

PLAN

Liste des Abréviations

Quels sont les domaines explorés en consultation de médecine générale pour la prise en charge de la surcharge pondérale chez l'enfant de 6 à 11 ans ?

1/ Introduction

2/ Matériel et Méthodes

3/ Résultats

- 3.1/ Caractéristiques de la population et des entretiens
- 3.2/ Le repérage de l'obésité infantile
- 3.3/ L'exploration
- 3.4/ Objectifs et modalités de prise en charge
- 3.5/ Ressources, outils et difficultés

4/ Discussion

- 4.1/ Discussion sur la méthode
- 4.2/ Circonstances de consultation et occasion d'aborder le poids
- 4.3/ Le poids des mots - l'annonce
- 4.4/ L'exploration de la causalité
- 4.5/ L'exploration du retentissement
- 4.6/ La place des parents et la consultation tripartite
- 4.7/ Outils et ressources
- 4.8/ Difficultés et représentations des médecins

5/ Conclusion

Bibliographie

Table des matières

Table des illustrations

Annexes

- Annexe 1 : Guide d'entretien
- Annexe 2 : Exemples d'entretiens
- Annexe 3 : Courbes de corpulence des enfants

Quels sont les domaines explorés en consultation de médecine générale pour la prise en charge de la surcharge pondérale chez l'enfant de 6 à 11 ans ?

1/ Introduction

La surcharge pondérale est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé ». Elle regroupe les concepts de surpoids et d'obésité définis chez l'adulte par des seuils d'Indice de Masse Corporelle (IMC) respectivement de 25 et 30 kg/m². Chez l'enfant, la corpulence varie physiologiquement au cours de la croissance, les normes adultes ne sont donc pas applicables. En France, l'enfant est considéré en surpoids si sa corpulence dépasse le 97^e percentile sur les courbes de référence françaises. Il est obèse si sa corpulence dépasse le seuil de l'International Obesity Task Force (IOTF-30) (1).

Chez l'enfant de 5 à 12 ans, après une nette augmentation de la prévalence de la surcharge pondérale entre 1970 (6%) et 1996 (13%) (1), on assiste depuis les années 2000 à une stabilisation. En 2013, 12% des élèves de grande section de maternelle étaient en surpoids, incluant 4% de sujets en situation d'obésité (2).

L'obésité est un problème majeur de santé publique du fait de ses conséquences néfastes sur la santé de l'individu. En effet, elle engendre une augmentation de la morbidité en favorisant le développement de pathologies chroniques comme l'athérosclérose, le diabète, l'apnée du sommeil, des troubles psychoaffectifs et certains types de cancers. Elle est également responsable d'une surmortalité, notamment via le risque cardiovasculaire induit (première cause de décès à l'échelle mondiale) (3).

La morbidité induite par la surcharge pondérale entraîne un surcoût en termes de dépenses de santé. En France, les dépenses liées à l'obésité représentaient 1,5 à 4,6% du budget de santé, soit 2,1 à 6,2 milliards d'euros de coût annuel total en 2002. La consommation de soins et biens médicaux d'un individu en situation d'obésité serait deux fois plus élevée que celle d'un individu de poids normal (4).

L'obésité dite commune, par opposition à l'obésité secondaire (génétique, endocrinienne ou iatrogène), est la forme la plus fréquente. Elle est multifactorielle, associant prédisposition génétique et facteurs environnementaux, dans une société où les comportements, notamment en matière d'alimentation et d'activité physique, se sont largement modifiés en quelques décennies (Figure 1) (5).

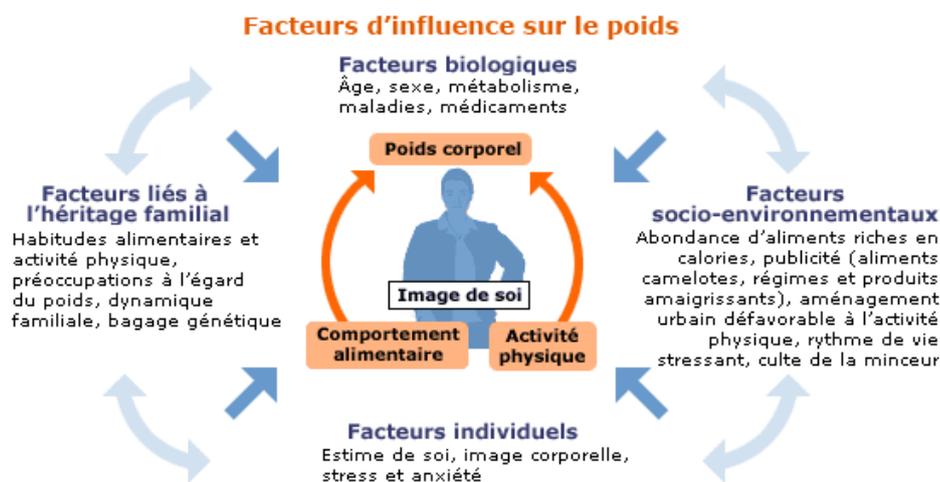


Figure 1: Facteurs d'influence sur le poids

La surcharge pondérale de l'enfant peut être temporaire, surtout si elle est pré pubertaire. Le risque de persistance à l'âge adulte est de 30 à 50 % si l'enfant est obèse avant la puberté, 70 à 80 % s'il l'est après (6). Cela suggère la nécessité d'un dépistage et d'une prise en charge précoces.

Au niveau national, le premier Plan National Nutrition Santé (PNNS) a été créé en 2001. D'une durée initiale de 5 ans, il a été prolongé en 2006 puis en 2011, et son quatrième volet est prévu pour 2016. Son objectif était de sensibiliser la population et les intervenants de santé. La Haute Autorité de Santé (HAS) a édité en 2003 une Recommandation de Bonnes Pratiques concernant le surpoids et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Cette recommandation a été actualisée en 2011 (1). Elle met l'accent sur la modification des modes de vie en reprenant les principes de l'éducation thérapeutique.

Les médecins généralistes sont en première ligne pour dépister et prendre en charge la surcharge pondérale infantile. En 2009, 79 % des enfants de moins de 16 ans consultaient uniquement un médecin généraliste, 5% uniquement un pédiatre, 16% consultaient les deux (7).

D'après les données de la littérature, les médecins dépistent de plus en plus le surpoids de l'enfant. Ils éprouvent néanmoins de nombreuses difficultés pour le prendre en charge, en lien notamment avec un sentiment d'inefficacité (8,9). La prise en charge du problème pondéral sous-tend une exploration préalable des domaines d'intervention possibles. Cette évaluation initiale participe probablement aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes.

2/ Matériel et Méthodes

Il s'agissait d'une recherche qualitative reposant sur la réalisation d'entretiens semi-dirigés de médecins généralistes.

Choix des participants : Pour des considérations pratiques, les médecins ont été recrutés dans le sud du département de Maine et Loire, dans un rayon de 40 kilomètres autour de la ville de Cholet. Le recrutement s'est fait par téléphone à partir de l'annuaire. L'échantillon était ciblé avec des critères de variation maximale (sexe, âge, lieu d'exercice rural, urbain et semi-rural).

Recueil des données : Le guide d'entretien a été élaboré à partir d'une revue de la littérature ciblant les causes et conséquences de la surcharge pondérale de l'enfant et des hypothèses émises par les chercheurs. Il comportait des questions ouvertes sur des grands thèmes généraux afin de recueillir l'expression la plus spontanée possible de la part des médecins. Des relances plus précises étaient prévues afin de recueillir un maximum d'informations.

Les entretiens se sont déroulés dans le cabinet de chaque médecin et ont été intégralement enregistrés. Les verbatim ont été retranscrits mot à mot et certaines données non verbales qui semblaient importantes pour comprendre l'état d'esprit du médecin ont été recueillies.

Analyse des données : L'analyse thématique du contenu des entretiens a été de type inductif, comprenant le découpage du texte avec relevé des citations et des thèmes auxquels elles se rapportaient, classement des différents thèmes et interprétation dégagant les concepts et opinions des médecins. La validation de l'analyse des données a été faite par le directeur de thèse. Il n'était pas prévu de validation ultérieure par les médecins interrogés.

3/ Résultats

3.1/ Caractéristiques de la population et des entretiens

Onze entretiens ont été réalisés entre juillet et septembre 2015. Pour des raisons éthiques, compte tenu d'une suspension d'exercice d'un des médecins, l'entretien réalisé n'a pas été analysé ni pris en compte. Au moins un médecin était représenté dans chaque catégorie d'âge, de genre et de milieu d'exercice. La population médicale était constituée de 6 hommes et 4 femmes. L'âge moyen des participants était de 48 ans. Le milieu semi-rural n'a finalement pas été considéré comme pertinent, et les médecins étaient répartis de manière équitable dans les catégories urbain et rural. Un médecin généraliste était également homéopathe. Les entretiens ont duré de 32 à 62 minutes.

