein sont tracées sur la radiographie au niveau du bord supérieur du col fémoral. La tête fémorale se trouvera en dessous de la ligne de Klein du côté affecté, alors qu'une partie importante de la tête fémorale sera au-dessus de la ligne de Klein du côté non affecté.

Le traitement est l'ostéosynthèse de fixation transcervicale. (35)



On retrouve également des troubles de la statique avec des genu valgum, genou en X avec écartement des chevilles entraînant une gonarthrose précoce. Par conséquent on retrouve également des douleurs de dos et des scolioses.



b- Conséquences psycho-sociales (30)

- **Au niveau psychologique**

Les enfants en situations d'obésité et de surpoids sont plus sujets à présenter des troubles du sommeil, des troubles anxieux, une faible estime de soi.

Ils sont également plus susceptibles de développer des troubles anxio-dépressifs.

On peut également retrouver des troubles du comportement alimentaire.

- **Au niveau social**

Les enfants en situations d'obésité sont souvent moqués et stigmatisés. Cette situation peut dans certains cas les isoler et les couper de leur vie sociale, allant jusqu'à la déscolarisation. Dans certaines situations, les enfants en situations de surpoids peuvent ressentir un sentiment de honte comme lors des sorties piscine, manger en public, les réseaux sociaux ...

A l'adolescence, avec l'avènement des réseaux sociaux, les troubles psychologiques sont plus fréquents, avec des conséquences psychologiques importantes comme des harcèlements, pouvant conduire à des conduites dangereuses (addictions, trouble du comportement alimentaire, suicide,..)

- **Au niveau thérapeutique**

La répétition des prises en charge médicales renvoie l'enfant à un sentiment d'échec. Une perte de l'intérêt pour la prise en charge peut survenir suite à cette répétition d'échecs. L'orientation vers des centres diététiques a pour objectif de séparer l'enfant de son environnement habituel afin de créer de nouvelles habitudes de vie mais cette séparation peut être vécue comme un traumatisme. D'autre part, des techniques plus radicales de perte de poids comme la chirurgie bariatrique, des régimes hyper-restrictifs peuvent être attrayantes chez les adolescents, malgré leurs nombreux effets délétères (carences, vitamino-supplémentation à vie, risques opératoires ...)

5- La place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile

La médecine générale occupe une place particulière dans le système de santé. En effet, le médecin généraliste, aussi appelé médecin traitant ou médecin de famille joue un rôle majeur dans l'organisation de la santé.

La médecine générale constitue les soins premiers ou soins primaires, c'est-à-dire la médecine de première ligne, dont les caractéristiques sont définies au plan européen.

La médecine générale « *gère les situations complexes et/ou incertaines, privilégie la clinique et ne recourt à la technique qu'en cas de nécessité ; sa finalité n'est pas d'aboutir impérativement à un diagnostic étiologique mais de réaliser un diagnostic global de situation déterminant les procédures les plus favorables au patient à tout moment et dans une perspective sur la durée* » (CNGE, CMG, 2017). (36)

Le rôle du médecin généraliste est d'assurer la prise en charge globale du patient, la continuité et la coordination des soins.

Il a un rôle d'actions de santé publique : prévention, dépistage, éducation sanitaire et sociale.

Le médecin généraliste assure le suivi régulier des enfants pour la vaccination, pour certaines consultations obligatoires, pour les certificats médicaux divers, pour la prise en charge de maladies infantiles bénignes...

Il est bien souvent le médecin que les enfants verront en premier recours au cours de leur enfance. En effet, d'après une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) menée en 2007, parmi les enfants de moins de 3 ans, 5 % ont seulement vu un pédiatre, 40 % ont seulement vu un généraliste et 55 % ont été suivis conjointement par un généraliste et un pédiatre (37).

Ainsi, on comprend bien l'importance du rôle de médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile.

6- Hypothèse

L'obésité étant nommée par certains auteurs comme « le mal du siècle ».(38) Le médecin généraliste étant le médecin de premier recours, il doit être en mesure de dépister, suivre, prendre en charge et orienter au mieux ces enfants en situations d'obésité. En effet, les enfants obèses d'aujourd'hui sont les adultes obèses de demain avec des conséquences majeures.

7- Objectif de l'étude

Comprendre et connaître les pratiques et le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des enfants en situation d'obésité, ainsi que d'explorer ses difficultés pour envisager une amélioration de la prise en charge

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1-Matériel

Au niveau du matériel, lors de cette étude, nous avons utilisé un ordinateur avec connexion internet pour permettre des recherches via le moteur de recherche Google. L'accès à la bibliothèque universitaire via le Moodle sur le site ENT de l'Université de Montpellier, a permis de bénéficier de sources variées d'information.

Le logiciel ZOTERO a permis le recensement et ordonnancement de la bibliographie selon le mode Vancouver.

Pour enregistrer les entretiens téléphoniques nous avons donc utilisé un Dictaphone Philips Voice Tracer.

Nous avons utilisé le logiciel de traitement de thèse Word afin de finaliser ce travail de thèse.

2-Bibliographie

La recherche documentaire préalable à ce travail a été réalisée via la bibliothèque universitaire (BIU) de Montpellier par le portail documentaire numérique disponible via l'ENT. Grace à l'utilisation de termes de type MeSH.

Les autres références de bibliographie ont été trouvées sur Google.

3-Population cible

a- Critères d'inclusion

L'échantillonnage a inclus des médecins généralistes de l'Hérault exerçant en cabinet avec une activité libérale : d'âges différents, de sexe différents, exerçant dans différents secteurs (rural, semi rural ou urbain).

L'objectif était d'obtenir un échantillon varié afin d'être le plus représentatif.

Le critère d'inclusion principal était d'être **médecin généraliste libéral dans l'Hérault**.

Étaient donc inclus les médecins installés ou non, thésés ou non. Nous avons décidé d'intégrer les médecins remplaçants dans notre étude, afin d'être plus proches de la réalité du suivi pédiatrique en cabinet de médecine générale. En effet selon une étude, la proportion de médecins en remplacement croît au fil des ans, avec une augmentation de 25% en 10 ans en 2007 et 2017. (39)

De plus, inclure les médecins généralistes remplaçants dans l'étude, a permis d'avoir un échantillon plus large.

b- Critères d'exclusion

Les médecins généralistes exerçant dans des structures privées ou publiques hors cabinet (hôpital, SOS médecin,..) n'étaient pas inclus dans l'étude.

c- Mode de recrutement

Les médecins généralistes ont été sélectionnés de façon aléatoire, en sélectionnant les différents cabinets dont le numéro de téléphone était renseigné sur Google. Le contact direct avec les médecins généralistes a été impossible dans toutes les prises de contact, mais se faisait via un secrétariat.

Les médecins généralistes ont été recrutés par appel téléphonique et ont répondu au questionnaire sur la base du volontariat.

Environ une trentaine de cabinets a été contactée de février 2024 à mai 2024, avec un taux de réponse de l'ordre de 13%. Nous avons également procédé par du bouche à oreille afin de recruter les médecins généralistes.

Les causes de refus ont été : manque de temps, non intéressé par le sujet, non souhait de participation.

d- Nombre de sujets

Pour une thèse qualitative, le nombre de sujets à inclure n'est pas défini à l'avance mais survient lors de l'application du principe de saturation des données. Il s'agit en fait d'un entretien qui n'apporte rien de plus que le précédent.

La saturation des données a été obtenue au bout de quelques entretiens.

Cependant, afin de détailler notre recherche et d'avoir un échantillon plus large nous avons poursuivi les entretiens.

4- Type d'étude

L'étude menée était une étude descriptive de type qualitative.

Celle-ci a consisté en la réalisation et l'analyse d'entretiens semi-dirigés, conduits auprès de médecins généralistes de l'Hérault.

Les entretiens semi-dirigés ont l'avantage de pouvoir créer des relances, afin d'éviter les réponses moins exhaustives.

Nous avons choisi la méthode qualitative afin de recueillir de véritables témoignages et de mettre en lumière le ressenti et les difficultés des médecins généralistes concernant la prise en charge des enfants en situations d'obésité, afin de pouvoir évoquer de possibles voies d'amélioration.

Le but d'une étude qualitative est de permettre d'analyser et de comprendre des comportements de groupe à propos d'un thème abordé.

En effet, grâce un recueil d'informations non chiffrées, essentiellement descriptives et détaillées, les études qualitatives ont permis de mettre en lumière des problématiques. Elles permettent également d'être plus proche des sujets interrogés afin de faire une analyse d'un petit groupe d'individus.

5-Ethique

Le cadre légal et réglementaire de la recherche en France est défini par la loi Jardé, publiée le 06 mars 2012 et dont les décrets d'application ont été publiés le 16 novembre 2016.

Cette loi institue des recherches dites interventionnelles « RIPH » et non interventionnelles « non-RIPH » impliquant la personne humaine.

Dans cette étude, nous rentrions dans le cadre d'une étude non-RIPH, au sens où cette étude répondait au critère suivant : "Visant à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé".

Nous avons demandé l'avis du Collège Nationale des Généralistes Enseignants CNGE, qui nous a informé de la non nécessité d'un comité d'éthique pour cette étude, puisqu'elle consistait en des interviews de médecins sur leurs pratiques.

Nous avons par la suite procédé aux démarches pour la protection des données via le DPO (Délégué de la protection des Données), qui a validé notre démarche, après l'analyse d'impact et d'engagement MR04.

Cette recherche s'intégrait dans la méthodologie MR-004, c'est-à-dire n'impliquant pas la personne humaine, et il s'agissait d'une étude/évaluation dans le domaine de la santé.

Le respect du Règlement Général sur la Protection des Données RGPD, s'effectuait par le respect de plusieurs principes :

- informations des personnes : information et recueil de consentement écrit et ou oral selon les cas (MR001).
- principe de minimisation des données.
- sécurité des données : procédure de verrouillage automatique de session, enregistrement régulièrement des travaux.

6-Recueil des données

Le recueil de données a été effectué grâce à des entretiens téléphoniques semi-dirigés. L'étude qualitative a été menée grâce à un guide d'entretien. Ce dernier a été créé de manière à détailler chaque étape du rôle du médecin généraliste dans un ordre chronologique, correspondant aux différents consultations possibles.

a- Le choix d'entretiens semi-dirigés

L'entretien semi-dirigé ou semi-directif est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives.

En effet, les relances, qui sont des hypothèses préparées à l'avance, permettent parfois d'obtenir d'autres réponses. De plus, au court de l'entretien, de nouvelles interrogations peuvent se rajouter, et ainsi la discussion porte un aspect plus général du sujet étudié.

b- Le guide d'entretien

Le questionnaire a globalement été construit en trois parties.

La première partie consistait en une présentation brève du sujet de l'étude. Elle permettait également de renseigner les participants du caractère anonyme de leur réponse, ainsi que du mode de retranscription.

La deuxième partie exposait par de courtes questions les caractéristiques du médecin interrogés : sexe, âge, zone d'activité, la ville d'internat, le type de cabinet, les formations complémentaires en pédiatrie ou en nutrition.

La troisième partie était composée de questions ouvertes. Cette partie du guide d'entretien était faite de manière à amener le participant dans différents « temps » de consultation.

On pouvait donc diviser cette dernière en trois sous parties :

- Première : Questions générales sur la prise en charge des enfants en situation d'obésité, de la sensibilité, au dépistage puis à la prise en charge thérapeutique.
- Seconde : Difficultés ressenties par le médecin généraliste.
- Troisième : Ouvertures évoquées pour une amélioration de cette prise en charge.

Au fur et à mesure des entretiens, certaines questions ont été reformulées, afin d'être plus adaptées aux réponses obtenues précédemment.

c- Le consentement

Avant chaque début d'enregistrement, les participants étaient informés de la confidentialité de l'étude et l'anonymisation des données avant la retranscription des résultats ainsi que la confidentialité des enregistrements audio.

Un consentement oral a donc été recueilli auprès de chaque médecin.

Par ailleurs, nous précisons également l'absence de jugement vis à vis de leurs réponses, afin d'obtenir des réponses les plus véridiques possibles.

Ni le CCP, ni le CNIL ont été nécessaires pour cette étude réalisée auprès de médecins généralistes dans un but non interventionnel.

d- Réalisation des entretiens

Les entretiens étaient fixés après une prise de contact téléphonique, à la date et horaire selon la convenance du participant. En effet, l'étude étant réalisée sur les médecins généralistes de l'Hérault, seuls des entretiens téléphoniques ont été effectués, puisque nous n'étions pas sur la région.

La durée de participation correspondait uniquement à la durée de l'entretien semi dirigé.

Pour effectuer les entretiens, un Iphone SE 2022 a été utilisé avec le mode haut-parleur, dans une pièce isolée, afin de permettre un enregistrement sur Dictaphone Philips Voice Tracer.

Chaque entretien a été sauvegardé sur le Dictaphone.

7- Analyse des données

a- Retranscription des données

La retranscription des données a été faite de manière intégrale, ou verbatim, c'est-à-dire mot pour mot. Les nuances de langage parlé, comme les hésitations ou les répétitions étaient respectées. Il a également été précisé lorsque le sujet émettait un rire ou tout autre émotion verbalisée.

Aucune analyse du langage corporelle n'a été réalisée, puisqu'il s'agissait d'entretiens téléphoniques. Cependant les éléments de la communication non verbale (pauses, rire, soupires ...) ont été retranscrites dans leur intégralité.

Les témoignages étaient anonymes dès la retranscription.

Chaque médecin s'est vu attribuer un numéro (de 1 à 10) en fonction de l'ordre chronologique de réalisation des entretiens.

Chaque enregistrement audio a été supprimé une fois la rédaction de la thèse terminée.

b- Analyse des données

Chaque entretien a été analysé à plusieurs reprises, afin d'en assimiler les différentes idées.

Les questions du guide d'entretien ont servi de trame à la retranscription des résultats.

Chaque entretien a été retranscrit dans son intégralité, puis segmenté selon les différentes questions afin de pouvoir analyser les similitudes et différences entre les participants. Cette étape est celle qui a nécessité le plus de temps, du fait de la volonté de garder l'entretien le plus authentique possible, afin de garder l'objectivité du discours retranscrit.

Les entretiens étaient analysés au fur et à mesure. Au fil du temps, nous sommes revenus sur les premiers entretiens afin d'en affiner l'analyse.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à la saturation des données (deux entretiens successifs n'amenant pas de nouvelle donnée).

c- Conservation des données

Toutes les informations concernant les participants étaient conservées de façon anonyme et confidentielle.

Le traitement informatique n'était pas nominatif, il n'entraîne pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable).

Les données n'étaient utilisées qu'à des fins de recherches.

Concernant le traitement des données, seules des morceaux d'entretien limités à une phrase ou un paragraphe ont été rapportés.

RESULTATS

1- Données générales

a- Caractéristiques des entretiens

Nous avons effectué 10 entretiens téléphoniques.

Ces entretiens téléphoniques ont été menés de février 2024 à mai 2024.

La durée des entretiens variait de 6 minutes à 20 minutes.

La durée moyenne des entretiens était de 11 minutes.

Tous les entretiens téléphoniques ont été établis sur un créneau horaire fixé à l'avance pour que le manque de temps ne soit pas un biais ou ne dégrade la qualité de l'entretien.

Nous avons réalisé nos entretiens jusqu'à saturation des données. Nous n'avons pas déterminé le nombre d'entretiens qu'il était nécessaire de réaliser à l'avance.

Nous avons estimé que cette saturation était atteinte lorsque deux entretiens successifs ne faisaient plus émerger de nouvelles informations.

b- Caractéristiques de la population

Nous avons inclus 10 médecins généralistes, diversifiés selon le sexe, le type d'exercice, le lieu d'exercice.

Caractéristiques de la population :

| Médecin N° identification | Durée entretien | Sexe | Age | Lieu Exercice | Ville d'internat | Formation complémentaire en pédiatrie ou nutrition |
|---------------------------|-----------------|------|--------|----------------------|------------------|--|
| 1 | 7'30 | F | 35 ans | urbain | Amiens | Non |
| 2 | 5'57 | F | 39 ans | semi-rural | Montpellier | Non |
| 3 | 6'31 | F | 47 ans | urbain | Montpellier | Non |
| 4 | 11'24 | F | 40 ans | urbain | Montpellier | Oui Pédiatrie |
| 5 | 10'07 | H | 31 ans | urbain | Montpellier | Oui Pédiatrie |
| 6 | 9'15 | H | 31 ans | urbain | Montpellier | Non |
| 7 | 20'08 | F | 38 ans | urbain et semi-rural | Paris VII | Oui Nutrition |
| 8 | 13'27 | F | 30 ans | semi-rural | Montpellier | Oui Pédiatrie |
| 9 | 13'28 | F | 40 ans | semi-rural | Montpellier | Non |
| 10 | 14'52 | F | 30 ans | semi-rural | Montpellier | Oui Pédiatrie |

Nous avons interrogé 10 médecins généralistes de la région héraultaise, installés ou remplaçants. 5 médecins exerçaient en zone urbaine et 4 en zone semi-rurale, 1 exerçait dans les deux.

Les participants avaient de 30 à 47 ans. La moyenne d'âge était de 36 ans.

8 femmes et 2 hommes ont participé à l'étude, soit 80% de femmes.

80% d'entre eux avaient effectué leur internat à Montpellier.

50% avait une formation complémentaire en pédiatrie ou en nutrition.

2- Analyse des résultats : le rôle du médecin généraliste

a- La sensibilité des médecins généralistes à la problématique de l'obésité infantile

Lors de mes entretiens téléphoniques, j'ai pu noter que pour l'ensemble des praticiens interrogés, ils étaient sensibles à la problématique de l'obésité infantile. A l'unanimité, les praticiens de ma thèse, ont répondu « oui » à la question « êtes-vous sensible à la problématique d'obésité infantile ? », c'est en effet une pathologie qu'ils rapportent rechercher au cours des consultations pédiatriques.

b- Définition de l'obésité et surpoids chez les enfants

Nous avons demandé aux médecins généralistes que nous avons interrogés, quelle était leur définition de l'obésité chez l'enfant. La plupart d'entre eux se base sur les courbes de poids, de taille et l'IMC.

c- Les courbes

Médecin 1 : « *Et puis après sur l'évolution aussi au niveau de sa courbe* »

Médecin 2 : « *ben sur les courbes dans le carnet de santé* »

Médecin 3 : « *ben par l'examen clinique déjà, en fait c'est à dire par le suivi des courbes pondérales et staturo-pondéral quoi* »

Médecin 6 : « *mais ouais chez l'enfant c'est plus sur les courbes d'IMC qui me sont fournies par mon logiciel* »

Médecin 7 : « *la courbe du carnet de santé* »

d- L'IMC

Médecin 1 : « *euh donc du coup sur le poids, la taille, l'IMC* »

Médecin 6 : « *Le logiciel me met leur IMC et je regarde toujours si c'est dans la norme ou pas* »

Médecin 7 : « *après pour certains parce que j'ai pas mal d'ado quand même donc l'IMC tout simplement, voilà* »

Médecin 8 : « *moi ça sera sur l'IMC, enfin sur la courbe.* »

Très souvent, les médecins évoquaient l'IMC, mais rarement comme valeur de référence, celle-ci était interprétée en fonction des courbes.

e- Dépistage de l'obésité infantile par le médecin généraliste

- **Dépistage systématique**

Les médecins généralistes interrogés recherchaient les situations d'obésité, et de surpoids et évoquaient faire les courbes de manière systématique.

Médecin 2 : *« oui en général, dans tous mes rempla même si c'est des rempla à droite à gauche, (...) je leur fais tous systématiquement les courbes de poids. »*

Médecin 4 : *« Et à chaque consultation je les pèse (...) je regarde les courbes systématiquement à chaque consultation. »*

Médecin 6 : *« oui en fait tous les enfants et ado que je vois au cabinet, à chaque consultation je les pèse, je les mesure ».*

Médecin 9 : *« je fais les courbes de croissance à chaque visite de pédiatrie »*

- **Rythme de suivi**

La notion du rythme de suivi dans la réalisation de ces courbes a également été évoquée par certains praticiens.

Médecin 4 : *« je fais beaucoup de pédiatrie, et je demande aux parents de voir les enfants 2 fois par an pour le suivi, la croissance, il y a toujours des problématiques à aborder quels que soient les âges, jusqu'à l'adolescence »*

Médecin 6 : *« Je les ai tous revus quasiment au moins une fois dans l'année qui a suivi. Donc on va dire que ça allait de 6 mois à 1 an »*

- **Supports de courbes variables**

Les courbes de croissance les plus utilisés sont les courbes des carnets de santé.

Médecin 2 : *« ben sur les courbes dans le carnet de santé »*

Le carnet de santé a un rôle de cahier de « correspondance », en effet il permet de suivre l'enfant depuis sa naissance, et ce même si il y a des changements de professionnels de santé. Parfois, il est oublié par les familles, mais certains médecins évoquaient d'autres alternatives.

Médecin 6 : *« je me base sur les courbes d'IMC qui sont fournies par mon logiciel, c'est les mêmes que celles du carnet de santé je crois »*

Médecin 9 : *« Mais pour les ados, ou des fois à partir de même 6ans ils viennent*

souvent sans leur carnet de santé (...). Je ne sais pas trop me servir de la courbe du logiciel mais j'ai des courbes papier que la sécu m'avaient donné, ou que l'ARS m'avait donné et que j'ai encore. Elles ne sont peut-être pas à jour en terme de ..., mais bon sur l'IMC, c'est des courbes d'IMC »

Médecin 10 : *« quand ils ont pas le carnet je fais les courbes en ligne »*

- **Circonstances**

Une fois la petite enfance passée et son suivi régulier, parfois les patients se retrouvent en errance thérapeutique. Les consultations de suivi ne sont plus aussi régulières et elles sont remplacées par d'autres motifs comme des pathologies aiguës (virose, troubles digestifs, douleurs ..). Par conséquent les courbes de suivi ne sont plus faites de manières aussi régulière.

Certains généralistes, dans leurs pratiques, demande aux familles de consulter pour le suivi pédiatrique de façon régulière afin de suivre la croissance des pré-ado et adolescents.

Médecin 4 : *« je demande aux parents de voir les enfants 2 fois par an pour le suivi, la croissance, il y a toujours des problématiques à aborder quels que soient les âges, jusqu'à l'adolescence. »*

Parfois, les consultations ne sont pas en lien avec le suivi pédiatrique, et les mesures de taille et de poids, malgré cela les praticiens essaient de réaliser ce suivi-là.

Médecin 5 : *« non ça dépend du temps que j'ai, non pas systématiquement, j'essaie de le faire plus ou moins à chaque fois mais ça dépend si je les vois souvent déjà »*

Médecin 8 : *« on les voit en consultation soit pour le suivi soit pour un problème aigu. Si c'est pour un problème aigu, on peut essayer de glisser aux parents qu'il faut revenir pour faire la consultation de suivi, et à ce moment-là on sait qu'on va essayer d'aborder le sujet ».*

Un autre praticien avec une formation de « nutritionniste », et sollicité expressément pour cette problématique de surpoids.

Médecin 7 : « *oui, après moi les gens viennent me voir directement pour ça (...). En général, ils me sont adressés pour ce problème là (...)* »

- **Impression visuelle et dépistage rapide**

Cependant comme évoqué par deux des médecins généralistes interrogés, un dépistage rapide peut se faire en consultation, même en dehors d'une consultation de suivi, soit par une impression visuelle soit par une réalisation rapide des courbes.

Médecin 4: « *Et puis aussi à vue de nez quand on les voit arriver, on voit à peu près si ils sont en surpoids ou en situation d'obésité, donc c'est quelque chose qu'on regarde à chaque fois même si ils viennent pour autre chose.*»

Médecin 5 :« *mais oui si ça n'a pas été fait (les courbes) depuis longtemps je le fais* »

- **L'âge des enfants lors de ce dépistage d'obésité**

Médecin 7 : « *C'est quand même beaucoup plus des ado ou des pré-ado, parce que ça commence de plus en plus jeunes. Le plus jeune que j'ai dû voir il avait 9 ou 10ans. Avant 6ans j'en ai eu un il avait 5ans et des poussières pour rebond précoce et toute la famille est obèse donc c'était plutôt par rapport à ça* »

Médecin 9 : « *chez le plus petit enfant 3-6ans on en parle mais souvent c'est des questions d'obésité, enfin il y a un contexte d'obésité familial* »

f- Les outils de dépistages

Les outils de dépistages vont de l'examen clinique à l'interprétation des courbes.

- **Prises de mensuration**

Médecin 1 : « *alors les premières consultations (...) c'est plutôt l'interrogatoire, l'examen* »

Au cours de notre étude, la question de la recherche du tour de taille et des plis cutanés a été demandée auprès des participants, aucun des praticiens n'utilisait ces mesures.

Médecin 8 : « *honnêtement non* »

Médecin 10 : « *non j'avoue que chez l'enfant non, déjà que chez l'adulte j'ai du mal le tour de taille à le faire quoi.. mais chez l'enfant j'ai pas encore ce réflexe en tout cas* »

- **Les réactions des parents suite à cet examen clinique**

Les prises de mensurations peuvent amener à des commentaires de la part des parents présents.

Médecin 4 : « *Quand je pèse j'annonce le poids, quand je mesure j'annonce la taille. « Oh mais il a encore pris du poids non ? ». Je parle d'obésité, pas de surpoids, la plupart du temps, dans la majorité des cas les parents se rendent compte que leur enfant est entre guillemet trop gros, et ils réagissent au poids. Donc déjà moi je peux voir comment ils réagissent au poids et si ils réagissent* »

- **L'interprétation des courbes**

Pour l'ensemble des participants, l'obésité infantile est présente lorsque la courbe de corpulence de l'enfant se retrouve au-dessus des courbes du carnet de santé.

D'autres médecins évoquaient, le rebond d'adiposité précoce, l'évolution au niveau des courbes.

Médecin 1 : « *Et puis après sur l'évolution aussi au niveau de sa courbe* »

Médecin 6 : « *quand je rentre les poids ça me calcul justement l'IMC et là je regarde si on est au-dessus ou en dessous des 97, enfin des 95 percentile la (hésitation) pour savoir si on est au-dessus ou pas et c'est là où je me base* »

dessus.»

De même que lors de l'examen clinique, les parents regardent les courbes avec le praticien, et cela peut également amener à des commentaires de leur part.

Médecin 4 : « *Parce qu'ils me disent souvent « oui mais il est grand », oui il est grand mais regardez là c'est son poids, sa taille et là c'est sa corpulence, voyez le poids est pas forcément corrélé à la taille, on va parler du poids en trop ... »*

Médecin 7 : « *Et les parents souvent ils disent « Oh mais il est costaud, moi aussi j'étais costaud à son âge » »*

- Le rebond d'adiposité précoce

Médecin 1 : « *et puis si il y a le rebond ou pas vers l'âge de 5-6ans euh »*

Médecin 5 : « *sur l'IMC, le rebond de l'IMC précoce avant 6ans, et puis sinon les courbes »*

Médecin 9 : « *sur l'IMC, après ben il y a les rebonds d'adiposité »*

- Changement de couloir

Médecin 8 : « *si il y a un changement de couloir sans que ce soit vraiment dans le diagnostic d'obésité, pour de la prévention »*

- L'ascension continue de la courbe depuis sa naissance

Au cours des interrogatoires, aucun praticien n'a évoqué cette situation.

g- Prise en charge initiale de l'obésité infantile

Une fois le diagnostic d'obésité infantile évoqué par les médecins généralistes, le reste de la consultation concerne l'annonce du diagnostic, et la mise en place de stratégies thérapeutiques.

- **L'annonce du diagnostic**

- Avec l'aide d'un support

Le diagnostic est évoqué par certains médecins avec un support : les courbes, le carnet de santé ...

Médecin 4 : *« Je montre les courbes, je dis regardez là, là on en est là par rapport à la moyenne, par rapport au percentile, j'utilise pas le mot percentile, et puis vous voyez sa corpulence par rapport à son poids. »*

« Et puis à la fin de la consultation, je montre en fait, »

Médecin 5 : *« De toute façon c'est simple, je leur montre les courbes. « Vous voyez là il est là, ça veut dire qu'il est un petit peu en surpoids et que si ça continue il sera obèse » et ensuite j'enchaîne sur le suivi »*

Médecin 6 : *« J'aime bien leur montrer la courbe et leur dire «ah bah tu vois là on est en dessus des courbes, en dessous des courbes » et de dire « quand on est en dessous des courbes c'est ce qu'on appelle la maigreur, quand on est au-dessus des courbes c'est plutôt ce qu'on appelle l'obésité, ou surpoids . Et là on est plutôt dans une catégorie de surpoids justement pour toi, donc ça veut dire .. » voilà j'essaie de l'amener un peu de manière ludique avec les courbes qu'ils puissent vraiment voir ou est-ce que ça a commencé à monter et qu'on voit un petit peu comment faire. »*

Médecin 9 *« je parle factuellement avec ma petite croix sur la courbe en montrant et en m'adressant aussi à l'enfant et voilà ».*

Médecin 10 : *« J'arrive plus facilement à en parler avec les enfants et les parents parce que je leur montre, il y a vraiment cette aide des courbes »*

- Adaptation du dialogue

Médecin 4 : « *Je ne dis pas le mot obésité en générale, en tout cas pas à la première fois* »

Médecin 5 : « *Surpoids oui, obésité je le dis pas tant qu'ils ne sont pas grands, je dis plutôt que « si ils continuent sur leur courbe ils seront obèse à l'âge adulte » ; je leur dis pas qu'ils sont obèses* »

Médecin 6 : « *J'essaie de leur dire, d'abord de passer par la courbe en fait pour qu'ils voient un peu par eux même, plutôt que de dire d'office tu es obèse.* »

Médecin 7 : « *Moi je leur dis bien que c'est difficile de parler d'obésité chez les tous petits que effectivement on est dans une situation où il y a un excès de poids, et que ce n'est pas quelque chose qui est figé dans le temps* »

Médecin 9 : « *se rendre compte qu'il y a ce problème. J'essaie de ne pas employer le mot problème. (...) Je crois que je dis plutôt surpoids, j'ai un petit peu de mal à dire obésité* »

- Faire prendre conscience au patient de la situation

Médecin 2 : « *J'essaie d'alarmer un petit peu, surtout à la Réunion, où il y a un taux d'obésité infantile assez important* »

Médecin 6 : « *Je vais leur dire voilà regarde où tu es, tu es un peu au-dessus, la dernière fois tu y étais pas. Qu'est-ce qui s'est passé ?* »

- **L'enquête sur le mode de vie**

Les médecins généralistes lorsqu'ils se retrouvent confrontés à des situations d'enfants en surpoids ou obèses, font en général une enquête sur le mode de vie des patients.