3.2/ Le repérage de l'obésité infantile

3.2.1/ Opportunités et obstacles au repérage

La visite pour le certificat d'aptitude au sport était un moment de choix pour dépister la surcharge pondérale de l'enfant entre 6 et 11 ans : *« Là c'est la période des certificats de sport (...) c'est généralement ces consultations-là qui nous permettent de faire le point en plus d'une année sur l'autre ».*

Une fois le problème identifié, les médecins pouvaient organiser le suivi : *« Ceux qui ont vraiment des problèmes de surpoids, qui viennent pas pour des (...) certificats de sport, ben on trouve un autre moment ».*

En l'absence de demande spontanée de l'enfant, la consultation dédiée paraissait plutôt laborieuse voire néfaste : *« Une consultation spéciale obésité (...) pour les patients c'est assez lourd (...) sauf si c'est à leur demande, mais les enfants (...) je pense qu'au bout d'un moment ça les soule qu'on parle de ça, voire ça les traumatise ».*

Le dépistage pouvait être rendu difficile par des circonstances de consultation défavorables liées au patient ou au médecin : *« Je vais pas parler de ça quand ils viennent pour une angine, que je suis surbookée, que, non, si je faisais ça à chaque angine, à chaque bronchite, on n'avance pas ».*

Ce dépistage pouvait être facilité par une alerte lors d'une consultation précédente : « *L'année dernière déjà j'avais vu que les IMC étaient quand même assez...* » ou en présence d'antécédents familiaux : « *Comme on connaît les parents on connaît un peu les histoires* ».

3.2.2/ Les outils du repérage

Le morphotype était utilisé comme premier filtre visuel subjectif pour orienter le médecin : « *Il y a quand même aussi les petits bourrelets (...) petit signe avant-coureur* », même si un médecin a mentionné être conscient que chez l'enfant il peut être trompeur : « *T'as des enfants qui sont pas en surpoids qui ont du bide* ».

Les biométries, notamment l'IMC, étaient largement utilisées pour faire le diagnostic de surcharge pondérale chez l'enfant, avec les courbes du PNNS comme référentiel : « *Moi je me base sur l'IMC (...) vraiment je me base sur les courbes d'IMC* ».

On pouvait noter dans certains cas une confusion avec les normes adultes : « *Dès que je vois que l'IMC de toutes façons se rapproche dangereusement des 25* ».

La courbe de poids était parfois le moyen utilisé : « *Moi je le vois, je vois le surpoids, je vois la courbe de poids qui est au-dessus de la moyenne (...) je sais pas pourquoi, j'aime pas le côté corpulence* ».

Le rebond d'adiposité précoce était peu utilisé dans le dépistage, par méconnaissance : « *Je saurais même pas exactement à quoi ça correspond* » ou par manque de conviction personnelle : « *J'y crois pas, enfin je sais pas, mais je trouve qu'il y a un rebond d'adiposité précoce chez beaucoup d'enfants qui sont pas en surpoids* ».

3.2.3/ Comment en parler - L'annonce

Le médecin généraliste semblait avoir une place de choix pour évoquer la question de la surcharge pondérale, grâce au lien médecin-patient existant : « *C'est peut-être plus facile dans le relationnel de pouvoir dire aux gens (...) t'oses plus, plus facilement, on t'en voudra pas* », permettant de choisir le « bon moment » : « *On sent que c'est pas le moment* », mais aussi par son rôle de prévention : « *Moi je suis là pour qu'il t'arrive pas de truc dangereux* ».

Certains attendaient une sollicitation des parents qui auraient perçu un problème sur la croissance de leur enfant : « *C'est souvent une question parentale en fait, moi j'attends la question en fait* ».

D'autres prenaient l'initiative d'aborder la question sans avoir été sollicités : « *Je pense que c'est plus, dans l'immense majorité des cas, l'initiative encore du médecin* ». Cela pouvait être facilité par une installation récente : « *Parce que je suis dans une situation où je suis fraîchement installé (...) est-ce que vous avez déjà évoqué la question du surpoids avec un médecin précédent* ».

L'annonce diagnostique posait beaucoup de difficultés, par la prise de conscience qu'elle imposait : « *Le fait de mettre des mots dessus, ça, ça les rend malheureuses (...) ça marque, qu'un médecin leur dise (...) c'est compliqué* », mais aussi dans le choix des mots à employer : « *Utiliser les mots gros et tout, non, non* ».

Les femmes ayant elles-mêmes un problème de corpulence y semblaient d'autant plus sensibles, probablement par identification : « *Je me méfie énormément des mots que j'emploie pendant la consultation, je sais, pour l'avoir vécu, que ça marque énormément, surtout les petites filles* ».

Pour certains, il semblait que l'humour serve à atténuer la portée de leurs propos : « *Je leur fais gentiment la remarque, et donc je leur dis euh dis donc t'en mets en réserve là, t'as peur de manquer à manger (rires)* ».

Les médecins redoutaient que l'annonce engendre des conséquences néfastes, particulièrement le développement de troubles du comportement alimentaire ou de dysmorphophobie : « *Le but c'est pas de tomber dans l'effet inverse, et qu'il y ait soit une perception continue d'être gros, soit l'anorexie quoi, chez les filles c'est quand même pas si rare que ça* ».

L'idée était de sensibiliser : « *Au moins de mettre en garde (...) on est plutôt confronté à des jeunes un petit peu à la limite du surpoids* » sans culpabiliser ni dramatiser « *Je leur dis que c'est pas de leur faute non plus* ».

Pour cela, certains déclaraient réaliser une annonce progressive en se servant des courbes du PNNS comme support pédagogique : « *Ils aiment bien les gamins voir leur courbe (...) les parents aiment bien aussi voir (...) ça permet d'être un peu pédagogique* ».

D'autres évoquaient les conséquences à long terme pour obtenir un changement, soit en faisant peur : « *J'évoque quand même le fait qu'à long terme c'est dangereux le surpoids* », soit en expliquant les difficultés ultérieures à perdre du poids : « *Simplement lui dire tu sais il faut bien manger, pour que tu prennes pas trop de poids, parce que c'est difficile après de les perdre* ».

L'annonce diagnostique devait être précautionneuse et adaptée afin de préserver le lien médecin-patient indispensable à la prise en charge. La complexité de la consultation pédiatrique, avec la relation triangulaire médecin-enfant-parent, se ressentait déjà. Il paraissait nécessaire de tout autant ménager le lien médecin-enfant : « *De toutes façons il faut un lien hein c'est l'enfant, donc si on rompt le lien c'est fichu* » que le lien médecin-parent : « *Le but c'est pas de culpabiliser les parents parce que souvent ils se bloquent et après c'est fini* ».

Le parent, en tant que responsable de l'enfant, devait être impliqué : « *Une fois qu'il y a une prise de conscience de la part des parents, je m'adresse à l'enfant* ».

Mais il fallait éviter de mettre l'enfant à l'écart : « *J'ai quand même assez tendance à m'adresser aux enfants, ou volontairement laisser les enfants en rassurant les parents* ».

D'emblée beaucoup de médecins impliquaient l'enfant dans la discussion : « *Souvent ils sont un petit peu derrière à jouer et cetera, je dis ben viens on va essayer de discuter un petit peu* ».

En effet, l'enfant, s'il n'était généralement pas le plaignant : « *C'est pas l'enfant qui est demandeur* », était le principal concerné, et les médecins pensaient essentiel de s'adresser directement à lui, l'intégrant ainsi dans la démarche de prise de conscience et de soin : « *Je préfère m'adresser à l'enfant, parce que c'est lui que ça concerne directement (...) je dis toi qu'est-ce que t'en penses, est-ce que t'as compris ce que je t'ai dit* ».

Impliquer l'enfant dès le repérage permettait de limiter le sentiment de contrainte pouvant découler de cette discordance : « *Si l'enfant comprend pas pourquoi nous on se pose des questions par rapport à ça (...) il va subir, je pense, ça, comme étant quelque chose, une décision de grands* ».

L'interrogatoire se faisait souvent avec le parent, d'autant plus que l'enfant était jeune : « *Quand je leur demande ce qu'ils mangent notamment, je demande la confirmation aux parents* », mais pouvait varier selon la perception du médecin quant au degré d'autonomie de l'enfant de 6 à 11 ans : « *Tout dépend, à 6 ans en général, voilà, c'est les parents qui sont concernés. À 9-10 ans, c'est différent (...) ils sont plus autonomes, ils sont plus aptes à répondre directement aux questions* ».

3.3/ L'exploration

Avant de débiter toute prise en charge, les médecins cherchaient à explorer des champs divers.

3.3.1/ L'alimentation

L'alimentation était la plupart du temps le premier thème abordé lors de la mise en évidence d'une surcharge pondérale, avec pour certains une causalité très forte : « *C'est d'abord une discussion sur l'alimentation, avant tout* ».

Un médecin considérait que l'exploration de l'alimentation était vaste et complexe, devant intégrer de nombreux paramètres : « *Un grand domaine, qui n'est pas uniquement qualitatif, mais qui est lié à la sociologie, à la psychologie dans laquelle la personne se trouve* ».

Le plus souvent, les médecins interrogés déclaraient réaliser une enquête alimentaire plus ou moins fouillée selon leurs capacités ressenties et l'intérêt qu'ils portaient à ce domaine : « *J'interroge sur ce qu'est un repas, une journée standard, l'alimentation standard sur une journée* », « *Qu'est-ce qu'il mange le matin, qu'est-ce qu'il mange le midi, à 4 heures, le soir, est-ce qu'il grignote, est-ce qu'il y a des sodas* ».