Médecin 1 : « on voit un petit peu les habitudes alimentaires aussi avec la famille, voir un petit peu le contexte familial aussi. »

Médecin 2 : « j'essaie de voir avec la maman les habitudes alimentaires, si il y a une pratique d'activités physiques ou pas, ou si c'est vraiment que les écrans, et on fait un peu le point sur l'alimentation »

Médecin 4 : « on fait l'enquête, qu'est-ce qu'il mange ? comment il mange ?, comment mangent les parents ? À quoi ressemblent les parents ? Si les parents sont obèses ? Qu'est-ce qu'il mange chez lui, en dehors de chez lui, est-ce qu'il grignote ? Les écrans ? »

Médecin 5 : « je fais surtout les rappels aux parents, j'essaie d'enquêter un peu, voir ce qu'ils mangent, si ils mangent beaucoup de plats transformés, de soda, de bonbons, de biscuits, qu'est-ce qu'ils mangent au gouter, est-ce qu'ils font du sport ? Voilà c'est à peu près tout »

Médecin 6 : « euh ben du coup j'en discute déjà voilà avec l'ado concerné ou avec ses parents. (...) après surtout on parle sport, son activité physique ou pas, combien de fois par semaine, combien de durée, quel type d'effort. Après une partie alimentation vraiment pour savoir est-ce qu'il y a des grignotages entre les repas, est-ce qu'il y a des consommations vraiment importantes de gâteaux, de bonbons, de sodas, un petit peu le type d'alimentation. Est-ce que c'est beaucoup ? Est ce qu'il y a beaucoup de viande ? Pas beaucoup de viande ? Est-ce qu'il y a des légumes, pas beaucoup de légumes ? Beaucoup de glucides ? Voilà on essaie de faire un petit peu un point la dessus »

Médecin 7 : « alors en général, la première consultation c'est vraiment une consultation, un entretien ou j'essaie de recueillir les habitudes alimentaires de la famille, les habitudes alimentaires de l'enfant. »

Médecin 9 : « j'essaie de voir si c'est de la nourriture industrielle ou préparée par les parents avec implication de l'enfant »

- **L'évaluation et correction des erreurs diététiques et du mode de vie**

L'interrogatoire est l'occasion de rechercher de nombreux éléments importants pour la suite et notamment la prise en charge. Beaucoup de médecins adaptent leurs discours en fonction de ce qui est déjà fait par les familles.

Médecin 4 : *« au départ on pose les jalons et je donne les conseils »*

Médecin 5 : *« j'essaie de relever au maximum ce qu'ils mangent, après quand il y a des trucs à corriger évident, ben je leur fais un petit rappel. Si vraiment ils font n'importe quoi, j'essaie de recadrer un petit peu et de reconstruire. »*

Médecin 6 : *« Et après j'essaie de leur donner une conduite à tenir sur soit sur l'activité physique si il n'en font pas assez ou soit l'alimentation si il y a des écarts »*

Médecin 9 : *« discuter de voir au niveau alimentation ce qu'on pourrait faire, au niveau de l'activité physique en les impliquant. (...) En fait j'essaie surtout de partir de ce que les familles font, ce qui est possible pour eux, enfin acceptable pour eux, parce que .. après ... (rire) ça dépend de l'âge de l'enfant aussi, de son degré d'autonomie, de pleins de choses »*

Médecin 10 : *« j'essaie de faire un peu sur la question de l'activité physique pour voir si c'est un peu un tabou, est-ce qu'ils en font, est-ce qu'ils en font avec les parents, est-ce qu'il en font en dehors de l'école pour faire entendre que ben ils sont dans leur croissance mais que il faut qu'ils se bougent à coté pour que le poids, la taille soient équilibrés. »*

« (...) je vois ce qu'il y a à traquer un peu et on essaie de modifier des choses ensemble (...) c'est plutôt traquer ce qui moi me paraît pas bon ou le grignotage, le sucré, les sodas, il y a beaucoup d'enfants qui s'hydratent avec autre chose que de l'eau mais voilà j'ai pas de trucs plus précis »

- **Les conseils**
 - Conseils oraux

Médecin 6 : « *On fait un petit topo assez rapide ça peut durer 5 minutes, mais sur l'activité physique, sur l'alimentation et voilà.* »

Médecin 7 : « *De toute façon nous en nutrition il n'y a jamais de régime, ce sont toujours des règles hygiéno-diététiques que l'on met en place, on essaie de rééquilibrer l'alimentation de l'enfant. C'est vrai qu'il y a beaucoup d'oral (...)Donc souvent il y a des notions qui sont connues pour certains, et pour d'autres il faut tout reprendre depuis le début, ça peut se faire parfois en plusieurs consultations* »

Médecin 9 : « *Moi je pars toujours du principe que, enfin c'est ce que j'ai fait avec mes enfants donc voilà, c'est d'impliquer les enfants dans toutes les étapes et puis de bouger et que rien que d'en parler en fait, se rendre compte qu'il y a ce problème* »

Médecin 10 : « *c'est des conseils oraux, c'est ce qu'ils nous avait dit à la formation qu'il faudrait que j'écrive. Mais c'est plus des conseils oraux moi je l'écris dans mon mot d'observation pour que je m'en rappelle déjà et que je revienne dessus et pour mes collègues qui les voit entre 2 parce qu'on tourne, ils reviennent dessus aussi quoi.* »

- Des supports

Médecin 4 : « *et j'ai des petites fiches aussi pas très détaillées mais qui reprennent les grandes idées parce que quand même souvent il y a des idées grossières, enfin grossières pour nous, voilà les repas devant la télé, les grignotages, les gouters à n'en plus finir, il y a des choses, .. en fait on se rend compte qu'ils ne mangent pas de légumes, ils mangent que des pâtes et des patates, ils mangent beaucoup de plats préparés, ils ne font pas de sport. Il y a*

plein de choses comme ça que je donne par écrit et puis je dis qu'on va se revoir. J'insiste sur le fait qu'ils ne faut pas les mettre au régime, faut avoir une bonne hygiène alimentaire. »

Médecin 7 : *« Il y a forcément une fiche écrite à la fin qui récapitule ben ce qu'on a dit, en tout cas les principaux principes, les principales choses qu'on a énoncées pendant la consultation. »*

Médecin 8 : *« l'infirmière Asalée s'appuie sur des supports écrits, sur les groupes alimentaires, (...) des choses très imagées, de BD (..) de repas type je ne suis pas certaine, c'est plutôt de remplacer certains aliments quand un enfant va dire qu'il va goûter du pain blanc et du Nutella, le remplacer. Donner d'autres idées, il n'y a pas de menus types »*

- Explications sur les risques d'une situation d'obésité chez les enfants

Médecin 2 : *« puisque à terme on risque de tomber dans une obésité chez l'adulte avec des conséquences comme le diabète, l'hypertension.. »*

Médecin 5 : *« je dis plutôt que « si ils continuent sur leur courbe ils seront obèses à l'âge adulte » »*

Médecin 9 : *« Mais que ça peut donner des maladies et que le but c'est de s'en occuper maintenant et pas quand il y aura les maladies quoi »*

Médecin 10 : *« (..) leur montrer que c'est pour leur bien plus tard »*

- Évaluation de leur motivation à un changement d'hygiène de vie

Médecin 2 : « *et voir si ils veulent appliquer ça et qu'ils sont motivés pour une prise en charge , parce que c'est une prise en charge assez longue* »

Médecin 7 : « *que ce n'est pas quelque chose qui est figé dans le temps* »

- Implication des parents dans la prise en charge

Médecin 5 : « *je fais surtout les rappels aux parents* »

Médecin 7 : « *c'est les parents qui cuisinent donc finalement c'est pas que changer les habitudes alimentaires de l'enfant, c'est changer les habitudes alimentaires de toute la famille* »

h- Outils d'aide à la prise en charge initiale par le médecin généraliste

- **Bilan sanguin**

La question de la réalisation d'un bilan sanguin a été posée aux médecins, afin de savoir si celui-ci faisait partie de leur pratique.

Médecin 6 : « *non je n'ai pas eu besoin* »

Médecin 7 : « *chez les enfants, ça m'est déjà arrivé. En général ils sont déjà fait avant, ils ont déjà été demandés avant par le médecin traitant qui me les adresse.* »

Médecin 8 : « *dans les 6 derniers mois, dans ce contexte là, moi non. Mais j'ai pris le relai du suivi d'enfants mais qui étaient suivis à l'institut Saint Pierre et ben dans ces cas-là ils ont eu des prises de sang, dans ce contexte là. Mais au cabinet non moi je l'ai jamais fait* »

Médecin 10 : « *en obésité non, c'est vrai que ça m'est plus arrivé dans l'autre sens* »

quand ils ne prennent pas de poids, un petit poids quoi, mais des bilans dans l'obésité non »

En général, les praticiens interrogés, disent de ne pas faire de bilan sanguin dans un premier temps. Cependant, selon le contexte du patient, notamment son âge, le stade de l'obésité, certains praticiens réalisent un bilan sanguin.

- Quel bilan ?

Médecin 1 : *« alors je cherche les comorbidités, tout ce qui est diabète, cholestérol, et puis ensuite après je vérifie au niveau hormonal donc le cortisol et puis les tests hormonaux en fonction si c'est un garçon ou une fille »*

Médecin 5 : *« chez les ado obèses, je commence à faire des prises de sang, glycémie, et bilan lipidique dans un premier temps et puis faire un bilan standard quitte à piquer »*

Médecin 7 : *« à la recherche de carence, à la recherche d'une pathologie qui pourrait expliquer le surpoids ou l'obésité oui ça m'est déjà arrivé, mais c'est pas systématique, c'est vraiment en fonction des cas. En général, on cible quand même ben la thyroïde en tout premier abord, après on recherche toutes les carences en vitamines, pas qui expliqueraient l'obésité mais plus qui seraient une conséquence de cette obésité parce qu'en général ce sont des enfants qui mangent très peu de fruits et de légumes, et qui sont souvent carencés en vitamine B12 et vitamine B9. Voilà après la vitamine D, je fais un bilan un petit peu complet nutritionnel, à la recherche de carence vitaminique à compléter, voilà en même temps qu'entreprendre les règles hygiéno-diététiques. Le bilan lipidique chez les enfants je le fais au moins une fois, la première fois quand je fais ma prise de sang initiale et que je fais le tour un petit peu de l'obésité, je le demande aussi»*

Médecin 9 : *« diabète, thyroïde, cholestérol et après j'en profite pour faire un bilan de carence mais je fais pas systématiquement plus. (...) ferritine, oui vitamine je fais pas phosphorémie tout ça (...) je laisse au spécialiste. »*

- La place de l'indice de HOMA

L'indice de HOMA a été évoqué spontanément par quelques médecins.

Médecin 7 : « *Chez l'enfant on ne le fait pas systématiquement, j'avoue, j'ai la glycémie facile, la glycémie à jeun mais le test de HOMA c'est vrai que je ne le fais pas systématiquement. Quand on a un test de HOMA élevé on a la chance de travailler avec une endocrinologue qui est juste à côté et on adresse très facilement.(..) un indice de HOMA élevé on les envoie au moins une fois chez l'endocrino que ce soit un adulte ou un enfant. Et après c'est elle qui décide si il y a besoin de faire plus sur le plan endocrino* »

Médecin 9 : « *Chez l'adulte je fais l'indice de HOMA mais chez l'enfant je le fais pas.* »

- Bilan en fonction de l'âge

Le bilan sanguin est demandé par les médecins, très souvent quand il s'agit d'adolescent.

Médecin 4 : « *chez les adolescents, mais non chez l'enfant je ne fais pas de bilan sanguin (..). Ça m'est arrivé de le faire chez des ado que je suivais pas forcément depuis très longtemps qui sont en situation d'obésité* »

- Bilan selon le stade d'obésité

Le bilan sanguin est demandé plus facilement en cas d'obésité importante.

Médecin 5 : « *bilan sanguin oui chez les ado, si ils sont vraiment obèses, avant l'adolescence non, sauf si vraiment l'IMC très très élevé. Mais globalement si j'en suis à faire la prise de sang, je vais plutôt l'envoyer chez le pédiatre en première intention* »

- Résultats de ce bilan sanguin

Médecin 7 : *« Et bizarrement c'est vrai que les enfants que j'ai vu même si ils mangeaient pas beaucoup de fruits, légumes ils sont très très rarement carencés, c'est vrai que je le fais systématiquement mais j'ai très peu vu de carence en vitamine B9 ou en vitamine B12 chez les enfants, même dans l'obésité grade 3 vraiment très peu »*

« j'ai jamais retrouvé d'anomalie sur le bilan lipidique »

- **Place de la psychologie et travail sur les émotions**

Médecin 8 : *« parfois c'est vraiment les émotions « je suis en colère qu'est-ce que je fais », (...) sur la méditation aussi elle (l'infirmière Asaleé) travaille sur ça »*

- **Suivi ambulatoire, réévaluation à distance par le médecin généraliste**

Très souvent une réévaluation est proposée pour le suivi, avec des délais variables selon les praticiens.

Médecin 1 : *« moi d'abord je suis, je surveille »*

Médecin 3 : *« en fonction je me donne quelques semaines pour voir tout ça »*

Médecin 5 : *« je recontrôle, quand on commence à s'axer dessus. Si je sens qu'il y a des règles hygiéno-diététiques qui vont être changé, dans tous les cas je redonne un rendez-vous en général dans les 4 à 6 mois »*

Médecin 6 : *« et je leur dis qu'on va recontrôler ça après à la prochaine visite de suivi pour voir si il y a eu des changements ou pas. (...) je fixe pas de délai comme par exemple on se laisse 6 mois et on fait le point. Souvent c'est la prochaine fois que tu viendras pour une vaccination, pour un certificat de sport donc souvent quand même ça dépasse... »*

Médecin 9 : « *alors non pas systématiquement, c'est pas au bout d'un mois, je dirais trois ou six, aussi en fonction de la relation que j'ai avec l'enfant, les parents. C'est pas systématique, c'est pas systématisé on va dire* »

Médecin 10 : « *je leur dire faudrait qu'ils reviennent dans 6 mois* »

On retrouve donc très souvent une réévaluation clinique à distance de la consultation d'annonce, sans qu'il y ait de réévaluation biologique.