Ils avouaient avoir des limites dans cette exploration : « *C'est, voilà, de la diététique de base hein, je suis pas diététicienne* ».

D'autres se concentraient sur ce qu'ils nommaient « les grandes erreurs diététiques » : « *Les grandes erreurs, effectivement, mais je crois que tout le monde peut le savoir. (...) par rapport aux graisses (...) féculents, le sucre, les sodas* ».

Ces explorations étaient très souvent orientées : *« J'essaie de repérer les erreurs, comme par exemple les prises de boissons sucrées en excès »*.

Le premier objectif était de faire prendre conscience de ces erreurs : *« Parfois il leur faut du temps en fait, quand on les interroge une première fois, ben non, tout paraît normal, et puis en fait, faut qu'ils analysent un petit peu la situation, et qu'ils se rendent compte »*.

Il existait des représentations assez fortes concernant l'alimentation dans les milieux modestes : *« Je trouve que le recours à des nourritures un peu grasses, un peu mauvaises est plus important chez les patients plus faiblement, enfin au niveau social plus faible »,* mais aussi dans les milieux plus aisés : *« Il y a des vraies injustices par rapport à ça y compris sociales (...) de façon un peu caricaturale, j'aurais envie de dire, obésité, difficultés sociales, et anorexie, élite, milieu d'élite »*.

Elles concernaient également les familles où les parents travaillaient tous les deux : *« Quand les parents travaillent beaucoup il y a une diététique qui est beaucoup plus simplifiée, qui est effectivement beaucoup plus calorique souvent »*.

Des médecins pensaient important de savoir comment fonctionnait la structure familiale autour des repas tout en ayant des représentations négatives sur les modifications sociétales actuelles : *« On est dans une société épouvantable concernant l'équilibre alimentaire, l'équilibre de vie (...) ces mères qui vont travailler (...) qui se croisent avec leurs maris (...) comment veux-tu que les gamins ils s'y retrouvent, il n'y a pas de repas, n'importe qui mange n'importe quand »*.

Certains exploraient la place et le rôle de l'alimentation dans la famille, les habitudes alimentaires : *« J'essaie de voir aussi si c'est des parents qui ont la bouffe plaisir et qui ont centré un peu leur vie sur le repas »*.

Il leur paraissait indispensable d'explorer :

- La structure des repas, avec ou sans grignotages, dans leur rythme : *« Trois repas par jour, hein, pas de grignotages »*,
- Le contenu des repas, à la recherche d'un déséquilibre des apports : *« J'utilise pas mal le truc du 421 (...) c'est 4 parts de glucides, 2 parts de protéines et 1 part de lipides »*,

- Le contexte de prise des repas, en famille ou non, et leur durée : « *Est-ce tout le monde mange ensemble, est-ce que le repas c'est à la va-vite chacun dans son coin* », « *Devant la télé (...) on se rend pas compte qu'on mange davantage (...) sur le fait de pas manger trop vite* »,
- La consommation de sodas et autres boissons sucrées : « *Pas de soda à table, voilà, boire de l'eau* »,
- Les quantités consommées afin de repérer une inadaptation aux besoins de l'enfant : « *Les parents avaient du mal à faire des parts normales* ».

Des médecins attachaient une importance particulière au petit déjeuner à la fois dans sa réalisation : « *Primo que les enfants aient le temps de déjeuner le matin, parce qu'il y a quand même pas mal de gamins qui se lèvent à la dernière minute et qui déjeunent pas, c'est hyper fréquent* », mais aussi dans son contenu, en privilégiant le pain par rapport aux aliments conditionnés : « *Un déjeuner un peu, un peu traditionnel, plutôt favoriser le pain-confiture ou pain-miel* ».

Le lieu de la prise du repas de midi était important à explorer également dans ses conditions, son contenu, son aspect social, et relativement au reste de la journée. Le repas en restaurant scolaire suscitait plusieurs interrogations ; l'existence ou non de commission diététique gérant l'équilibre des menus : « *On se dit que normalement, voilà, il y a une diététicienne qui est passé derrière, donc ça doit être à peu près équilibré* », le problème du libre choix, et son coût pouvant en freiner l'accessibilité : « *Quel est le type de tarification de la cantine scolaire, c'est hyper important* ».

Des médecins s'intéressaient également à la nature du goûter, souvent avec des à priori sur son aspect hypertrophié et sucré, les amenant à faire des propositions sur son volume et son contenu, en privilégiant des aliments plus simples : « *Eviter de mettre le classique brioche Nutella (...) plutôt un yaourt, une pomme (...) faut pas qu'ils mangent trop* ».

Pour pouvoir optimiser l'observance des conseils, des médecins s'intéressaient aux goûts de l'enfant : « *Qu'est-ce qu'ils aiment, qu'est-ce qu'ils n'aiment pas* », en évitant de poser des interdits « *Je n'interdis jamais (...) on peut pas interdire un aliment, non c'est pas possible* ».

Certains s'intéressaient à la notion de satiété : « *Prolonger de façon automatique le geste de manger sans qu'on ait conscience même du sentiment de satiété* ».

Il était également important d'évaluer les possibilités financières d'accès à une alimentation mieux équilibrée probablement plus coûteuse : « *Au supermarché, c'est pas cher* », « *Mais ça coûte plus cher, faut l'entendre aussi ça* ».

3.3.2/ L'activité physique

Elle était souvent le second champ exploré par les médecins, après l'alimentation : « *Ça arrive dans l'interrogatoire spontanément* ».

Cette exploration paraissait complexe, moins systématisée, relevant plutôt du constat de ce qui était apparent avec de nombreux à priori : « *Je pars sur des grandes banalités en disant on est dans une société où on ne marche plus du tout et ça serait bien (...) le sport, aller à l'école à pied (...) est-ce que le dimanche on va se promener quelques fois (...) ça reste un peu dans la théorie* ».

L'activité physique se divisait en trois grands axes ; la sédentarité, l'activité quotidienne et l'activité sportive, avec des définitions variables selon les médecins : « *J'essaie quand même vraiment de faire bien la différence entre le sport et le fait que c'est quand même bien de marcher de temps en temps* », « *La sédentarité, c'est le gamin qui est avachi devant sa télé ? C'est quoi la sédentarité c'est celui qui fait rien, qui fait pas de sport, qui fait aucune activité* ».

Le temps passé devant les écrans était régulièrement exploré : « *Un gros problème de sédentarité, et voilà, c'est la télé et puis c'est tout quoi, télé ou jeux vidéo* ».

Les médecins s'intéressaient également à ce qu'il était possible de modifier au quotidien pour augmenter l'activité physique sans pour autant rajouter une charge : « *Les trajets soit à l'école, à pied au lieu de la voiture (...) jouer dehors* ».

L'interrogatoire ciblait principalement le sport : « *Est-ce qu'il fait du sport (...) est-ce qu'il est dans un club* », mais pouvait être plus complet : « *Savoir si les enfants au retour de l'école ils se mettent devant la télé, si, voilà c'est très sédentaire, ou au contraire ils vont aller faire du vélo, ils vont jouer dehors* ».

Avec parfois des représentations sur l'utilité de certains sports pour perdre du poids : « *C'est bien le judo, mais c'est pas un sport qui bouge beaucoup, c'est pas comme les sports collectifs* ».

Plus que pour l'alimentation, il s'agissait de s'attacher aux goûts de l'enfant pour lui proposer une activité plaisir, sans forcer : « *Faut qu'il y prenne du plaisir d'abord (...) on peut pas obliger un enfant, ni un adulte d'ailleurs, à faire un sport qu'il aime pas* ».

Certains prenaient en compte le vécu et les aptitudes physiques de l'enfant en surcharge pondérale lors de sa participation à une activité sportive : « *Interroger sur comment ça se passe, et si ça se passe pas mal par rapport aux copains, et par rapport au fait qu'il soit un peu moins bon sportivement* ».

L'exploration de la motivation de l'enfant paraissait nécessaire : « *On devrait pouvoir sonder la motivation de l'enfant (...) et s'il est pas plus motivé que ça, c'est peut-être que là il y a un versant psy à tenir compte* », tout en étant souvent parasitée par des représentations et des phénomènes d'identification : « *Il y a les enfants qui n'aiment pas les sports (...) moi je comprends parce que j'aime pas les sports collectifs non plus, je suis pas très sportif* ».

Il pouvait exister des facteurs d'échec probable à ne pas négliger : « *On ne peut pas obliger, moi on ne peut pas m'obliger à faire du sport que je déteste, pourquoi vous voulez obliger un enfant à faire un sport qu'il déteste. Faut s'adapter* ».

Il ne suffisait pas de s'intéresser à l'activité de l'enfant, mais aussi à la place de l'activité physique dans la famille, aux possibilités de participation de l'enfant et aux freins parentaux : « *Et puis l'encadrement familial aussi, parce que s'il adore faire du vélo et que les parents surtout pas question de faire du vélo ça va nous embêter* ».

Le lieu de vie pouvait être facilitant ou freinant : « *On est dans un milieu semi-rural où l'activité physique est quand même plus importante que quand on est en ville* », en particulier en cas de risque d'accident : « *Le vélo, dans le patelin où ils sont c'est traversé par une route très fréquentée, donc c'est problématique* ».

Les possibilités d'autonomie de l'enfant posaient question, ainsi que l'absence ou la réticence parentale : « *C'est vrai qu'autant son frère peut prendre le vélo et aller un peu avec ses copains sur la route voilà, autant à 8 ans la maman hésite et je la comprends, elle est assez absente autrement* ».

Le statut économique de la famille était également à prendre en compte pour l'activité physique : « *Il y a les milieux sociaux un peu défavorisés où un, une cotisation, ne serait-ce qu'au club de foot coûte cher* ».

3.3.3/ La systémique familiale

Des médecins exploraient les habitudes familiales, l'enfant de 6 à 11 ans étant dépendant de sa famille en termes d'hygiène de vie avec son aspect conditionnant : « *Quand il y a eu des habitudes alimentaires chez leurs propres parents, ben ils vont répercuter la même chose chez eux, et donc leurs enfants vont avoir des problèmes de poids eux aussi. Et puis quand les parents ont pas des habitudes sportives non plus* ».

Ils évaluaient le degré de motivation et d'implication des parents qu'ils considéraient comme acteurs principaux des changements nécessaires : « *Les parents sont les premiers dans le changement alimentaire de leur enfant (...) sans l'accompagnement des parents, c'est pas possible* ».

Ils recherchaient en quoi les parents pouvaient être un soutien, un moteur : « *Là je compte sur les parents pour l'encourager* ».

Il était nécessaire d'évaluer le degré d'adhésion des parents avant toute prise en charge : « *C'est un peu compliqué de s'occuper des gens alors qu'ils veulent pas* »

Il fallait s'assurer que cette adhésion était présente mais non excessive : « *Soit les gens sont fatalistes et du coup tout le monde a baissé les bras, soit c'est très, ils vivent ça d'une façon très culpabilisante* ».

Ils recherchaient d'éventuels freins à cette adhésion, dans un contexte de surcharge pondérale familiale : « *Il y a des parents qui, bah de toutes façons il est comme moi, il sera comme moi et puis point* », ou de représentations culturelles différentes : « *Migrants (...) où un enfant qui n'est pas gros, n'est pas bien portant, donc c'est compliqué* ».

Ils cherchaient à identifier un éventuel déni parental du problème de surcharge pondérale : « *C'est pas l'obésité c'est le surpoids simple, où il y a un certain (...) déni un peu, de l'enfant (...) parfois aussi des parents (...) on voit mais on veut pas se le dire, voilà* », mais aussi ses causes : « *Le déni de cette notion évidente que c'est ce qu'on mange qui fait grossir* ».

Ils s'interrogeaient sur la place du médecin vis-à-vis des parents. Le médecin pouvait être un soutien dans leur fonction parentale : « *On va souvent dans le même sens (...) on les réénonce (...) ça permet aux parents peut-être d'asseoir un petit peu leur autorité* ». Il pouvait également être amené à responsabiliser les parents : « *Je veux pas qu'ils changent pour me faire plaisir, je veux qu'ils changent définitivement de manière de faire pour l'enfant* », parfois jusqu'à culpabiliser : « *C'est quand même les parents qui font les courses, c'est quand même eux qui les achètent* ».

3.3.4/ Le volet psychologique

Le volet psychologique en tant que cause ou conséquence de la surcharge pondérale de l'enfant n'était pas systématiquement exploré, par manque de temps : « *Ça m'est arrivé, peut-être pas assez pour certains, certainement pas assez (...) là aussi faudrait du temps* », ou d'intérêt : « *Ça me vient pas forcément à l'idée* », « *Spontanément je vais pas, non, je vais pas trop demander, le retentissement psychologique d'une obésité ou d'un surpoids* ».

L'exploration de la souffrance psychique pouvait être secondaire à l'initiative du parent : « *Si la mère me dit (...) mon enfant est très complexé* », ou à celle du médecin lorsqu'elle était négligée, notamment dans des contextes de surcharge pondérale familiale : « *Parce que les parents voient pas du tout que ça puisse être une souffrance puisqu'ils sont comme ça, mais qu'ils en souffrent pas forcément* ».

Des médecins pouvaient la rechercher sous forme de questionnaire direct de l'enfant ou des parents sur sa perception de sa surcharge et son vécu personnel : « *Qu'est-ce que tu penses, toi, de ta corpulence, de ton poids* », « *Est-ce que tu te trouves belle* », « *Est-ce que ça lui pose problème ou pas (...) est-ce qu'elle a eu des remarques à l'école* ».

Une part importante de la prise en compte de l'aspect psychologique relevait de l'intuition et du ressenti du médecin : *« J'essaie de voir, oui, quel impact ça peut avoir sur eux leur surpoids ».*

Ils recherchaient régulièrement le retentissement psychologique, notamment sous la forme d'une stigmatisation : *« Les enfants sont pas toujours très tendres entre eux, donc c'est pas forcément très sympa de s'entendre traiter de bouboule (...) déjà si ça se passe bien à l'école (...) s'il y a pas de moqueries, si les enfants sont gentils avec ».*

La causalité psychologique du surpoids ou de l'obésité était peu recherchée : *« Je vais avoir très très vite l'impression que le problème du surpoids, il est peut-être un peu ailleurs que dans l'alimentation »*, *« Les causes conséquences on verra après, je passe le relais ».*

La question d'un trouble relationnel familial était principalement évoquée : *« C'est souvent une relation enfant-parent où là c'est pathologique, où il y a quelque chose qui va pas »*, *« J'ai surtout beaucoup de situations où moi j'ai l'impression que la problématique elle est plus du côté de la mère que de l'enfant, enfin ou des parents que de l'enfant ».*

Les principales difficultés évoquées sur ce versant de l'examen clinique étaient liées au fait que l'interlocuteur étant un enfant, cela compliquait l'analyse psychologique : *« Comme les enfants ils s'expriment pas, mais ils en souffrent de ça »*, *« Je me sens pas à l'aise dans les prises en charge des enfants, prise en charge psychothérapeutiques je veux dire ».*

De plus, la compassion pouvait générer des blocages chez le médecin : *« J'ai pas osé lui en parler parce que je me dis ben elle doit entendre ça tout le temps, elle en a marre je l'ai pesée, bon j'ai rien dit (...) elle n'a pas demandé non plus ».*

3.3.5/ L'examen physique

L'examen physique de l'enfant en surcharge pondérale n'était pas spécifique, plutôt assez systématisé : *« J'ai pas forcément de direction précise »*, *« Poids, taille, (...) tension, (...) examen général, (...) ostéoarticulaire, (...) stade pubertaire »*, *« Je prends systématiquement leur tension, examen cardiovasculaire, j'examine l'abdomen, je regarde le rachis, je regarde les pieds, je palpe rarement la thyroïde ».*

La recherche d'une étiologie, notamment endocrinienne, était peu fréquente : « *Aller chercher des troubles endocriniens chez l'enfant (...) j'ai jamais fait, j'ai jamais pensé à le faire* », et semblait dépasser un peu les compétences du médecin généraliste : « *Si on a à faire à un (...) problème qui peut paraître d'origine endocrinienne, je pense que d'emblée moi je passe la main au pédiatre* ».

Certains recherchaient le retentissement physique de la surcharge pondérale, notamment ostéoarticulaire, à cette occasion : « *J'ai toujours la question de toutes façons, systématique, s'il y a des douleurs articulaires au sport* ».

Le retentissement cardiovasculaire était peu exploré dans cette tranche d'âge : « *La prise de tension, tu vois, sur un enfant de 6 à 11 ans, je l'ai jamais faite dans le cadre d'un surpoids* ». Le tour de taille n'était pas mesuré : « *Chez l'adulte oui, chez l'enfant jamais fait. Je sais pas quelle valeur ça a* ».

De la même manière, les troubles du sommeil étaient peu recherchés : « *Et puis le sommeil aussi* ».

Les troubles digestifs, en particulier la constipation, pouvaient servir de tremplin pour aborder l'alimentation, donnant du sens à l'interrogatoire et aux conseils prodigués : « *Problèmes de constipation (...) j'essaie de leur faire prendre plus du pain complet des choses comme ça, et éventuellement un fruit laxatif style orange non pressée, la prendre comme ça en tranches, ou du kiwi* ».

3.3.6/ Explorations complémentaires

Les explorations complémentaires étaient très limitées en raison de leur caractère invasif : « *Chez un enfant ça veut dire une prise de sang* », ou par manque de compétence ressenti pour leur interprétation : « *Autrement je sais pas ce qu'il faudrait faire d'autre, et ce que ça nous apporterait en plus* ».

Le plus souvent, le bilan était réalisé en deuxième intention, en cas de persistance de la surcharge pondérale malgré l'application de règles hygiéno-diététiques : « *Quand vraiment (...) je vois qu'on est en impasse, vraiment on y arrive pas, là oui, je demande le bilan sanguin* », ou lorsqu'il existait un antécédent familial : « *Antécédents de cholestérolémie familiale importante* », « *Un contexte de surpoids familial et puis de diabète* ».