Médecin 7 : « *je recontrôle pas forcément (le bilan sanguin), parce que à partir du moment où je mets en place des règles hygiéno-diététiques, que les enfants sont suivis, que je les revois régulièrement. Ben je sais qu'ils mangent des légumes parce que c'est quelque chose que je préconise. Si la maman me dit, alors ça ne m'est encore jamais arrivé mais en général on arrive toujours à introduire des fruits et des légumes, qui font qu'ils ne sont plus carencés.* »

- **Suivi par équipe pluridisciplinaire**

Médecin 8 : « *l'idée c'est ça, c'est qu'avec l'infirmière Asalée, on refait un point tous les mois. Elle, elle va pas forcément les peser, ou les remesurer à chaque fois, c'est moi qui en fonction les revois après et on fait le point ensemble en fonction des avancées. La diet pour l'instant moi j'ai jamais échangé avec elle. Souvent, oui en générale c'est ça suivi tous les mois par IDE, en fonction des disponibilités de l'enfant et de la demande* »

- i- Adressage et orientation des patients

- **Quand adresser ?**

Médecin 1 : « *si effectivement je vois que je suis dépassée et que finalement malgré mes conseils ou les prescriptions j'adresse (...) l'activité physique etc si ça pas été fait, là par contre j'adresse* »

Médecin 2 : « *quand on est dans une situation d'obésité où on commence à être dans l'obésité de grade 2, j'adresse* »

Médecin 3 : « *puis après oui en fonction j'adresse souvent quand même à un spécialiste mais pas dans un premier temps* »

Médecin 5 : « *Par contre si vraiment ils sont très gros et que malgré le fait qu'il n'y ait pas d'erreurs entre guillemets particulières, et que vraiment ils sont en obésité, je vais les adresser* »

Médecin 9 : « *après si il y a des facteurs de risques familiaux ou que je vois que je ne vais pas m'en sortir ou que je ne suis pas comprise j'adresse assez facilement* »

- **Vers des médecins spécialistes ou centres spécialisés dans l'obésité infantile**

Médecin 1 « *j'adresse sur Sète il y a sport santé pour les enfants obèses par exemple. (..) puis ensuite j'adresse, ici on a l'institut saint Pierre à Palavas, euh et puis sinon endoc* »

Médecin 3 : « *(..) ça peut être différents types de spécialistes. Je travaille avec une endocrinologue de ville, avec le centre de Palavas* »

Médecin 7 : « *il y en a un à Palavas qui est très bien, avec qui on travaille, et même moi quand je trouve qu'en cabinet j'ai des grandes difficultés. Donc dans ce cas là j'hésite pas à les adresser (..)* »

Médecin 9 : « *Donc après j'ai trouvé un endocrino-pédiatrique à Saint Roch, et puis il y en a une qui vient à Gallargues* »

Certains médecins évoquent les attentes qu'ils ont vis-à-vis de leur adressage.

Médecin 6 : « *je sais qu'à Montpellier il y a au CHU, un centre d'obésité de l'enfant qui est disponible où ils font des bilans complets souvent en hospitalisation de jour* »

Médecin 7 : « *je crois qu'ils sont hospitalisés une ou deux semaines, et c'est pas mal ça permet de refaire le point, et les parents ont vraiment une référence et ils peuvent y aller aussi, donc je trouve que c'est plutôt pas mal* »

« *ils font quand même des espèces de stages entre guillemets, je ne sais plus trop comment ils appellent ça, mais où l'enfant il reste pendant deux semaines, où on lui apprend les bases, donc je trouve ça plutôt pas mal* »,

D'autres médecins se retrouvent sans réseaux de support pour le suivi de ces enfants.

Médecin 10 : « *pour les enfants non, c'est vrai que même une diététicienne qui ferait de la pédiatrie là en tout cas, faudrait que je me renseigne, je sais pas. On tâtonne un peu, j'ai pas de réseaux sur l'obésité* »

- **Vers des médecins psychiatres dans le cadre de trouble des conduites alimentaires**

Médecin 3 « *sinon des fois ça dépend parce que souvent ce sont des troubles des conduites alimentaires donc ça va plutôt avec le MPEA*, centre de suivi psychiatrique, c'est multidisciplinaire* »

*médecine psychologique pour enfant et adolescent

- **Dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire**

Médecin 8 : « *par le biais de l'infirmière Asalée ils ont mis un dispositif pour la prise en charge de l'obésité de l'enfant. En fait c'est sur le dépistage, elle les reçoit sur un premier rendez-vous puis après il y a une diét, enfin elle les adresse à une diét ou une psycho si nécessaire, mais elle en générale elle fait le point avec eux sur l'alimentation, les sensations, les émotions. Enfin c'est une prise en charge assez globale. Elle les prend en consultation seul puis avec les parents pendant une heure puis elle les revoit si ils le souhaitent* »

Médecin 9 : « *enfin à la CPTS ils ont un programme si je puis dire. (..), avec la mission Retrouve ton Cap,(..) Du coup il y a une diététicienne qui est spécialisée là dedans et tout ça. Retrouve ton Cap pour le coup c'est national, et en fait ils ont un parcours d'éducation thérapeutique avec diététicienne, psychologue et en relation avec nous médecin traitant. J'ai pas encore eu l'occasion depuis d'envoyer quelqu'un. »*

- **Orientation différente selon le stade d'obésité**

Médecin 4 : « *Et puis si je vois que ça évolue pas dans le bon sens, tout dépend du stade d'obésité, mais vraiment les très gros je les envoie à l'institut Saint Pierre en consultation d'obésité. »*

Médecin 5 : « *puis après voilà si ils sont vraiment obèses et malgré le fait qu'ils fassent tout comme il faut, là j'adresse à l'institut Saint Pierre, ou CHU de Montpellier en pédiatrie »*

Médecin 6 : « *(..) j'ai pas eu vraiment de cas d'obésité très très importantes ou alors de patient qui arrivaient pas à rentrer dans les courbes. Mais je sais que si j'ai besoin, je sais qu'à Montpellier il y au CHU, un centre d'obésité de l'enfant Je sais que ça existe, mais j'ai pas encore eu besoin d'adresser des enfants pour l'instant. »*

- **Autonomisation du patient dans sa propre prise en charge**

Médecin 2 : « *enfin je leur donne les coordonnées des centres spécialisés et des médecins qui ont l'habitude de gérer ça. Et je leur dis que ça serait bien qu'ils rentrent en contact avec pour voir ce qu'on pourrait leur proposer comme prise en charge »*

j- Le ressenti des médecins généralistes sur leurs prises en charge

Nous avons demandé aux praticiens quelles étaient leurs sentiments vis à vis de leur prise en charge de ces enfants en situations de surpoids ou d'obésité, afin de pouvoir améliorer leurs pratiques.

- **Consultation chronophage**

Médecin 5 : *« ça dépend du temps que j'ai »*

Médecin 9 : *« c'est très compliqué pour moi, enfin moi j'ai du mal, ou pas le temps ou pas la patience je ne sais pas, mais de vraiment mettre les choses en place avec eux »*

- **Report de consultation pour ce motif**

Certains médecins nous ont dit reporter la discussion du poids lorsqu'il s'agissait d'un premier contact du fait de la complexité de l'annonce.

Médecin 8 : *« j'ai deux autres enfants en tête où j'aimerais aborder le sujet parce que j'attendais ... parce que c'était la première fois que je les rencontrais et pour moi c'était pas facile et puis je sais que je vais les revoir. C'est pas facile en premier contact d'aborder le sujet »*

- **La notion de « cercle vicieux » dans l'obésité infantile**

Médecin 7 : *« L'enfant il mange de plus en plus, et donc du coup il grossit de plus en plus, donc il a de plus en plus de mal à se mouvoir, donc du coup il sort plus, donc du coup il reste devant la télé. Donc c'est vraiment un cercle vicieux, c'est le serpent qui se mord la queue »*

- **Plus de difficultés en cas d'obésité familiale**

Médecin 9 : *« j'ai remarqué que j'y arrive à peu près quand il n'y a pas d'obésité familiale. Je pense que les vrais obèses j'y arrive pas enfin, les vrais obèses et pas surpoids, ils ont souvent une obésité familiale dans mes patients, donc en fait c'est compliqué c'est des parents qui mangent pas avec leurs enfants... »*

Médecin 10 : *« 90% des enfants que j'ai vu obèses sont dans des familles d'obèses, avec une obésité familiale »*

- **La complexité de la prise en charge du fait de l'âge des patients**

Comme nous avons vu, en majorité les enfants obèses ou en surpoids sont souvent des adolescents ou pré-adolescents. C'est une période de vie, une transition entre le stade enfant et le stade adulte, qui est complexe, ce qui rajoute de la difficulté dans la prise en charge

Médecin 7 : *« Ça reste des ado en général dans toutes leurs splendeur, il a rien envie de faire, il veut maigrir mais pour autant il veut pas se bouger quoi, donc du coup faut souvent des compromis. »*

- **Plus facile de prendre en charge le surpoids et l'obésité chez les adultes**

Médecin 10 : *« peut-être qu'on sait mieux vers qui les orienter ou faire des bilans, parce qu'on voit plus les impacts et du coup on bilante plus souvent et on adresse plus facilement chez le spécialiste ou dans des réseaux quoi. Alors que chez l'enfant j'ai moins ça, à part l'institut saint Pierre qui revient, même l'adressage n'est pas le plus simple, c'est pas le plus courant quoi »*

- **Plus la prise en charge est précoce, plus les résultats sont probants**

Certains médecins évoquent des meilleurs résultats si la situation est prise précocement, à un stade de surpoids et non d'obésité.

Médecin 7 : « *c'est beaucoup plus facile, bien évidemment.(...) Quand ils sont en surpoids juste en les faisant bouger un peu plus on y arrive beaucoup plus facilement quoi. Alors que quand ils sont en obésité on a vraiment beaucoup plus de mal, enfin moi je trouve que j'ai vraiment plus de mal à les faire bouger, c'est vraiment le facteur limitant. Le facteur activité physique qui reste très compliqué chez les enfants obèses. »*

Médecin 7 : « *j'en ai jamais ramené un qui était en obésité, voilà j'en ai ramené en surpoids »*

- **Résultats de leur prise en charge**

L'évaluation de leurs prises en charge est mitigée avec des résultats variables mais encourageants.

Médecin 6 : « *j'ai eu deux patientes de dix-sept ans elles n'y arrivaient pas, elles faisaient vraiment l'activité physique régulière et importante elles faisaient attention au niveau alimentaire et pourtant elles étaient toujours en surpoids »*

Médecin 7 : « *alors plus qu'une perte de poids efficace on arrive à les faire manger mieux (...) les faire manger plus varié on va dire, (...) en général on arrive toujours à introduire des fruits et des légumes »*

Médecin 8 : « *alors sur ceux que j'ai vu il y en a deux qui sont stabilisés »*

Médecin 10 : *«(..) il y en a qui ont compris le fait d'aller à l'école en marchant plutôt qu'en voiture, il y a des parents qui s'y sont mis avec.. (..) ils ne faisaient qu'une heure de sport par semaine donc ils ont essayé de prendre une association en plus pour faire du sport avec eux, des parents qui se sont mis à la piscine avec des enfants donc du coup ben c'est revenu à peu près sur la courbe quoi. Ils n'ont pas continué à prendre au niveau du poids, ils se sont équilibrés. »*

- **De plus en plus de consultations pour ce motif**

Nous avons demandé aux médecins d'estimer la proportion d'enfants obèses ou en surpoids, parmi leur patientèle d'enfants, avec des réponses très variables.

Médecin 1, 3 *« 15% »*

Médecin 4 *« moins de 10% »*

Médecin 6 *« même pas 5% »*

Médecin 2 : *« (..) moi ça fait dix ans que je suis remplaçante et ça augmente progressivement. »*

Médecin 7 : *« (..) je travaille aux urgences en clinique et on fait du tout venant (...) là oui clairement on se rend compte que l'obésité chez les enfants c'est vraiment quelque chose qui explose. J'ai quand même dix ans d'urgence derrière moi, alors certes j'étais en région parisienne, donc peut être aussi que c'était un peu biaisé, mais j'ai l'impression que je vois de plus en plus d'enfants au moins en surpoids voire obèses. (...) les motifs de consultations pour ça en nutrition, j'en ai de plus en plus. »*

Médecin 9 : *« trop (rire), je dirais quand même trois sur dix, surpoids et obésité je dirais quatre sur dix. »*

Médecin 10 : *« en tout cas au cabinet où je suis on voit pas mal d'enfants en semi-rural là je dirais que peut être 10% c'est pas énorme. Je trouve ça pas énorme en tout cas comparé peut être à d'autres endroits, je dirais pas 20, ça me paraît*

énorme. »

Selon la durée d'installation, il est parfois plus difficile de donner un ordre d'idée

Médecin 8 : *« très difficile de te dire parce que j'ai pas encore une patientèle très fixe »*

- **Les médecins généralistes en premier contact**

Médecin 10 : *« et puis il y a de moins en moins de pédiatre quand même de ville, donc on suit quand même beaucoup les enfants et quand ils sont en bonne santé ils voient que nous donc .. »*

- **Une maladie stigmatisante**

Médecin 4 : *« parce que c'est très stigmatisant, ça peut être très traumatisant »*

Médecin 9 : *« Et puis c'est encore hyper stigmatisant en fait, je trouve que c'est compliqué »*

- **L'alliance thérapeutique comme support essentiellement**

Médecin 10 : *« Je pense que j'avais plus de mal au début de mes remplacements à la fin de mon internat mais plus je les connais, je vois les enfants grandir, c'est plus simple je trouve avec la proximité »*

3- Analyse des résultats : Les difficultés des médecins généralistes

Parmi les difficultés rencontrées par les médecins généralistes au cours de la prise en charge des enfants en situations d'obésité ou de surpoids, on en retrouve presque à chaque étape, de la formation médicale initiale à la mise en place de thérapeutique.

a- La formation

Les médecins généralistes dans la majorité, disent ne pas avoir une formation solide sur la prise en charge de ces enfants-et-adolescents.

- **Formation initiale**

Médecin 1 : *« (...) en fait tout dépend du stage et des praticiens avec qui on a pratiqué. Parce que clairement, si je n'avais pas été avec certains médecins, c'est clair que ça n'aurait pas été non plus très abordé quoi ...la question »*
« niveau plutôt formation pratique, moi j'ai eu la chance de tomber avec les bons médecins, mais sinon formation plutôt fac, pour le coup il y a pratiquement rien »

Médecin 2 : *« vraiment très peu sensibilisée à l'obésité infantile, ça a été rapide »*

Médecin 3 : *« ça fait quand même un moment que j'ai fini mes études, disons que à mon époque il y avait peu d'information à ce sujet »*

Médecin 4 : *« Mon stage de pédiatrie je l'ai fait aux urgences pédiatriques et la deuxième partie en pédiatrie infectieuse et générale donc en fait si ils venaient et qu'ils étaient gros, de toute façon ils venaient pour autre chose donc ce n'était pas du tout le motif de consultation. Et je n'ai pas été en stage chez des médecins généralistes qui étaient sensibilisés à ça. »*

Médecin 6 : *« ben un petit peu en pédiatrie, aux urgences pédiatriques, on avait*

eu quelques cours qui étaient justement en lien avec l'obésité de l'enfant, euh et sinon c'est tout parce qu'au cabinet non et après en médecine adulte ben forcément non »

Médecin 8 : *« honnêtement pas directement. Parce qu'on n'a pas eu de formation dans le cursus classique et puis on a un cours au cours de l'ECN qui en parle mais ça reste très succinct je trouve et au cours des stages j'en ai pas le souvenirs en tout cas, ça ne m'a pas marqué »*

Médecin 9 : *« alors moi à l'époque parce que je suis vieille maintenant mais il y avait rien. (..) c'était pas du tout mis en avant et aujourd'hui j'en sais rien »*

Des ressentis mitigés, une formation présente mais pas toujours complète.