Ce bilan comprenait toujours la recherche d'un diabète : « *Ce qui me préoccupe le plus c'est les recherches de diabète* », parfois celle de troubles endocriniens : « *Je demande un bilan hormonal, une TSH, un bilan glucido-lipidique* ».

Un médecin réalisait un bilan orienté par ses théories de micro nutrithérapie.

3.4/ Objectifs et modalités de la prise en charge

La prise en charge était principalement axée sur l'obtention de modifications des habitudes de vie, avec un sentiment d'efficacité relative, lié aux limites d'adhésion aux conseils : « *Je n'arrive pas aujourd'hui en tant que docteur à m'imaginer que parce que le docteur leur a dit de bouffer des fruits et des légumes ils vont se mettre à en manger* ».

La prise en charge nutritionnelle allait de conseils généraux à des conseils personnalisés très concrets.

Des médecins donnaient des conseils d'ordre général de préférence simples à comprendre et à mettre en œuvre pour tendre vers un équilibre alimentaire : « *Je les mets surtout en garde vis-à-vis de ce qui est gras et sucré (...) j'insiste bien sur les calories qui doivent être régulièrement réparties* ».

Les médecins pensaient que limiter les objectifs permettait de favoriser une bonne adhésion : « *Globalement on reprend les grands principes (...) vaut mieux faire une adhésion qui soit complète sur des choses simples, mais dont on sait qu'elles seront faites, que des choses extrêmement compliquées à faire, et qui ne seront pas tenues* ».

Ils parlaient d'équilibre alimentaire pour lutter contre la représentation des patients qui souvent confondaient diététique et régime : « *C'est pas un régime, parce qu'un régime c'est transitoire* », « *Mettre complètement au régime un enfant aussi jeune, (...) non, non* ».

Dans le discours des médecins revenaient régulièrement des « ennemis » liés à des représentations sociales : « *Le Mac Do* », « *Le Nutella* », « *Coca rouge* », « *Je suis un peu obsessionnelle sur le sucré* », « *Le ketchup et cetera* », « *Jamais cuisiner au beurre* ».

En dehors des grands principes, certains donnaient des conseils plus concrets, adaptés à chaque repas et à chaque patient : « *On parle de ce qu'ils font déjà, et à partir de là, on demande d'améliorer un peu* ».

3.5/ Ressources, outils et difficultés

3.5.1/ Soutien extérieur

Des médecins s'appuyaient sur leur réseau de soins pour optimiser la prise en charge du surpoids ou de l'obésité de l'enfant, parfois dès son repérage : « *C'est là où on va gagner du temps aussi, en prenant appui sur les autres professionnels* ».

Ils avaient recours au spécialiste, pédiatre hospitalier ou libéral, lorsque la surcharge pondérale était importante, avec l'arrière-pensée d'une étiologie endocrinienne : « *Ceux qui ont vraiment beaucoup de poids on les envoie chez l'endocrinopédiatre* ».

Ils avaient peu de contacts avec les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), méconnus : « *Il y a une PMI, sur, euh... je sais pas c'est sectorisé ça non?* ».

Le diététicien était plutôt sollicité en seconde intention, en cas d'échec de l'application des règles hygiéno-diététiques : « *Pour moi il arrive dans un second temps dans cette situation là où les gens sont vraiment motivés et que malgré les tentatives personnelles ils arrivent pas* », mais il pouvait intervenir plus tôt si le médecin le jugeait nécessaire : « *Ça dépend (...) il y a des familles où je vais pas forcément avoir besoin de l'aide d'une diététicienne* », « *Plutôt quand j'ai l'impression qu' (...) il peut y avoir un surpoids lié à des erreurs alimentaires liées à une certaine méconnaissance* ».

Le recours au diététicien pouvait être freiné en raison de son coût pour les patients : « *Oui, mais il y a un obstacle financier indéniable* » ou des représentations qu'ils en avaient « *Elles s'imaginent que ça va être un régime (...) donc souvent c'est assez réfractaire* ».

Certains médecins avaient également des représentations concernant les diététiciens : « *Je sais même pas trop comment elles travaillent* », et parfois des divergences théoriques : « *Ils ne sont pas, à mes yeux, dans le dynamisme de l'aliment dans l'organisme (...) on est trop dans le pondéral et dans le besoin* ».

Les médecins adressaient peu vers le psychologue ou le pédopsychiatre dans le cadre de la surcharge pondérale : « *Ça m'est pas arrivé, non, pour le moment* », « *Uniquement pour cette raison-là, non* ». Certains envisageaient d'adresser en consultation spécialisée s'ils percevaient une souffrance importante : « *Si je sentais qu'il y avait un retentissement important sur son quotidien, je suis persuadé que je le ferais* ».

L'absence de réciprocité dans la communication était ressentie comme nuisible à une collaboration efficace au service d'un bon suivi : « *J'ai le souvenir d'avoir adressé peut être deux trois fois un enfant à une pédiatre en ville, aucun retour* », « *Un besoin d'une prise en charge un petit peu pluridisciplinaire, que je trouve qu'on a du mal à mettre en place* ».

Les médecins ne travaillaient pas avec les structures publiques ou privées ayant un lien avec la surcharge pondérale (restaurant scolaire, clubs de sport, mairies, hôpitaux, réseaux de soins) parce qu'ils n'avaient pas été sollicités et par manque de temps : « *J'ai pas été sollicité, peut-être un manque de temps aussi, mais j'aimerais bien travailler avec les cantines, ça j'aimerais bien* ».

3.5.2/ A chacun sa trousse à outils

Le principal « outil » des médecins était leur expérience et leur « bon sens » dans le domaine de la surcharge pondérale infantile : « *Dans un premier temps de toutes façons, c'est repérer un peu les choses qui sont du bon sens* », « *Ma ressource personnelle elle est quoi, elle est l'expérience* ».

La recommandation de l'HAS « Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent » n'était pas utilisée car non connue : « *Je pense que je vois même pas* ».

De même le Plan National Nutrition Santé (PNNS) était méconnu : « *Ça me dit quelque chose ça, mais alors c'est très vague* », ou considéré comme inadapté : « *Pour moi, n'a pas du tout, n'a aucune traduction sur le plan pratique* ».

Les médecins avaient des doutes sur son efficacité : « *Leur donner un papier où c'est écrit mangez des fruits je suis pas convaincu* », et parfois des divergences d'opinion : « *Déjà de la naissance à 3 ans je suis pas forcément d'accord avec eux* », « *En terme d'alimentation je trouve que, on est tellement passé par tout et n'importe quoi, des modes* ».

Un médecin se servait d'une fiche de conseils nutritionnels qu'il avait lui-même rédigée.

Les médecins parlaient souvent d'une forme « d'inondation documentaire » avec l'idée que « trop d'information tue l'information » : « *On est abreuvés d'informations, et puis au moment où on veut l'information, on n'a pas le temps en consultation de la saisir* », « *On est inondés (...) l'info tue l'info, et on perd complètement de vue peut-être des choses qui sont sans doute essentielles* ».

3.5.3/ Difficultés rencontrées

Les médecins ont globalement tous exprimé des difficultés, certaines communes, d'autres plus personnelles.

Ils reconnaissaient être en difficulté pour explorer la surcharge pondérale de l'enfant : « *Je trouve que c'est compliqué (...) ça cumule les difficultés du surpoids et des relations parents-enfants* ».

La durée de la consultation était le premier facteur limitant pour bien explorer les facteurs à prendre en compte chez un enfant : « *Il y a facteur temps et je peux pas tout traiter* ».

Beaucoup étaient mal à l'aise dans le domaine de la surcharge pondérale infantile, en lien parfois avec un manque de compétence ressenti : « *Je me sens pas forcément très à l'aise avec ça. À part débrouiller un peu la consultation (...) j'ai du mal à aller plus loin* ». La peur de créer ou majorer une souffrance a été régulièrement rapportée : « *C'est un sujet qui est tellement délicat pour les enfants, enfin pour un adulte aussi, ça touche un point, une corde sensible quand même* ».

Des médecins n'éprouvaient pas un grand intérêt pour ce sujet qu'ils estimaient peu fréquent : « *Ça me branche pas trop* », « *C'est tellement peu, peu représentatif (...) ça fait pas partie de mes objectifs* ». Certains avaient conscience qu'il s'agissait d'un problème de santé publique : « *Non, mais on est tous concernés* ».

Le sentiment ressenti d'efficacité limitée entraînait un certain défaitisme « *Un peu décourageant parce qu'on sait qu'on est un peu limité (...) peut-être on a peur de l'échec, on se dit que de toutes façons ça va pas servir à grand-chose, on est peut-être un peu défaitistes* ».

Enfin, certains médecins se demandaient si c'était vraiment leur rôle : *« Est-ce qu'il y a d'abord vraiment besoin que ce soit à chaque fois le médecin traitant, est-ce qu'on pourrait pas déléguer ça à des diététiciennes »*.