Médecin 10 : *« je pense à moitié, je pense qu'on pourrait remettre une couche (rire) »*

D'autres médecins évoquent la présence de cours de sensibilisation à l'obésité infantile (Médecin 5, 6,10)

Médecin 6 : *« Oui si on avait eu un cours à la fac sur ça quand on était internes »*

Médecin 10 : *« sensibilisé au travers des cours qu'on avait eu avec la fac pour sûr et après au travers des stages de pédiatrie pendant l'internat »*

- **Formation complémentaire**

Au niveau des formations continues, un des participant souligne l'absence d'information sur ce sujet.

Médecin 3 : *« non je n'ai pas eu de formation sur l'obésité, j'ai pas connaissance de formation sur l'obésité infantile particulièrement là actuellement, en tout cas je n'ai pas été démarché dessus et j'ai pas vu passer ça dans les programmes, c'est plutôt l'obésité en générale. Je suppose que ça doit être inclus dedans mais non*

j'ai pas fait »

La quête d'information sur le sujet dépendant de chaque praticien.

Médecin 9 : *« je ne sais plus depuis quand il y a eu le PNNS* obésité mais voilà c'est quelque chose qui se développe mais qui peut être vraiment arrêté, enfin arrêté, oublié dans le suivi.. si on ne s'y intéresse pas. (...) je dirais qu'on est toujours insuffisamment formé mais après c'est aussi dépendant de l'intérêt ou de la motivation de chaque praticien »*

*Plan National Nutrition Santé

Au cours de certains DU (Diplôme universitaire) formations complémentaires.. , certains médecins mentionnent la présence de cours sur le sujet de l'obésité infantile. (Médecins 4,5,7,8)

Médecin 5 : *« mais oui globalement si on cherche des supports il y en a quand même. Je trouve pas qu'il y ait un défaut particulier d'enseignement franchement »*

Médecin 8 : *« juste j'ai fait un DU prise en charge de l'enfant en médecine générale il y avait un intervenant qui en parlait »*

- **Le désir de formation**

Médecin 4 : *« Je me suis sensibilisée moi parce que c'est quelque chose qui m'intéressait mais c'était actif de ma part »*

Médecin 8 : *« Pour tout t'avouer je m'y intéresse parce qu'on fait un rééquilibrage avec mon conjoint mais sinon, je trouve qu'on n'est pas tellement formés »*

b- Des difficultés dans la relation médecin-patient-famille

Une grande proportion des praticiens interrogés ont évoqué des difficultés dans la relation médecin-famille, en particulier par la présence d'une tierce identité « les parents ». En effet, il ne s'agit pas d'une consultation en dualité mais d'un trio.

- **La famille comme soutien**

Médecin 6 : *« c'est bien que les parents soient intégrés là dedans »*

Médecin 8 : *« et en impliquant beaucoup les parents en fait »*

- **La famille comme frein**

Médecin 7 : *« c'est principalement parce que les parents ne comprennent pas les notions que j'essaie de leur apporter »*

« Donc voilà on gère et les enfants et les parents pour le coup »

- **Le déni des familles**

Médecin 7 : *« Mais souvent c'est les parents qui sont dans un déni, je trouve que les enfants sont assez enracinés dans la réalité par rapport à ça. Ils le disent eux-mêmes qu'ils sont forts ou voilà. Et les parents souvent ils disent « oh mais il est costaud, moi aussi j'étais costaud à son âge » enfin il y a toujours une excuse entre guillemets »*

Médecin 8 : *« il y a vraiment un déni par rapport à ça ou « je ne comprends pas pourquoi » alors que quand tu interrogues ben finalement tu retrouves plein d'erreurs diététiques ou autres, ou des grandes sédentarités donc déjà il y a ce premier pas à passer qui est pas toujours facile à faire quand je suis au cabinet. »*
« deux autres où on a abordé le sujet mais ils ne veulent pas en entendre parler »

Médecin 10 : *« je suis pas sûr que des fois qu'ils réalisent les conséquences que ça peut avoir »*

- **Des conflits**

Médecin 4 : « *ça peut braquer les parents ou l'enfant ça dépend de l'âge de l'enfant* »

Médecin 8 : « *Autant si, enfin, nous on aborde le sujet, les parents se braquent directement, «je ne suis pas venus pour ça .. », c'est difficile* »

Pour Médecin 10, les difficultés ont été plus présentes chez les adultes.

Médecin 10 : « *J'ai plus des adultes qui se braquent sur le sujet pour eux même. Mais pour des enfants non (.) ils se braquent pas ils entendent* »

- **L'enfant**

Au cours de nos interrogatoires, il est dit que les enfants étaient plus réalistes sur leur poids, et parfois évoquaient eux même cette problématique.

Médecin 7 : « *ils le disent eux-mêmes qu'ils sont forts ou voilà* »

Médecin 8 : « *Autant parfois j'ai eu des demandes spontanées d'enfants « ben lui il s'est moqué de moi etc » donc c'est plus facile de le faire accepter* »

Médecin 10 : « *ça dépend de l'âge mais des fois à l'école ils ont eu des moqueries et du coup (..) les enfants en parlent quoi* »

Cependant cela n'est pas toujours le cas.

Médecin 8 : « *pas toujours, pour moi il n'y a pas de généralités, ça dépend de leur ressenti, comment.. , si ils ont des moqueries, non vraiment, il n'y a pas de règle.* »

c- Des difficultés dans la prise en charge

- **Des difficultés pour avoir des définitions claires de l'obésité**

Médecin 5 : « *si vraiment c'est extrême, je n'ai pas vraiment de définition à donner* »

- **Par rapport à l'adulte, une prise en charge plus complexe**

La prise en charge de l'obésité infantile est plus complexe par rapport à l'adulte selon certains des médecins généralistes de notre étude, du fait notamment, qu'ils n'ont pas fini leur croissance.

Médecin 7 : « *On ne peut pas raisonner comme chez les adultes avec l'IMC, parce que ça souvent je trouve que les parents ont du mal à le comprendre. Pour eux, voilà il y a un poids, l'IMC est applicable à tout le monde et soit on est au-dessus soit on est en dessous quoi donc voilà* »

Médecin 7 : « *parce que aussi c'est progressif, parce que aussi ils sont en pleine croissance, parce que il y a pleins de paramètres qui sont difficilement modulables chez l'enfant, un peu plus chez l'adulte* »

- **Par rapports aux conseils nutritionnels**

Médecin 10 : « *je leur dis pas c'est tant de protéines, tant de féculents .. enfin ça je saurais pas ou changer l'ordre des repas ..* »

- **Par rapport aux examens complémentaires**

Concernant le bilan sanguin, ou les autres investigations que les médecins généralistes peuvent entreprendre, certains soulignent un manque de connaissance.

Médecin 5 : « *l'obésité c'est un sujet un petit peu compliqué. Parce que c'est toujours pareil on se dit est-ce qu'on va aller chercher des trucs rarissimes qui sont jamais là alors que l'obésité c'est ultra fréquent à côté. C'est compliqué dans sa pratique de fixer sa limite de quand est-ce que tu vas vraiment chercher quelque chose de secondaire ou alors tu te dis c'est juste qu'il est gros* »

Médecin 6 : « *(..) je ne saurais pas trop quelles sont les spécificités justement des bilans chez l'enfant par rapport à l'adulte, donc j'avoue que je ne suis pas trop trop formé sur ça* »

Médecin 9 : « *(..) enfin je ne sais pas forcément faire plus, enfin je ne saurais pas l'interpréter plus, je ne fais pas plus, j'envoie au spécialiste si il y a plus à faire. (...) Comme je ne maîtrise pas bien, le plus compliqué, j'aime pas prescrire des examens sauf si le spécialiste me le demande sans savoir l'analyser complètement.* »

- **Difficultés dans l'adressage**

Médecin 6 : « *Mais c'est vrai que j'ai pas eu de patient qui sont venus direct avec une obésité déjà très importante, alors là oui en effet j'aurais pu être un peu limité. La pour l'instant ce n'est pas arrivé* »

Médecin 10 : « *chez l'enfant j'ai moins ça, à part l'institut saint Pierre qui revient, même l'adressage n'est pas le plus simple, c'est pas le plus courant quoi* »

- **Manque de place, délais et complexité des centres spécialisés**

Médecin 1 : « *si vraiment j'ai pas de place là bas parce que c'est vrai que les délais d'attente sont assez longs.* »

Médecin 9 : « *Palavas c'est long, l'institut saint pierre c'est long et puis ils*

demandent de remplir un dossier nous et les parents, ce que je comprends mais du coup c'est vrai que des fois quand la famille est pas hyper participative ou motivée, c'est un frein »

- **Des difficultés en lien avec les parents de l'enfant**

Médecin 7 : *« Mais c'est vrai que mine de rien l'obésité des enfants ça concerne beaucoup les parents parce que ce n'est pas l'enfant qui fait à manger, c'est les parents donc quand il y a pas d'obésité pathologique c'est-à-dire quand il y a pas une pathologie sous-jacente, c'est vrai que c'est le problème de l'enfant mais c'est souvent ben la faute des parents entre guillemets. Parce que c'est eux qui constituent les repas, c'est eux qui décident d'acheter des bonbons ou pas, qui décident d'acheter des gâteaux ou pas »*

Médecin 7 : *« Parfois même quand ils ont envie de perdre du poids pour se sentir mieux, ben si maman elle fait des frites, elle fait des frites et puis il y a aussi la composante maman elle veut faire plaisir à l'enfant alors qu'elle sait et que je lui avais dit, ben non on va privilégier les fruits et les légumes »*

- **Selon le niveau socio-économique**

Médecin 5 : *« et globalement c'est des bourgeois donc ils sont moins gros »*

Médecin 8 : *« Donc là on y travaille, mais pareil c'est point par point, petit à petit. Parce qu'ils n'ont pas de voiture, parce qu'il y a plein de choses qui limitent ça. »*

- **Barrière de la langue**

Médecin 7 : *« (...) souvent j'ai remarqué on est limité par les parents qui ne comprennent pas le français. C'est difficile de leur expliquer quoi cuisiner, comment cuisiner, euh que tel aliment est un fruit, que tel aliment est un légume parce que déjà il y a une barrière de langue assez importante. Donc en général on*

passe par l'enfant mais c'est assez compliqué quoi. »

- **La culture**

Médecin 7 : *« il y a toute une composante culturelle, il y a le sport aussi qui rentre en compte, et en générale c'est des enfants qui ben en dehors de l'école ne font pas grand-chose, n'ont aucune activité, restent sur le canapé, ça c'est les parents souvent ils nous disent « ah non mais moi j'ai pas le temps » »*

Médecin 7 : *« Parfois même quand ils ont envie de perdre du poids pour se sentir mieux, ben si maman elle fait des frites, elle fait des frites et puis il y a aussi la composante maman elle veut faire plaisir à l'enfant alors qu'elle sait et que je lui avais dis, ben non on va privilégier les fruits et les légumes »*

d- Des difficultés dans l'annonce du diagnostic

Pour certains participants, ils se sentent à l'aise à annoncer le diagnostic de surpoids ou obésité à l'enfant et sa famille.

Médecin 1 : *« non non je suis plutôt à l'aise »*

Médecin 3 : *« ça ne me paraît pas difficile d'aborder le sujet »*

Médecin 5 : *« globalement c'est quelque chose que j'hésite pas trop à aborder »*

Médecin 6 : *« Donc voilà moi ça ne me pose pas de problème je suis plutôt à l'aise avec le fait de leur en parler, à la fois devant eux et devant leurs parents (...). Non ça ne me pose pas vraiment de difficultés »*

Médecin 7 : *« alors les gens viennent me voir pour ça, donc il faut que je sois à l'aise. Eux ils cherchent des solutions donc bien évidemment qu'il faut qu'on en parle. »*

Pour d'autres médecins, l'annonce du diagnostic n'est pas quelque chose où ils se

sentent à l'aise.

Médecin 8 : « *ben non justement ça c'est quelque chose où j'aimerais être formé. J'ai l'impression parfois de ne pas avoir les bons mots, ou de pas utiliser les bonnes images. (..) Enfin je me forme sur le tas quoi (rire) »*

D'autres médecins montrent la difficulté, et l'impact de dire le mot « obésité »

Médecin 4 : « *je ne dis pas le mot obésité en générale, en tout cas pas à la première fois, pas obésité parce que c'est très stigmatisant, ça peut être très traumatisant, et ça peut braquer les parents ou l'enfant et ça dépend de l'âge de l'enfant. »*

Médecin 5 : « *surpoids oui, obésité je le dis pas tant qu'ils ne sont pas grands »*

Il a été évoqué aussi plus de difficulté en lien avec la relation qu'il existe entre le médecin et la famille.

Médecin 9 : « *devant l'enfant ça va, c'est pas l'enfant qui me bloque c'est souvent les parents. Donc tout dépend de la relation, (..) ça va dépendre de la relation que j'ai avec les parents. Et si j'ai besoin de faire de l'alliance thérapeutique, ou que je ne sais pas trop comment les prendre, je les vois un peu plus souvent pour tisser un lien »*

Une annonce en plusieurs temps.

Médecin 8 : « *Quand c'est des enfants assez grands j'aime bien les prendre à part, c'est à dire que je vois d'abord l'enfant et le parent et puis après je fais sortir le parent, et je vais voir l'enfant tout seul, pour voir aussi son rapport à la nourriture parce que souvent c'est vrai que c'est papa ou maman qui racontent et en fait quand on parle à l'enfant c'est pas tout à fait ça quoi »*

L'importance du médecin traitant dans l'annonce du diagnostic a également été mentionné.

Médecin 10 : « *je pense que c'est de plus en plus facile quand tu connais la famille et les enfants, d'où l'importance du médecin traitant, quand tu connais justement la famille et les enfants qui te connaissent quoi, que à la première consultation ou*

quand tu les croises dans un autre milieu en garde par exemple. »

Les parents peuvent également aider le médecin dans l'annonce.

Médecin 10 : *« c'est plus simple (..) quand les parents disent « oui on sait qu'il est en surpoids » et qu'ils lancent le sujet parce que des fois c'est un peu délicat »*

Car à l'inverse, lorsque les familles ne l'évoquent pas cela reste plus délicat pour le médecin.

Médecin 10 : *« Mais si ils en parlent jamais à la maison, si ils ne parlent pas de leur surpoids, de leur obésité c'est un peu plus délicat je trouve à amener quoi. »*

e- Propositions des médecins généralistes vers des ouvertures

Nécessité d'intégrer plus des cours sur l'obésité infantile au cours des études.

Médecin 2 : *« Donc ça serait bien d'intégrer un peu plus dans le cursus »*

Médecin 10 : *« je pense qu'on pourrait remettre une couche »*

La volonté de recommandations plus claires pour aider dans la prise en charge, presque la volonté d'un arbre décisionnel.

Médecin 6 : *« on avait eu un cours mais ça avait été un petit peu bref et on n'avait pas eu comme pour certains autres cours des recommandations très strictes sur vers qui adresser ? À partir de quand ? Qu'est-ce qu'on peut faire en amont ? »*

Simplifier les cours d'obésité infantile à ce qui est le plus courant

Médecin 8 : *« Je trouve qu'on est formés sur des pathologies plus métaboliques qu'il faut rechercher mais finalement c'est pas les pathologies que l'on voit au quotidien. Enfin pour l'instant ça ne m'est pas arrivé de faire le diagnostic génétique ou quoi que ce soit, c'est vraiment plutôt l'hygiène de vie sur lequel on est confrontés au quotidien. On a plus été formés sur du moins fréquent en fait. »*

Améliorer nos connaissances en terme de nutrition afin d'aider les familles.

Médecin 8 : *« mais au final j'ai pas le souvenir d'avoir tellement fait tant de nutrition ou que ça au cours de mon cursus, de façon globale même pour l'adulte. On connaît les grandes lignes, pas trop sucré, pas trop gras, pas trop machin mais quoi ?, combien ?... »*

Être mieux formé à l'annonce du diagnostic

Médecin 8 *« c'est quelque chose où j'aimerais être formé. (..) Je me dis que, justement j'en parlais avec mes collègues que j'aimerais, enfin je voulais en discuter avec eux, savoir comment eux ils abordaient le sujet. »*

Avoir un réseau, une orientation des patients plus accessible

Médecin 10 *« c'est vrai qu'on devrait être un peu plus alerte, ou savoir un peu plus mais c'est toujours pareil, le réseau, savoir ou les orienter plus facilement. »*
« comme beaucoup de choses mais si tu avais je sais pas, mais une filière à l'hôpital où tu sais que, il y a un hôpital de jour pour être bilanté et puis après obésité grave il resterait à l'hôpital, obésité moins grave il serait orienté ailleurs enfin c'est vrai qu'on trouverait peut être plus facilement. »

Une équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge

Médecin 5 : *« c'est difficile, c'est dur à prendre en charge c'est sûr, mais je ne pense pas que ça vienne d'un manque de formation médical. C'est un exercice différent, c'est un entretien motivationnel, c'est du poly professionnel. Ça on ne pourra jamais le faire tout seul »*

DISCUSSION

1- Discussion autour la méthodologie

a- Les forces

- **Population**

L'échantillon final de l'étude contient 10 médecins. L'objectif n'étant pas d'obtenir des résultats statistiquement significatifs mais une saturation des données pour pouvoir extrapoler à la population cible générale. De ce fait, ce nombre nous a semblé suffisant.

La sélection des participants a été faite de manière à favoriser la diversité des médecins généralistes en termes d'âge, de sexe, de lieu d'exercice et de formation complémentaire en pédiatrie ou nutrition ce qui a permis d'établir des réflexions variées sur les problématiques abordées.

De plus l'échantillon analysé comportait à la fois des médecins généralistes installés et remplaçants, permettant d'accroître les expériences et les vécus pour notre étude.

Tous les participants ont été représentés dans les résultats de manière quasiment égale. Aucun participant n'a abandonné l'étude avant la fin.

- **Les entretiens**

Les entretiens ont été réalisés à la date et heure souhaités par les médecins interrogés, afin de favoriser leur bon déroulement et d'éviter au maximum les interruptions. En effet, n'étant plus dans la région héraultaise, les entretiens se sont déroulés par entretiens téléphoniques.

Le mode des entretiens semi-dirigés a été choisi afin d'orienter le praticien sur certains thèmes, tout en laissant libre cours à sa réflexion sur le sujet, en limitant autant que possible le coté directif de l'interrogatoire. Le caractère individuel et l'anonymisation des entrevues a probablement permis une plus grande liberté de parole, en comparaison à un focus group où il aurait semblé difficile d'aborder certaines situations personnelles décrites.

L'enregistrement audio a servi à la retranscription précise.

Le guide d'entretien réalisé et sur lequel nous nous sommes appuyés lors de chaque discussion a permis d'aborder tous les sujets souhaités avec chacun des participants sans oublier d'éléments, mais tout en leur permettant une liberté de parole. Celui-ci a été amélioré au fur et à mesure des entretiens afin d'être au plus proche des notions évoquées par les participants.

- **Validité de l'étude**

La méthodologie qualitative est une méthode qui a pour but de découvrir, d'explorer et de comprendre un comportement. Par son approche compréhensive, cette méthode permet de mettre en relation l'expérience réelle du patient et la science.

Le but de notre travail, n'était pas de chiffrer avec des statistiques, mais plutôt de faire émerger des théories, permettant d'expliquer un phénomène.

La crédibilité dans cette étude a été vérifiée par la saturation des données de l'étude, obtenue lorsqu'un nouvel entretien n'apporte plus de données par rapport aux autres entretiens.

- **Intérêt suscité par le sujet**

L'ensemble des médecins interrogés ont été intéressés par le sujet de l'enquête. Par ailleurs, certains médecins m'ont également communiqué des confrères afin de participer à cette étude. Il s'agit d'un sujet qui concerne tous les médecins généralistes, avec des demandes de plus en plus nombreuses.

b- Les limites

L'utilisation de la méthode qualitative nécessite une qualification et un apprentissage de la méthode avant de s'y engager. Même si nous nous sommes informés sur le sujet à partir de références il n'empêche que nous étions novices dans ce domaine. Ceci a pu de ce fait générer des biais et ainsi des résultats plus ou moins faussés.

- **Limites concernant l'échantillon**

L'échantillon de dix participants que nous avons choisi ne permet pas une généralisation des résultats obtenus. Ceci était attendu de par le choix de la méthode. Le but n'étant pas d'extraire des vérités et d'extrapoler les données à une population générale.

On peut mentionner deux biais :

- Biais d'échantillonnage par un échantillon de convenance

C'est-à-dire que le recrutement d'une partie des médecins s'est fait en interrogeant directement des médecins rencontrés lors de mon internat.

- Biais de sélection

Il s'agit d'un biais méthodologique qui consiste en la sélection de personnes non représentatives des caractéristiques de la population générale que l'on veut étudier, ici les médecins généralistes de l'Hérault. En effet la moyenne d'âge était de 36 ans ce qui n'était pas représentatif de la population générale. Selon une étude de 2022, l'âge moyen des médecins inscrits en France métropolitaine est de 57,6 ans. (40)

De plus, certains médecins qui n'ont pas souhaité répondre à notre étude représentaient également un biais de sélection.

- **Limites dans le déroulement des entretiens**

Certains médecins qui nous connaissaient mieux que d'autres, pouvaient se sentir plus à l'aise pour se confier. Même s'il est important de souligner que, nous avons tenté d'instaurer un climat de confiance et d'aisance auprès de tous les participants, de les mettre le plus à l'aise, de ne pas les juger, et de leur laisser le temps de parole nécessaire pour chaque réponse.

De plus, il faut mentionner le biais d'interprétation lié au choix par entretiens semi-dirigés, qui sont basés sur un dialogue principalement verbal, ce qui ne permet pas d'être totalement objectif. En effet la retranscription est écrite et, même si elle se voulait la plus fidèle possible, l'entretien verbal ne peut pas être strictement identique à un entretien écrit.

- **Limites dans la saturation des données**

Comme le veut la méthode qualitative, il n'a pas été établi de nombre de sujets nécessaire au préalable de cette enquête. Le critère de saturation a été arbitrairement choisi par l'investigatrice quand il lui a semblé qu'à l'issue de deux entretiens consécutifs il n'y avait plus de nouveaux codes créés. Néanmoins, il est permis de penser que l'interrogatoire d'autres médecins auraient pu permettre de créer d'autres notions inexplorées jusqu'alors.

- **Limites dans la vérification**

Pour une question pratique, les entretiens une fois retranscrits, n'ont pas été corrigés ni même restitués aux médecins interrogés. Cela aurait pu apporter une plus-value en précisant certains termes, en rectifiant des dires ou encore en rajoutant des propos a posteriori après réflexion.

- **Limites de l'étude liées à l'analyse des données**

Même si les entretiens ont été retravaillés à plusieurs reprises afin d'en comprendre bien les subtilités, il n'empêche que l'analyse peut rester subjective et difficile à établir. Elle dépend donc de l'enquêteur, et est fonction de sa personnalité, de ses opinions ou bien de sa sensibilité. L'analyse aurait pu aboutir à une conclusion différente avec un autre enquêteur.

2- Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

a- Une sensibilité à la problématique d'obésité infantile unanime

Les participants de cette étude ont tous signalés leur sensibilité à l'obésité infantile, et leur implication dans le dépistage de cette obésité.

Cette sensibilité a été parfois apportée au travers du cursus médical, cours de faculté ou stages pratiques, mais également par une implication personnelle du médecin.

Un des participant a mis en avant le rôle primordial du médecin traitant dans ce dépistage-là.

b- Définition ambivalente de l'obésité infantile et diagnostic peu clair

Dans notre étude, de nombreux médecins parlent d'IMC lorsqu'on leur demande de définir l'obésité de l'enfant. Pourtant, plusieurs déclarent remplir uniquement les courbes de poids et de taille. De plus, aucun n'a évoqué l'IOTF qui sont la référence après l'âge de deux ans.

Les seuils définissant le surpoids et l'obésité chez l'enfant n'ont pas été abordés par les interrogés.

Les médecins de notre étude ont signalé réaliser le suivi de façon systématique.

Cependant, d'après une étude il est retrouvé un dépistage insuffisant de l'obésité infantile par les médecins généralistes, seuls 44% déclaraient dessiner les courbes staturo-pondérales régulièrement. (41)

D'autre part il a été évoqué la recherche du rebond adiposité précoce comme marqueur de surpoids ou obésité mais non comme un signe d'alerte. De même que l'ascension rapide au niveau de la courbe depuis la naissance et le changement de couloir, n'ont été que très peu évoqués.

L'examen clinique se limite aux mesures anthropométriques, poids et taille et un calcul d'IMC pour les médecins de l'étude. Un examen clinique plus approfondi, permettrait d'écarter un diagnostic d'obésité secondaire, et également de rechercher les complications. En effet, cette obésité secondaire constitue un frein pour les médecins généralistes interrogés, de par la peur de passer à côté, de la méconnaître.

Spontanément il n'a pas été évoqué de prise de tension, d'examen du rachis, de la stature, de tour de taille ...

c- Facteurs de risques identifiés par les médecins

Pour l'ensemble des médecins interrogés, une mauvaise alimentation et un manque d'activité physique sont les deux principales sources d'obésité chez les enfants.

Ont été également évoqués le temps passé sur les écrans, le niveau socio-économique défavorisé, la barrière de la langue, le rebond d'adiposité précoce comme étant des facteurs de risque. Cependant, aucun des praticiens n'a parlé des risques majorés en cas de manque de sommeil, ou certains médicaments.

On retrouve également une forte prédisposition à l'obésité chez les enfants lorsque les parents sont eux-mêmes obèses.

Les causes secondaires comme les maladies métaboliques ou génétiques n'ont pas été énoncées par les médecins généralistes. En effet, il s'agit de maladies rares, qui sont en général suivies par des médecins spécialistes.

d- Annonce du diagnostic

Les médecins de l'étude disent dans la majorité être à l'aise avec l'annonce de ce diagnostic d'obésité ou de surpoids. Cependant on relève plusieurs éléments dans l'annonce qui montre que ce n'est pas si évident que cela.

Tout d'abord très peu de médecins utilisent le mot obésité, ils parlent de « poids en trop » voire de « surpoids ». Ils s'appuient sur les courbes comme un support essentiel, comme une béquille pour prouver le diagnostic aux familles et à l'enfant. Ils utilisent lors des entretiens des mots de minimisation "un petit peu", et des intonations d'hésitation "euh" ... d'autres évoquent également la peur de ne pas utiliser les bons mots.

Comme beaucoup de pathologies chroniques comme l'hypertension, le diabète.. l'obésité est un diagnostic difficile à poser lors d'une première consultation. Du fait que c'est une pathologie chronique, elle nécessite un suivi, une prise en charge et cela peut être brutale lors d'une première rencontre, de faire rentrer un enfant et sa famille dans un suivi complexe. D'autant plus que c'est une maladie chronique elle nécessite une alliance avec les patients qui ne peut se faire de premier abord. D'autre part comme signaler par certains praticiens, c'est une maladie qui reste stigmatisante. En effet c'est une maladie visible de l'extérieur par l'entourage...

Les médecins interrogés se sentaient à l'aise à l'annonce du diagnostic, d'autant plus qu'ils connaissaient les enfants et famille, que les familles étaient compliantes à cela.

Selon la thèse de Bodio A. (42), sur le vécu des parents quant à l'annonce de l'obésité ou surpoids chez leur enfants, il a été mis en évidence de nombreuses pistes d'amélioration de cette annonce. Tout d'abord, il a été retrouvé une absence d'annonce diagnostique chez près des deux tiers des enfants en situation de

surcharge pondérale de son étude. Cela peut laisser penser aux parents et aux enfants, que l'enfant n'est pas en excès de poids et retarder la prise en charge. Il peut aussi renforcer le sentiment de culpabilité et de responsabilité des parents et de l'enfant par rapport au surpoids. Le manque d'annonce a été principalement vécu de manière négative par les parents qui se sont sentis seuls face à la corpulence de leur enfant, avec la nécessité de chercher des solutions par eux-mêmes, parfois par méconnaissance des ressources locales de la part des médecins.

Donc il est important pour les familles et l'enfant de le dire avec des mots simples. Il est également important de laisser l'enfant et la famille s'exprimaient librement sur le sujet.

Selon HAS, concernant l'annonce :

- Il est recommandé d'explorer la représentation qu'à l'enfant ou l'adolescent de son corps et de son poids et celle qu'en ont ses parents
- Il est recommandé d'utiliser la courbe d'IMC comme outil pédagogique

e- Prise en charge complexe

L'obésité infantile est un sujet difficile pour les médecins généralistes interrogés. Notre étude retrouve les mêmes problématiques qu'une étude menée en 2014. (43)

On peut donc faire ressortir trois axes de difficultés :

- la relation patient-médecin-famille
- la prise en charge en tant que telle, les conseils hygiéno-diététiques, les examens, l'adressage,...
- la formation insuffisante

- **La relation patient-médecin-famille**

La première difficulté dans la relation de confiance, vient du fait qu'il s'agit d'**un trio, d'une triade**. Il faut ainsi prendre en compte tous les acteurs de cette consultation.

Ces consultations peuvent être de véritables moments de stress pour les médecins généralistes avec des réactions parfois violentes des parents. D'autres études ont rapporté dans le cadre de consultations de pédiatrie, des attitudes des familles qui nécessitent une adaptation du médecin. En effet, certains de ces parents se montrent particulièrement angoissés quant à l'état de santé de leur enfant, téléphonent à de nombreuses reprises, monopolisent les services pédiatriques. D'autres, au contraire, semblent insuffisamment se préoccuper de la santé de leur enfant et se disent avant tout préoccupés, voire débordés par leur propre fatigue.(44)

Afin de permettre **une bonne alliance thérapeutique**, il est important, d'apporter aux parents la place qui leur est nécessaire dans cette consultation. En recherchant les causes de leur agressivité, ou de leur déni, on peut ainsi les aider au mieux pour la suite.