4/ Discussion

4.1/Discussion sur la méthode

L'objectif de cette étude était de déterminer quels étaient les domaines explorés par les médecins généralistes au début de la prise en charge de la surcharge pondérale de l'enfant. Un objectif secondaire était de déterminer les ressources et outils utilisés par les médecins dans ce domaine, ainsi que les difficultés rencontrées. Les entretiens semi-dirigés à l'aide de questions ouvertes ont permis d'obtenir des réponses spontanées dans le cadre d'une expression libre. Le codage a été de type inductif et les données ont été croisées entre le chercheur et le directeur de thèse. L'analyse thématique a permis de faire émerger les grands thèmes répondant à la question posée. La saturation des données a semblé atteinte au bout de dix entretiens.

L'échantillonnage ciblé sur les médecins du Choletais a respecté les critères de variation maximale prévus (genre, âge et milieu d'exercice rural ou urbain). Des médecins ayant vécu une problématique pondérale personnelle ont été inclus, permettant d'élargir la diversité des représentations et du vécu des médecins sur la prise en charge de la surcharge pondérale.

On ne peut exclure un biais de recrutement aux seuls médecins intéressés par le sujet du fait du volontariat de la participation, malgré le respect des critères de variation. Ce biais est à relativiser, plusieurs médecins interrogés ayant déclaré ne pas se sentir concernés ni intéressés par le sujet.

L'âge moyen des médecins de l'étude était de 48 ans versus 51 ans pour le département, avec une légère sous-représentation masculine (60% vs 64.7%), selon les données démographiques de la CPAM (10).

Il s'agissait d'une étude déclarative et non observationnelle, induisant de principe un biais de désirabilité. L'inexpérience du chercheur a pu influencer les données des entretiens qui ont été très riches quelle que soit leur durée.

4.2/ Circonstances de consultation et occasions d'aborder le poids

Pour la plupart des médecins interrogés, le certificat de sport semblait être une occasion de choix pour dépister et parler de la surcharge pondérale.

On dispose de peu de données quant aux motifs de consultation des enfants de 6 à 11 ans. D'après une enquête de la DREES en 2007, les affections des voies aériennes supérieures représentaient la majorité des diagnostics à l'issue des consultations des moins de 16 ans, mais il faut noter dans cette étude un âge moyen de 6 ans, et donc une forte proportion de très jeunes enfants (11).

La plupart du temps les médecins de l'étude utilisaient l'IMC et les courbes de corpulence du carnet de santé pour faire le diagnostic de surcharge pondérale chez l'enfant, confirmant une évolution favorable des pratiques (6). On peut supposer que cela est facilité par l'inclusion des courbes de corpulence dans la plupart des logiciels utilisés par les médecins généralistes. Certains médecins de l'étude se servaient du morphotype comme filtre visuel, calculant l'IMC et le reportant sur la courbe de corpulence s'ils avaient une impression clinique de surpoids. Le morphotype chez l'enfant est trompeur, et selon son âge un enfant peut sembler de corpulence normale alors que son IMC dépasse la norme et inversement (1,12).

Bien que dans l'étude la durée moyenne de consultation déclarée soit plus élevée que dans l'enquête de la DREES (19 minutes contre 14 minutes), de nombreux médecins avançaient le caractère chronophage de l'exploration et la prise en charge de la surcharge pondérale de l'enfant. Au vu de ces éléments, il semblerait plus approprié de réaliser une consultation dédiée, voire d'étaler l'exploration sur plusieurs consultations, comme conseillé par la recommandation de la HAS (1). Cependant de nombreux médecins répugnaient à y consacrer un temps spécifique, principalement par peur de renforcer un sentiment de stigmatisation.

Il est à noter que certains médecins de l'étude évoquaient une prévalence de la surcharge pondérale supérieure chez les filles par rapport aux garçons. Cela se vérifie dans les enquêtes épidémiologiques, surtout chez les jeunes enfants (2), mais également à l'âge adulte (13).

4.3/ Le poids des mots/l'annonce

L'annonce de la surcharge pondérale à l'enfant et sa famille posait de nombreuses difficultés aux médecins qui craignaient particulièrement de créer ou d'aggraver une souffrance en imposant une prise de conscience du problème. Ils avaient peur d'engendrer des troubles des conduites alimentaires ou une dysmorphophobie.

L'annonce du problème pondéral peut être rapprochée de celle de la maladie grave. Les interrogations anxieuses du médecin peuvent entraver la communication avec son patient. Partant de ce constat, à la notion de risque vital pourrait s'ajouter l'image de fragilité de la personne en surpoids dans l'esprit du soignant, comme le suggère N. DUMET (14).

Il semble que ce ne soit pas tant l'annonce mais les attitudes restrictives, à l'image des régimes, qui favorisent le développement de troubles des conduites alimentaires, notamment par l'entrée dans le cercle vicieux de restriction – désinhibition (15).

Ne pas évoquer le sujet pourrait à l'inverse renforcer la souffrance de l'enfant, surtout que dès l'âge de 5 ans les enfants semblent en mesure d'estimer leur corpulence aussi précisément que des adultes (16) et qu'ils éprouvent des sentiments négatifs à l'égard de l'excès de poids (17).

Le choix des mots doit être précautionneux et adapté pour éviter de heurter la sensibilité de l'enfant. Le support visuel des courbes de corpulence favorise une annonce pédagogique progressive (1). La plupart des médecins de notre étude suivaient les recommandations de la HAS sur ce point.

Il est important de faire prendre conscience de la problématique pondérale sans dramatiser tout en évitant l'écueil d'une réassurance banalisante. Ceci pour permettre la préservation du lien médecin-patient sans nuire à l'efficacité de la prise en charge. « Pour favoriser l'échange il ne faut pas rater le premier contact » (18).

Cette complexité est probablement renforcée par le caractère intrusif de cette démarche et des explorations qui en découlent. Celles-ci, nécessaires pour agir, interrogent l'intimité de l'enfant et de sa famille. Il s'agit d'un exercice difficile, nécessitant une grande adaptabilité du médecin à la famille qu'il reçoit. De plus, le caractère tripartite de la consultation pédiatrique est différent du colloque singulier habituel en médecine générale.

4.4/ L'exploration de la causalité

4.4.1/ Les facteurs de prédisposition précoces

Bien que plusieurs médecins aient mentionné être plus attentifs au dépistage de la surcharge pondérale en cas d'antécédent familial, un seul faisait un historique du développement pondéral de la naissance (voire in utero) à la petite enfance. Cela est probablement lié au fait que l'étude ciblait l'exploration et non le dépistage du surpoids et de l'obésité infantiles.

Le rebond d'adiposité est défini par une réascension de la courbe de corpulence vers l'âge de 6 ans. Lorsque ce rebond survient plus précocement, avant 5.5 ans, c'est un bon marqueur prédictif de la surcharge pondérale, alors même que l'enfant a encore une corpulence normale (19). Dans cette étude, il n'était pas utilisé car méconnu ou parfois remis en question. Pourtant il pourrait permettre de favoriser une prise de conscience du problème à un moment où l'enfant est encore totalement dépendant de ses parents pour son alimentation. Ce serait un outil performant pour le médecin, l'enfant et les parents.

4.4.2/ L'hygiène de vie

L'hygiène de vie était souvent explorée en premier lieu, avec un lien de causalité très fort pour certains médecins. En effet, le déséquilibre prolongé de la balance énergétique associant excès d'apports et insuffisance de dépenses contribue largement au développement de la surcharge pondérale. L'alimentation était explorée systématiquement et de manière souvent plus approfondie que l'activité physique ou la sédentarité.

L'hygiène de vie est un domaine vaste et complexe dont les déterminants sont extrêmement nombreux, comme le suggère P. SIMON (Figure 2) (20).



Figure 2 : Déterminants de l'activité physique et des choix alimentaires

Les apports : L'alimentation

« Manger est une histoire d'amour, une affaire d'argent, un signe de santé, une question de goût... Mais aussi des habitudes, des croyances, des attitudes, d'éducation, de culture et de convivialité qui nous concernent tous et ne nous laissent pas indifférents » (C. LEVY, L. SABAN) (21).

La plupart des médecins débutaient leur exploration de la surcharge pondérale par une évaluation alimentaire. Certains s'appuyaient d'emblée sur des diététiciens afin de gagner du temps et proposer une exploration plus complète, d'autres le faisaient plutôt en seconde intention. Quelques-uns exprimaient des divergences théoriques concernant l'équilibre nutritionnel. Les représentations des médecins ou des patients pouvaient être un frein, mais l'accès aux consultations de diététique était surtout limité par l'absence de prise en charge financière.

L'alimentation ne peut être seule responsable de la surcharge pondérale, mais certaines caractéristiques des prises alimentaires semblent avoir un lien fort, comme l'absence de petit déjeuner et la prise de boissons sucrées en excès. L'enquête de la DREES de 2013 concernant la santé des élèves de grande section de maternelle corrobore cette hypothèse (2). Ces deux éléments étaient très souvent recherchés par les médecins de cette étude.

Les prises alimentaires en dehors des repas étaient également explorées par les médecins interrogés. Elles sont devenues plus fréquentes, comme le suggère une étude américaine qui arguait une augmentation des calories extra prandiales de 240 % entre 1977-78 et 1994-96 aux Etats-Unis, représentant de fait 25% des apports quotidiens (22). Elles peuvent être difficiles à quantifier, mais doivent être recherchées car elles perturbent les signaux de faim et de satiété.