Cette relation est d'autant plus **difficile lorsque les parents sont également obèses** selon les médecins interrogés. Annoncer une obésité chez leur enfant, les met parfois eux même devant leur propre maladie. Les adultes obèses ont très souvent des expériences douloureuses liées à leur surpoids, de part des moqueries subies, des échecs thérapeutiques, des régimes draconiens, des troubles anxio-dépressifs réactionnels (45)... D'autant plus qu'on retrouve cette notion qu'un enfant avec une obésité familiale, sera plus difficile à prendre en charge par le médecin généraliste.

D'autre part il n'a pas été évoqué les difficultés de modification du régime alimentaire encore plus marquées dans les familles monoparentales et dans les familles recomposées.

De plus, l'obésité infantile est définie comme un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques. Les enfants étant sous la responsabilité de leurs parents, ils peuvent ressentir un sentiment d'échec, de honte liés à cette situation. En effet les repas sont préparés par les parents dans la majorité des cas, voire pas préparés mais justement en utilisant des plats industriels, nocifs pour la santé.

Quant à la place de l'activité physique, elle devient de plus en plus restreinte dans nos sociétés avec des parents qui n'ont plus le temps, ou ne prennent pas le temps de bouger avec leurs enfants.

Il est recommandé pour des enfants jusqu'à cinq ans d'être actifs au moins trois heures par jour grâce à des activités physiques et des jeux, et pour les enfants de 6 à 17 ans une heure d'activité physique par jour. (46) D'autre part l'activité ne doit surtout pas se limiter au sport : se déplacer à pied ou à vélo, porter une charge, monter ou descendre les escaliers, être actif à son domicile sont des pratiques l'activité physique, qui ne nécessitent pas de gros aménagements de temps.

Parmi les difficultés dans cette relation on retrouve également la **barrière de la langue**. Certains médecins généralistes de notre étude ont rapporté cette barrière de la langue comme frein majeur. Puisqu'il s'agit parfois de reprendre des notions simples telles que les groupes alimentaires, les saisons, puis d'améliorer par la suite les modes de cuisson, faire connaître la diversification dans les fruits, légumes, céréales, protéines ainsi que leurs consommations cuites, crues, ... on comprend le challenge que cela nécessite.

Le **niveau socio-économique** de la famille est un facteur important. Selon de nombreuses études le niveau socio-économique faible est associé à une proportion plus importante d'enfants obèses. On retrouve que le gradient social influence également sur la persistance de l'obésité entre 6 ans et 15 ans. Ainsi, parmi les enfants qui étaient obèses à 6 ans, 19 % des enfants de cadres le sont encore à 15 ans, contre 44 % des enfants d'ouvriers et de professions intermédiaires, 47 % des enfants d'employés, et 50 % des enfants d'agriculteurs. (47). De plus la prise en charge de l'obésité chez l'enfant peut nécessiter des consultations auprès de diététiciens qui ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale, qui seront donc un frein pour ces familles-là. Le suivi par les différents professionnels, et les consultations régulières peuvent nécessiter un véhicule, qui constitue une limite également.

Les enfants obèses sont en général des **adolescents** voir des pré-adolescents . Cette période de vie est souvent vécue comme un chamboulement important. Cependant il est conseillé par l'HAS, et d'ailleurs certains médecins interrogés appliquaient, une consultation en plusieurs temps , avec les parents puis seul avec

l'enfant.

Les conseils diététiques et l'activité physique ne sont en général pas les priorités de ces adolescents, qui passent de plus en plus de temps devant les écrans et réseaux sociaux, créant une sédentarité dans nos vies actuelles.

Selon le nouveau rapport de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, publié en décembre 2016, les adolescents passeraient près de cinq heures par jour à 11 ans et plus de huit heures par jour à 15 ans devant les écrans. 83 % des jeunes de plus de 16 ans utiliseraient Internet tous les jours contre seulement 23 % 10 ans plus tôt. (48)

- **Complexité dans la prise en charge**

Les médecins traitants interrogés disaient dans un premier temps faire une évaluation des pratiques alimentaires et d'activité physique chez les enfants, afin de partir de ces bases là et d'améliorer ce qui peut être fait. Ces conseils ne sont pas facile à mettre en place, car ils déstructurent ce qui est mis en place par les familles. De plus, on retrouve lors de notre étude, des méconnaissances des médecins généralistes quand à ces améliorations d'hygiène de vie.

En effet, il est important de stimuler à manger plus de fruits et légumes car ils sont à la base d'une alimentation saine. Seuls 40 % des enfants de 0 à 18ans consomment quotidiennement des fruits et légumes frais. (49)

Le contrôle à distance de l'enfant après la mise en place de ces thérapeutiques, n'est pas énoncé clairement par tous les praticiens, ce qui peut laisser les patients dans une errance. Selon le Collège National des Pédiatres Universitaires, le suivi idéal serait de peser et mesurer les enfants au minimum tous les 3 mois jusqu'à l'âge de 2ans puis tous les 6 mois jusqu'à la fin de la croissance et de les noter dans le carnet de santé. (50)

D'autre part, pour la majorité des praticiens, il s'agit de conseils oraux. Or, ces derniers peuvent être entendu puis oubliés, ou déformés, alors qu'un support écrit simple pourrait être d'avantage une référence pour les parents et les enfants.

Concernant l'activité physique, les médecins de l'étude conseillent d'augmenter le temps d'activité physique, mais il n'a pas été proposé la prescription de

programme de réentraînement à l'effort auprès d'un kinésithérapeute libéral, ou dans le cadre d'Activité Physique Adaptée APA, ou en Soins de Suites et Réadaptation SSR.

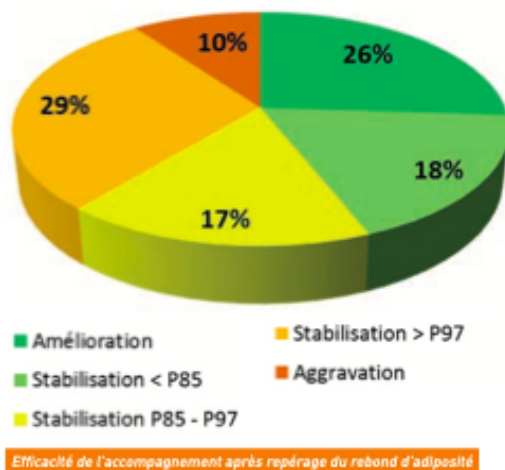
De plus, on retrouve aussi un adressage précoce chez les enfants considérés comme « très obèses » (sans qu'une définition claire soit apportée par les médecins), et lors d'obésité dite familiale.

Ce manque de définition claire, et d'arbre décisionnel paraît également être un frein dans leur prise en charge. La peur de passer à côté d'un diagnostic d'obésité secondaire, d'être plus délétère constitue des freins. Des outils informatiques sont mis en place depuis quelques années pour aider les praticiens comme le PNNS, ou Retrouve ton Cap. On y retrouve des fiches de renseignements, des recommandations, des supports pour les conseils hygiéno-diététiques.

Concernant les examens complémentaires, ils ne sont pas réalisés de manière systématique chez les enfants et adolescents à juste titre. Selon HAS, les bilans sont à réaliser dans le cadre d'indications bien précises.

En terme de terme de résultats de prise en charge, on retrouve une grande variabilité. Le manque d'objectif clair est tout à fait normal pour la prise en charge de ces enfants. Selon l'HAS il est recommandé une perte de poids selon certains critères. En l'absence de ces facteurs de risque, on ne retrouve pas comme objectif principal, la perte de poids, comme expliqué par les médecins c'est souvent leur apporter une meilleure hygiène de vie.

Les résultats de la prise en charge sont d'autant plus importants, quand on met en place des thérapeutiques précocement dès le stade de rebond d'adiposité. Selon une étude de prévention menée par l'Office de la Naissance et de l'Enfance ONE entre 2013 et 2016 auprès de 151 enfants, le repérage du rebond d'adiposité précoce associé à un accompagnement ciblé des familles, a permis de réduire le BMI chez 26% des enfants et de le stabiliser en dessous de la limite du surpoids chez 35% des enfants. (51)



Ainsi, le rôle de prévention et de dépistage du médecin traitant est primordial. Cette action de prévention passe par différents aspects comme représentés par ce schéma.



Ces pistes sont assez simples à mettre en place, et permettent de lutter contre la sédentarité, les mauvaises habitudes alimentaires. Elles nécessitent un entretien motivationnel. Les médecins de l'étude ont évoqué cette notion, elle est au cœur de cette prise en charge.

L'entretien motivationnel est défini par l'HAS comme un outil pour aider le patient à changer ses comportements afin de favoriser l'amélioration de sa santé ou pour réduire le risque d'apparition de pathologies. Il est surtout utilisé en cas de conduites addictives (alcool, tabac, autres substances psychotropes...), d'états de santé ou de pathologies chroniques nécessitant un changement de comportement ou de mode de vie (alimentaire, activité physique, observance de traitement, par exemple), ce qui s'applique parfaitement à l'obésité infantile. (52) Cette variété de résultats s'expliquerait selon une étude, du fait d'une altération de l'activité cérébrale des personnes obèses par rapport aux autres participants et ceux, même avec une perte de poids de 10 %.

« Le fait que ces réponses cérébrales ne soient pas rétablies après une perte de poids pourrait expliquer pourquoi la plupart des personnes reprennent du poids après une perte de poids initiale réussie », ont déclaré les auteurs. (53)

- **La formation**

En majorité les médecins de l'étude déplorent un manque de formation. Ils signalent manquer de recours, et d'éléments plus précis pour une prise en charge. En reprenant les pistes d'amélioration évoquées par les médecins de notre étude, on peut faire ressortir plusieurs doléances.

Concernant la formation initiale et continue, la nécessité de recommandations plus claires, d'informations plus ciblées et non noyées dans une multitude de données qui ne sont pas, en pratique, utiles pour le médecin généraliste est signalée. La nécessité de cours de nutrition, avec des notions à conseiller aux familles avec des supports écrits.

On retrouve actuellement des sites internet comme par exemple le site « Obéclic », qui sont un support pour les professionnels de santé, ainsi que des fiches à imprimer pour le patient pour l'aider. Il a été créé par des professionnels de santé, afin d'aider les médecins dans leur prise en charge de l'enfant et l'adolescent en

surpoids ou en obésité.

Aucun des médecins de notre étude n'a cité de site internet ou d'autres ressources d'ailleurs. D'autre part, seul deux participants connaissaient Retrouve ton CAP.

L'une parce qu'elle venait de s'installer et la déléguée de la sécurité sociale était venue lui présenter quelques jours avant notre entretien, l'autre via la CPTS.

Au cours de la formation, avoir des exercices d'entretien motivationnel permettrait de pratiquer et de nous perfectionner, au lieu « *de se former sur le tas* » Médecin 8.

Parmi les ressources numériques on peut trouver des vidéos de sensibilisation à destination des médecins sur le dépistage précoce du surpoids de l'enfant, sur l'annonce du surpoids à l'enfant et sa famille et également initier la prise en charge d'un enfant en surpoids au cabinet sur la chaîne YouTube RePPOP PrEO.

f- Consultation chronophage et rémunération

La notion de consultation chronophage a été évoquée par les médecins de notre étude.

Le temps de consultation pour faire le diagnostic et l'annonce est long. Les entretiens motivationnels, la prise en charge, les réévaluations nécessitent de nombreuses consultations qui sont complexes.

Malgré cela, aucun de praticiens de l'étude n'a évoqué la cotation spécifique pour le suivi des enfants obèses.

La consultation spécifique de l'obésité (CSO) est en vigueur depuis le 1er novembre 2017 et a pour objectif de favoriser la prévention précoce de l'obésité et de valoriser le rôle pivot du médecin traitant dans le repérage des enfants à risque d'obésité et la coordination des soins.

La CSO peut être facturée jusqu'à 2 fois par an et par patient.

Cette consultation est réservée aux enfants de 3 à 12 ans inclus et en risque avéré d'obésité sur la base du suivi de la courbe de corpulence.

On doit retrouver dans le dossier médical du patient, les conclusions de la consultation, la courbe de corpulence, les décisions de prise en charge. (54)

Selon une étude menée par la Direction de la recherche, des études, de

l'évaluation et des statistiques (DREES), auprès de plus de 2400 médecins en 2020, seuls 26% des médecins avaient utilisé cette cotation au cours des six derniers mois. (55)

Il serait pertinent de mettre en avant cette information auprès des médecins généralistes.

g- Population d'enfants obèses ou en surpoids

Pour 67% des médecins de notre étude, ils estiment que parmi leurs patients, 10 à 15% des enfants sont en surpoids ou obèses.

Ces chiffres sont en dessous des chiffres nationaux, on estime que 34 % des enfants de 2 à 7 ans sont obèses ou en situation de surpoids et 21 % des 8 à 17 ans sont en situation de surpoids ou d'obésité. (56)

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de faire un état des lieux des pratiques des médecins généralistes de l'Hérault concernant les enfants en situation de surpoids et d'obésité. Nous avons étudié le dépistage, le suivi et la prise en charge de ces enfants par les médecins. Nous avons également mis en avant ce qui pouvait constituer un frein pour eux.

Nous avons pu voir que dans l'ensemble les médecins prenaient à cœur d'aider ces enfants en surpoids ou en situation d'obésité. Cependant, ils nous ont aussi exposé de nombreux freins dans leurs prises en charge liés à un manque de formation et d'information. Suggérer une meilleure formation pourrait constituer une véritable avancée dans l'avenir pour aider les médecins généralistes dans leurs pratiques.

Le plan d'action du gouvernement Retrouve ton Cap tend à s'élargir et à améliorer cette situation. A l'avenir, il serait intéressant d'évaluer le ressenti des médecins généralistes sur l'évolution de leurs pratiques suite à cette mise en œuvre.

BIBLIOGRAPHIE

1. CSO [Internet]. [cité 18 mai 2024]. Définition de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Disponible sur: <https://csohn.chu-rouen.fr/definition-2/>
2. Obésité de l'enfant : 5 constatations pour la Région européenne de l'OMS [Internet]. [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/fr/news/item/03-03-2023-childhood-obesity--five-facts-about-the-who-european-region>
3. Surpoids et obésité infantile [Internet]. [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/puy-de-dome/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/prevention-du-surpoids-et-de-l-obesite-infantile/un-enjeu-de-sante-publique>
4. Santé AFA. Obésité des enfants : l'urgence d'agir [Internet]. France Assos Santé. 2023 [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2023/09/27/obesite-des-enfants-lurgence-dagir/>
5. Obésité : un enjeu de santé publique [Internet]. Sante-pratique-paris. 2019 [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: <https://sante-pratique-paris.fr/sante-publique-dossier/obesite-un-enjeu-de-sante-publique/>
6. évaluer et suivre la corpulence des enfants.
7. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 18 mai 2024]. Taille, poids, corpulence : nos jeunes adultes sont-ils vraiment plus grands et plus gros que leurs grands-parents ? Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/taille-poids-corpulence-nos-jeunes-adultes-sont-ils-vraiment-plus-grands-et-plus-gros-que-leurs>
8. De nouvelles courbes de croissance de référence françaises [Internet]. Salle de presse de l'Inserm. 2018 [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/de-nouvelles-courbes-de-croissance-de-referance-francaises/30775/>
9. Lasserre AM, Paccaud F, Bovet P. L'obésité chez les enfants: définition, conséquences et prévalence. Rev Med Suisse. 16 mai 2007;111:1262-9.