Les médecins ne recherchaient que rarement la cause de ces grignotages, or il semble important de la déterminer. Ces prises alimentaires peuvent avoir un caractère compulsif et culpabilisant qui renforce la souffrance psychologique de l'enfant. L'ennui est le motif le plus avoué des grignotages, et pour certains psychanalystes, s'ennuyer peut être un marqueur de carence narcissique que l'enfant va combler en mangeant (15).

Les médecins interrogés s'attachaient peu aux goûts de l'enfant, tout en essayant d'éviter d'interdire certains aliments. Les goûts et dégoûts de l'enfant mais aussi ceux de la famille ont une importance, car les aliments ont plus de chance d'être acceptés s'ils sont familiers et donc consommés par la famille (23). La préférence pour le sucré est innée et universelle, renforcée par l'environnement culturel et familial, par exemple via le système punition-récompense (15).

Les repas dans le cadre scolaire étaient souvent idéalisés tout en étant méconnus, témoignant probablement de l'attente immense de la société à l'égard de l'école (24). Le Ministère de l'Education, en collaboration avec celui de la Santé, donne des principes généraux d'équilibre alimentaire qualitatif et quantitatif. Cependant les repas des élèves d'école primaire sont gérés par les collectivités locales, ce qui suggère d'importantes variations entre les différentes communes (25).

Le goûter était souvent exploré par les médecins, avec beaucoup de représentations quant à son caractère hypertrophié et sucré. L'étude INCA-2 a analysé les consommations alimentaires des adultes et des enfants en 2006-2007. Le goûter représentait 13% des apports nutritionnels quotidiens. Il était principalement constitué de glucides simples et de lipides (viennoiseries, biscuits, pâtisseries, chocolat), les fruits et compotes étaient rarement consommés (26).

Le contexte des repas pris à domicile et la place de la nourriture dans la famille étaient peu explorés. Il s'agit pourtant d'éléments importants, d'une grande variabilité, reflétant le fonctionnement relationnel d'une famille. Le repas est un moment de convivialité qui

renforce les liens familiaux. L'absence de plaisir et de convivialité familiale au moment des repas tout au long de l'enfance est un facteur de déstructuration pouvant favoriser les grignotages. Aborder le contexte des repas par l'ambiance à table pourrait faciliter le dialogue (27).

Le repas le soir n'était pas évoqué dans l'étude, or il peut avoir un rôle protecteur lorsqu'il est structuré et pris en famille (28), même s'il a beaucoup évolué ces dernières décennies. Il apparaît dans certaines études une moindre prise de poids lorsque le dîner est moins riche en apports énergétiques que le déjeuner (29).

Les modifications de la société ont transformé la structure et le contenu des repas. Traditionnellement, la femme était une mère nourricière qui cuisinait pour toute la famille. A partir des années 1960-70 la France s'urbanise et les femmes travaillent, cessant d'être uniquement mères au foyer. S'y associe une logique féministe d'émancipation et de redistribution des rôles dans le couple et dans la famille. La résultante en est une diminution du temps consacré à l'acte culinaire, parallèlement au développement de l'industrie agroalimentaire. Le repas structure moins qu'avant l'organisation du quotidien. De plus, avec le développement des transports, le travail s'éloigne du domicile, induisant souvent une simplification de la structure du déjeuner. Le repas du soir est également modifié, avec une part notable de plats préparés industriellement (30). Dans L'étude INCA-2, on note une part plus importante de soupes, pizzas, quiches et pâtisseries salées consommées lors du dîner par les enfants. Le repas du soir avait tendance à être moins consistant que celui du midi, il représentait 31% des apports nutritionnels contre 34% pour le déjeuner. Les apports énergétiques totaux ont toutefois baissé entre 1998-99 (INCA-1) et 2006-07 (INCA-2), peut-être en lien avec le PNNS (26).

De nombreux médecins avaient du mal à se départir de leur vécu et de leurs représentations concernant l'alimentation lors de l'interrogatoire. Certaines études ont démontré que des médecins ayant eux-mêmes des habitudes alimentaires saines étaient plus enclins à donner des conseils nutritionnels (31).

Par ailleurs, la multiplicité des discours et des intervenants (médecins, diététiciens, nutritionnistes, entourage, médias) concernant l'alimentation et l'évolution des repères nutritionnels au fil des décennies sont des facteurs de confusion pour les médecins, mais aussi pour les patients.

Une étude américaine ciblant des étudiants en médecine a montré que leur intérêt pour la nutrition déclinait au cours du cursus de formation (32). La nutrition n'est pas enseignée spécifiquement au cours du premier cycle des études médicales françaises et elle est faiblement présente au sein de plusieurs modules du second cycle (environ 2 heures par module de 60 à 80 heures). Au total l'étudiant reçoit une vingtaine d'heures de formation nutritionnelle, ce qui semble peu (33).

Les dépenses : L'activité physique et la sédentarité

La dépense énergétique totale est constituée de la dépense de repos (environ 60%, variable en fonction de l'âge, du sexe, de la masse maigre), de la thermogenèse postprandiale (environ 10%) et de la dépense générée par l'activité physique (modulable). Chez l'enfant la croissance s'ajoute au métabolisme de repos, pour une part faible mais non négligeable.

Dans l'étude, l'activité physique et la sédentarité semblaient plus complexes à explorer pour les médecins.

Les comportements sédentaires regroupent les activités à faible dépense énergétique, physiquement passives. Ils favorisent le développement de la masse grasse mais ont surtout tendance à se maintenir tout au long de l'enfance et de l'adolescence lorsqu'ils sont adoptés très tôt.

Beaucoup de médecins mentionnaient le temps passé devant les écrans, qui semble être un bon indicateur de sédentarité. En effet, la télévision est le premier loisir en France et dans le monde (34). Les enfants passent en moyenne trois heures par jour devant la télévision, ce temps augmentant avec l'âge indépendamment du sexe (35). 55,8% des enfants de 6 ans obèses passent plus d'une heure par jour d'école devant la télévision contre 42,9% en moyenne (2).

L'effet délétère sur la corpulence du temps passé devant les écrans est double, lié à la faible dépense énergétique de ce loisir (cinquante minutes de télévision sont équivalentes à une heure de sommeil), mais également parce qu'il est corrélé positivement à l'absorption concomitante d'aliments palatables, souvent à haute densité énergétique (36). Sachant que 10 % du temps passé devant la télévision est constitué de publicités, il faut noter son rôle favorisant sur ces prises alimentaires. La publicité influence les

comportements en valorisant certains aliments, de préférence sucrés et/ou gras (70 % des publicités alimentaires concernaient des produits sucrés en 2007) (34).

Les recommandations françaises conseillent de limiter les temps d'écran à visée récréative sans préciser de durée. Celle-ci est fixée à moins d'une heure par jour entre 2 et 5 ans en Australie et au Canada (36).

L'activité physique chez l'enfant a un rôle positif sur le développement osseux, moteur, cognitif et social (37). Elle n'a pas, seule, d'effet sur la corpulence, mais permet de pérenniser l'amaigrissement en développant la masse maigre, augmentant ainsi la dépense énergétique de repos (38). La HAS recommande une activité physique modérée à intense cumulée de plus de 60 minutes par jour, sans différencier les activités sportives des activités quotidiennes.

Le niveau d'activité physique a baissé dans les populations occidentales, et la France fait partie des pays les moins actifs d'Europe (39). Jusqu'à récemment, les enfants étaient considérés comme « naturellement actifs » (40). Le développement d'outils tels que l'accéléromètre a permis de mesurer objectivement le niveau d'activité physique. Une étude française sur des enfants âgés en moyenne de 10 ans a montré que seuls 10% pouvaient être considérés comme actifs selon les recommandations en vigueur (41). Les résultats sont semblables au niveau européen, avec une différence significative selon le genre, les garçons étant plus actifs que les filles (42). Il semblerait par ailleurs que les enfants vivant en milieu semi-rural à rural soient plus actifs que ceux vivant en ville (43).

L'exploration des dépenses énergétiques était moins systématisée que celle de l'alimentation. Les médecins de l'étude donnaient principalement des conseils pour limiter les comportements sédentaires, proposant souvent de faire les trajets à pied plutôt qu'en voiture et de favoriser les activités ludiques en extérieur et en famille.

Les enfants étaient souvent encouragés à faire une activité sportive, mais sans fixer de cadre en terme de durée, de fréquence ou d'intensité. Pour les enfants en surpoids ou obèses, les recommandations conseillent de favoriser les activités d'intensité modérée de durée prolongée (au minimum vingt minutes), répétées (trois fois par semaine), non traumatisantes (38). Les politiques de santé publique promeuvent le développement de structures favorisant l'activité physique, mais cela reste dépendant des municipalités. On peut donc poser la question de l'accessibilité selon le lieu de vie, et considérer l'inégalité qui en découle.