10. Le guide d'utilisation des nouvelles courbes de croissance de l'OMS à l'intention du professionnel de la santé. Paediatr Child Health. févr 2010;15(2):91-8.
11. chevalier.n@chu-nice.fr. Item 253 - Obésité de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. Société Française d'Endocrinologie. 2022 [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.sfendocrino.org/item-253-obesite-de-lenfant-et-de-ladolescent/>
12. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
13. Obésité de l'enfant : 5 constatations pour la Région européenne de l'OMS [Internet]. [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/fr/news/item/03-03-2023-childhood-obesity--five-facts-about-the-who-european-region>
14. Statista Daily Data [Internet]. 2019 [cité 18 mai 2024]. Infographie: Où l'obésité frappe le plus les enfants en Europe. Disponible sur: <https://fr.statista.com/infographie/19165/taux-obesite-infantile-europe>
15. Cara G. Obésité et surpoids : près d'un Français sur deux concerné. État des lieux, prévention et solutions thérapeutiques [Internet]. Salle de presse de l'Inserm. 2023 [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/obesite-et-surpoids-pres-dun-francais-sur-deux-concerne-etat-des-lieux-prevention-et-solutions-therapeutiques/66542/>
16. surpoids_obesite_enfants.pdf [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/surpoids_obesite_enfants.pdf
17. [r1212_9_enquete_sur_la_corpulence_des_enfants_de_moyenne_section_de_maternelle_dans_lherault_en_2018-2019.pdf](https://pos-occitanie.fr/files/pmedia/public/r1212_9_enquete_sur_la_corpulence_des_enfants_de_moyenne_section_de_maternelle_dans_lherault_en_2018-2019.pdf) [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: https://pos-occitanie.fr/files/pmedia/public/r1212_9_enquete_sur_la_corpulence_des_enfants_de_moyenne_section_de_maternelle_dans_lherault_en_2018-2019.pdf
18. Centre de l'Obésité et du Surpoids Grenoble-Sud [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Obésité et surpoids chez l'enfant : causes et conséquences psychosociales. Disponible sur: <https://centre-obesite-surpoids-grenoble.com/actualites/obesite-et-surpoids-chez-lenfant-causes-et-consequences-psycho-sociales>

19. Obésité | Pas à Pas en Pédiatrie [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://pap-pediatrie.fr/hepato-gastro/obesite>
20. 14_Christine_POITOU-BERNERT_p-V2.pdf [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: https://www.sfendocrino.org/wp-content/uploads/2022/11/14_Christine_POITOU-BERNERT_p-V2.pdf
21. Pédiatrie Pratique [Internet]. 2010 [cité 19 mai 2024]. Explorations endocriniennes face à un enfant obèse : savoir être économe. Disponible sur: <https://www.pediatrie-pratique.com/journal/article/explorations-endocriniennes-face-un-enfant-obese-savoir-etre-econome>
22. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Réduire le sucre. Disponible sur: <https://www.coeuretavc.ca/fr-ca/vivez-sainement/saine-alimentation/reduire-le-sucre/>
23. WHO guideline : sugar consumption recommendation [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/04-03-2015-who-calls-on-countries-to-reduce-sugars-intake-among-adults-and-children>
24. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) : définition et causes [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-obesite-enfant-adolescent/definition-causes>
25. Vanhelst J, Mikulovic J, Hurdiel R, Marchand F, Bui-Xuan G, Theunynck D, et al. L'impact d'un programme de prise en charge ambulatoire de l'obésité infantile sur les performances académiques, le sommeil et la composition corporelle. *Science & Sports*. 1 juin 2012;27(3):154-9.
26. Farpour-Lambert NJ, Suter S. Obésité de l'enfant : rôle de l'activité physique. *Med Hyg*. 11 févr 2004;2469:317-21.
27. L'influence des parents et des tuteurs sur les habitudes alimentaires des enfants - Unlock Food [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.unlockfood.ca/fr/Articles/Adolescence/L%E2%80%99influence-des-parents-et-des-tuteurs-sur-les-habitudes-alimentaires-des-enfants.aspx>

28. Bougle D, Bourayou N. Membres du groupe de travail :
29. [obesite-et-AP-journee-club-spotif-M-Castanet-A-Lautridou.pdf](https://csohn.chu-rouen.fr/wp-content/uploads/sites/44/2019/10/obesite-et-AP-journee-club-spotif-M-Castanet-A-Lautridou.pdf) [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://csohn.chu-rouen.fr/wp-content/uploads/sites/44/2019/10/obesite-et-AP-journee-club-spotif-M-Castanet-A-Lautridou.pdf>
30. Oderda L, Tounian P. Les complications psychologiques de l'obésité infantile. Archives de Pédiatrie. 1 mai 2013;20(5, Supplement 1):H65-6.
31. Conséquences de l'obésité [Internet]. Obésité et surpoids de l'enfant Hôpital Robert-Debré. 2014 [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://obesite-robertdebre.aphp.fr/consequences-obesite/>
32. santé log [Internet]. 2019 [cité 19 mai 2024]. OBÉSITÉ : Les enfants en surpoids doivent faire surveiller leur tension. Disponible sur: <https://www.santelog.com/actualites/obesite-les-enfants-en-surpoids-doivent-faire-surveiller-leur-tension>
33. Caducee.net [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Obésité infantile et origine des risques cardiovasculaires. Disponible sur: <https://www.caducee.net/actualite-medicale/2678/obesite-infantile-et-origine-des-risques-cardiovasculaires.html>
34. Ounaissa K, Berriche O, Ben Amor N, Ksira I, Amrouche C, Jammoussi H. P157 Relations entre les paramètres cliniques et les marqueurs de l'insulinorésistance chez l'enfant et l'adolescent obèse. Diabetes & Metabolism. 1 mars 2015;41:A72.
35. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Épiphysiolyse de la tête fémorale - Pédiatrie. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/pediatrie/troubles-osseux-chez-l-enfant/epiphysiolyse-de-la-tete-femorale>
36. Renard V. Place de la médecine générale dans le système de santé. In: Médecine Générale pour le Praticien [Internet]. Elsevier; 2022 [cité 19 mai 2024]. p. 3-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294767104000012>
37. Franc LV, Rosman PF. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites.

38. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. L'obésité le mal du XXI e siècle. Journal de pédiatrie et de puériculture, 2005, Vol.18 (6):p.324-328.
39. PierreAdmin. Le remplacement d'un médecin généraliste [Internet]. Médéré. 2022 [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://medere.fr/blog/remplacement-medecin-generaliste/>
40. cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
41. Surpoids de l'enfant : un outil d'aide à la consultation en médecine générale [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/surpoids-de-lenfant-un-outil-daide-la-consultation-en-medecine-generale>
42. Bodio A. Annonce du diagnostic de surcharge pondérale en pédiatrie : quel vécu pour les parents ? 5 avr 2024;78.
43. Fayemendy P, Jesus P, Pouchard L, Desport JC. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles. Cahiers de Nutrition et de Diététique. 1 juin 2015;50(3):142-9.
44. Schechter DS, Rusconi-Serpa S. Parents «difficiles» ? Les défis posés par les parents souffrant d'un trouble psychiatrique en pratique pédiatrique. Rev Med Suisse. 20 févr 2013;374(7):402-4.
45. Berthier S. [Obésité infantile] Le poids de la famille [Internet]. Revue SESAME. 2020 [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: <https://revue-sesame-inrae.fr/obesite-infantile-le-poids-de-la-famille/>
46. SPF. Activité physique et sédentarité : une synthèse vulgarisée des nouvelles recommandations. [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/activite-physique-et-sedentarite-une-synthese-vulgarisee-des-nouvelles-recommandations>

47. er1045.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1045.pdf>
48. Vos ados face aux écrans – Le bon usage des écrans [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: <https://lebonusagedesecrans.fr/les-ecrans-et-votre-entourage/adolescents-ecrans/>
49. SlideShare [Internet]. 2015 [cité 20 mai 2024]. Synthèse étude de la consommation de fruits et légumes frais. Disponible sur: <https://fr.slideshare.net/LNFL/synthese-tude-de-la-consommation-de-fruits-et-lgumes-frais-interfel>
50. Croissance normale et pathologique | Collège nationale des pédiatres universitaires - www.pedia-univ.fr [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.pedia-univ.fr/deuxieme-cycle/referentiel/croissance-developpement/croissance-normale-pathologique>
51. FA35-Reperer-le-rebond-d-adiposite-precoce.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Milieux_accueil/Flash_accueil/Dietetique-sante/FA35-Reperer-le-rebond-d-adiposite-precoce.pdf
52. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Entretien motivationnel. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3501842/fr/entretien-motivationnel
53. Manière C. Futura. [cité 20 mai 2024]. L'obésité provoque des changements irréversibles dans le cerveau. Disponible sur: <https://www.futura-sciences.com/sante/actualites/obesite-obesite-provoque-changements-irreversibles-cerveau-105807/>
54. Consultation spécifique de l'Obésité - OMNIPrat [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: <https://omniprat.org/fiches-pratiques/pediatrie/consultation-specifique-de-lobesite-cso/>
55. er1197.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/er1197.pdf>

56. MONTUS E. Obésité et surpoids, quels sont les taux en France en 2023 ? [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.madietenligne.fr/blog/quel-est-le-pourcentage-de-personnes-en-france-en-situation-de-surpoids-ou-obesite>

ABREVIATIONS

- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PNNS : Programme National Nutrition Santé
- RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin
- HOMA : Homeostasis Model Assessment
- SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques
- CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
- DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- ARS : Agence Régional de Santé
- ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe
- MPEA : Médecine Psychologique pour Enfants et Adolescents
- CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- SSR : Soins de Suites et Réadaptation
- ONE : Office de la Naissance et de l'Enfant
- RePPOP : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
- CSO : Consultation Spécifique de l'Obésité

ANNEXES

Guide d'entretien

Évaluation des pratiques de médecins généralistes de l'Hérault dans le dépistage, suivi et prise en charge de l'obésité infantile

Je suis interne en médecine générale, merci tout d'abord d'accepter de faire partie de ma thèse.

Le but de questionnaire est d'étudier les pratiques, le rôle, et les freins des médecins généralistes dans le suivi pédiatrique en particulier dans les situations à risque d'obésité.

Vos réponses m'intéressent et seront essentielles pour la réalisation de ma thèse, quelle que soit votre sensibilité à cette problématique. La retranscription est anonyme, et l'entretien est enregistré par un dictaphone.

Je vais vous poser plusieurs questions, au début sur votre situation actuelle, puis après sur votre activité de médecin.

Merci d'avance pour votre aide !

1-Vous êtes : homme / femme (question non posée, mais déduite)

2- Quel âge avez-vous ? (en année)

3- Dans quelle faculté avez-vous réalisé votre internat ?

4- Quel type d'exercice pratiquez-vous : (MG ambulatoire libéral, installé dans un cabinet médical seul/ MG ambulatoire installé dans cabinet avec autres médecins (sans paramédicaux)/ MG ambulatoire installé dans MSP/ MG ambulatoire libéral, remplaçant/ MG ambulatoire salarié/ autre)

5- Dans quel type de zone exercez-vous : urbain/semi-rural/rural ?

6-Au cours de quel(s) stage(s) durant vos études avez-vous été sensibilisé à l'obésité infantile ?

7- Le cas échéant, quel stage ? (stage hospitalier au cours de l'externat/ stage ambulatoire au cours de l'externat/ stage hospitalier au cours de l'internat/stage ambulatoire de niveau 1 au cours de l'internat/ SASPAS/ stage de pédiatrie au cours de l'internat/ aucun)

8- Avez-vous une formation complémentaire en pédiatrie ou en nutrition ?

9- Si oui, laquelle ?

10-Etes-vous sensible à cette problématique dans votre prise en charge ? Est-ce quelque chose que vous dépistez facilement dans votre suivi pédiatrique ?

11-Sur quel(s) critère(s) posez-vous le diagnostic d'obésité ou de surpoids chez l'enfant et l'adolescent ? (Le poids/ la courbe poids/taille / le tour de taille / valeur de l'IMC /valeur IMC reportée sur la courbe/aspect physique/ autre.)

12- Quand vous suspectez une situation d'obésité chez un enfant, que faites-vous (sans adresser les patients à d'autres professionnels de santé) ?

13- Quels conseils procurez-vous au patient ? Sport, alimentation,

14- Quel suivi mettez-vous en place ? reconstrôler à distance, adressage

15- Avez-vous des professionnels de santé dans votre réseau à qui adresser vos patients pour leur prise en charge pluridisciplinaire, MSP ou CPTS ?

Endocrinologue, diététicien, pédiatre, hôpital

16- Avez-vous l'habitude de faire des bilan sanguins ? Si oui lequel ?

17-Etes-vous à l'aise à évoquer une obésité ou surpoids chez un enfant devant celui-ci et/ou sa famille?

18-Connaissez-vous « Retrouve ton CAP » ? Avez-vous déjà eu recours au plan d'action du gouvernement « Retrouve ton Cap » ? Si oui, comment s'est déroulé la suite

19-Que pensez-vous de notre formation sur la prise en charge des enfants en situation de surpoids ou d'obésité?

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

Titre de la thèse : « Évaluation des pratiques de médecins généralistes de l'Hérault dans le dépistage, suivi et prise en charge de l'obésité infantile »

Autrice : CARTIER Pauline

Résumé :

INTRODUCTION : Le nombre de consultations médicales liées à l'obésité ou le surpoids chez les enfants va augmenter dans les années à venir. En outre, le recours aux spécialistes ou aux centres spécialisés est parfois difficile. Le médecin généraliste a un rôle central dans le dépistage, le suivi et la prise en charge des enfants en situations de surpoids ou d'obésité. Il nous a semblé intéressant de s'interroger sur leurs pratiques actuelles ainsi que des difficultés qu'ils éprouvent.

OBJECTIF PRINCIPAL : Évaluer les pratiques des médecins généralistes de l'Hérault dans le dépistage, le suivi et la prise en charge des enfants en situation de surpoids et d'obésité.

METHODE : Il s'agit d'une étude qualitative de type descriptive. A l'aide d'un guide d'entretien, 10 entretiens individuels de médecins généralistes libéraux exerçant dans l'Hérault ont été recueillis. Ils ont été enregistrés, anonymes et retranscrits mot à mot sur un logiciel de traitement de texte. Une analyse thématique a été réalisée sur l'ensemble du Verbatim.

RESULTATS : Dans notre étude, nous retrouvons des difficultés chez les médecins généralistes allant du dépistage à la prise en charge qui dépendent principalement de la relation médecin patient-famille et des connaissances sur le sujet. Ils ont suggéré plusieurs pistes d'amélioration comme des formations et des réseaux pluridisciplinaires.

CONCLUSION : Les médecins généralistes interrogés ont exprimé leur souhait de parfaire leurs connaissances afin d'améliorer leurs pratiques, dans le but de prendre en charge au mieux les enfants en surpoids ou obèses ainsi que leurs familles.

Mots clés : Médecin généraliste, Obésité infantile, Soins primaires, Hérault, Pédiatrie.