Si quelques médecins avaient conscience de la difficulté éprouvée par les enfants obèses pour pratiquer certains sports, l'activité physique adaptée, telle qu'elle est présentée dans le PNNS 2011-2015, restait méconnue des médecins. Il est important de noter que la mauvaise image de soi et de son corps peut être un frein à la pratique de l'activité physique. Il est essentiel d'individualiser cette pratique en partant du ressenti corporel de l'enfant. L'objectif n'est pas la performance mais la santé. Motiver l'enfant, c'est lui donner envie en proposant du choix, en positivant les résultats de ses efforts et en évitant la notion de comparaison qu'il subit dans la pratique de l'activité physique classique (44).

Le sport à l'école génère de nombreuses représentations influencées par le vécu des médecins interrogés. Une étude de 2009 sur 93 enfants de 8 à 11 ans a déterminé que les temps de récréation (18% du temps d'éveil de l'enfant) représentaient 70% de l'activité physique modérée à vigoureuse dans la journée de l'enfant (45). Le Ministère de l'Éducation prévoit 3 heures d'activités physiques et sportives par semaine en école élémentaire, adaptées selon les moyens humains et techniques disponibles (46). Le sport à l'école reste encore dans un cadre normatif, véhiculant un idéal de performance, non adapté pour un enfant en surcharge pondérale. Les principaux facteurs de motivation pour l'initiation et l'engagement de l'enfant dans une pratique physique durable sont la compétence physique et le sentiment d'efficacité personnelle, modulés par des facteurs de capacité et de renforcement (47). Les stratégies d'intervention devraient favoriser un idéal de progression plutôt que de performance, exerçant ainsi un rôle de renforcement positif auprès de l'enfant en surpoids ou obèse.

La notion de plaisir et les goûts de l'enfant étaient plus souvent pris en compte par les médecins de l'étude que dans le domaine de l'alimentation. Il s'agit d'explorer ce que l'enfant souhaite faire afin de faciliter sa mise en pratique.

4.4.3/ La causalité psychosomatique

L'exploration psychologique était peu fréquemment réalisée par les médecins de cette étude. Elle s'attachait plus souvent à évaluer le retentissement que la causalité de la surcharge pondérale. Les médecins n'orientaient jamais vers le psychologue ou le pédopsychiatre en première intention.

L'étude de la causalité psychologique est complexe. De nombreuses études ont mis en évidence une fréquence accrue des troubles psychologiques chez l'enfant obèse par

rapport à l'enfant de poids normal, tels que troubles affectifs, THADA (Troubles de l'Hyperactivité Avec Déficit d'Attention) et troubles alimentaires de type Binge Eating Disorder (48). Cependant la plupart de ces études n'ont pas un niveau de preuve suffisant pour permettre de déterminer s'il s'agit d'une causalité, d'une simple association ou d'un effet de la surcharge pondérale (49). Une méta-analyse de 2008 a montré que les adolescentes souffrant de dépression avait significativement 2,5 fois plus de risque de développer une surcharge pondérale par rapport aux adolescentes non dépressives (50).

La recommandation de la HAS suggère fortement de s'intéresser à la participation psychologique, mais jusqu'ici les politiques de prévention ont principalement ciblé la modification des modes de vie, laissant un peu de côté les aspects psychiques, causes ou conséquences, de l'obésité.

Par ailleurs la prise en charge psychothérapique de l'enfant en surpoids semblait difficile pour les médecins. La souffrance, principal moteur du changement, peut ne pas être identifiée par l'enfant, et elle est rarement exprimée (51). Le langage n'est pas le fort de l'enfant, encore moins de l'enfant obèse qui est souvent en retrait (14). De plus, l'obésité est souvent considérée en psychanalyse comme servant de protection (le poids qui protège de l'autre), et le symptôme (la compulsion alimentaire) atténue la souffrance et colmate l'angoisse. Les modes d'abord habituels de type psychothérapiques, générant frustration et prise de conscience douloureuse, ne semblent pas adaptés (52).

Il est à noter que les enfants porteurs d'un handicap psychomoteur sont globalement plus à risque de développer une surcharge pondérale que les enfants en bonne santé. Ce risque est majoré en cas d'handicap moteur (1). Sur le plan cognitif, une étude alsacienne de 2013 montrait une prévalence de la surcharge pondérale inversement proportionnelle à la profondeur du déficit intellectuel. Cela était mis en lien avec l'environnement de l'enfant, plus contrôlé lorsqu'il existait une déficience intellectuelle profonde (53).

L'examen physique de l'enfant obèse ne présentait pas de spécificité pour les médecins interrogés.

Quelques médecins ont mentionné l'évaluation du stade pubertaire, mais les obésités secondaires (iatrogènes, génétiques et endocriniennes) étaient rarement recherchées, peut-être à cause de leur faible prévalence ou d'un diagnostic fait plus tôt dans l'enfance. Lorsqu'ils suspectaient une étiologie endocrinienne, ils adressaient souvent d'emblée l'enfant vers le pédiatre.

L'évaluation du sommeil n'a été que peu citée dans notre étude. Les médecins qui s'y intéressaient le faisaient de manière systématique, que l'enfant soit de corpulence normale ou non.

Le raccourcissement du temps de sommeil est corrélé positivement à l'obésité, indépendamment de l'obésité parentale et des styles de vie, surtout lorsqu'il est inférieur à huit heures par nuit (15). Le mécanisme en serait principalement la perturbation de la sécrétion des hormones régulant la faim et la satiété ainsi que de l'hormone de croissance. Mais le lien de causalité n'est pas clairement établi, l'obésité pouvant elle-même engendrer des troubles du sommeil (1). Les recommandations préconisent un temps de sommeil de neuf à onze heures par nuit entre 6 et 12 ans (54,55).

Même si l'information sur le sommeil faisait partie des objectifs du PNNS 2011-2015, ces temps ne sont pas forcément connus des médecins ou des parents (56). L'intégration d'une courbe de sommeil en fonction de l'âge dans le carnet de santé pourrait être intéressante (29).

4.5/ L'exploration du retentissement

Le retentissement psychosocial et émotionnel de la surcharge pondérale était plus souvent recherché que ses conséquences physiques par les médecins interrogés. Son exploration ciblait principalement l'estime de soi et la stigmatisation.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, il a été largement démontré qu'à l'augmentation de l'IMC s'associe la diminution de l'estime de soi, aggravée par une stigmatisation de la société qui véhicule un idéal corporel de minceur. Trente-deux à 50 % des enfants obèses présenteraient une dépression (57).

Dès l'âge de 5 ans les enfants perçoivent leur corpulence et peuvent éprouver des émotions négatives sur leur image corporelle (17). Celles-ci sont influencées par la perception parentale et les commentaires des pairs d'âge. La mauvaise image de soi qui en résulte génère une insatisfaction qui augmente avec l'IMC. Celle-ci agit sur la régulation émotionnelle et la symptomatologie anxiodépressive, majorant l'isolement de l'enfant. Cela peut favoriser le développement de troubles du comportement alimentaire (58). S'y intéresser tôt, avant l'âge de 7 ans, pourrait permettre de limiter le développement de ces troubles (16).

Sur le plan physique, l'évaluation du risque cardiovasculaire n'était pas systématique, alors que des études récentes tendent à démontrer que l'athérosclérose commence dès l'enfance, avec un risque accru d'hypertension artérielle (59).

Le tour de taille estime la masse adipeuse viscérale, reflétant le risque cardiovasculaire et métabolique. Il n'y a pas d'accord sur les références numériques, variant avec le sexe et l'âge. Il est plus aisé de se servir du rapport tour de taille/taille (TT/T). Lorsqu'il est supérieur à 0.5 chez l'enfant, il témoigne d'un excès de graisse abdominale (1). Il n'était pas mesuré par les médecins de l'étude.

Le syndrome métabolique pourrait concerner jusqu'à 30% des enfants et adolescents obèses. Ils ont un risque accru de développer une insulino-résistance voire un diabète de type 2 à partir de l'âge de 10 ans (prévalence : 5%) (59). L'un des symptômes évocateurs, l'acanthosis nigricans, n'a pas été spontanément cité par les médecins qui pour la plupart recherchaient systématiquement la présence d'un diabète lorsqu'ils prescrivaient une prise de sang.

Le retentissement ostéoarticulaire était parfois recherché, principalement sous forme de douleurs articulaires. Les complications orthopédiques de la surcharge pondérale sont rares chez l'enfant : épiphysiolyse de hanche (2/100 000) (60) et tibia vara ou maladie de Blount (prévalence non connue).

Enfin, le retentissement respiratoire (asthme, apnée du sommeil) n'était pas évalué.

Les examens complémentaires n'étaient jamais réalisés en première intention. En seconde intention, en cas d'obésité majeure ou d'antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie, les médecins prescrivaient une analyse biologique à la recherche d'un syndrome métabolique (glycémie, bilan lipidique). Un seul médecin de l'étude prescrivait un bilan hépatique. Cela est conforme aux recommandations de la HAS (1).

4.6/ La place des parents et la consultation tripartite

L'une des difficultés ressenties dans la consultation de l'enfant en surpoids ou obèse était son caractère triangulaire, impliquant la nécessité d'une adhésion et d'une motivation équivalente chez les 3 intervenants. Souvent les médecins réalisaient une annonce conjointe, interrogeant simultanément l'enfant et ses parents, ceci afin d'obtenir une bonne adhésion au projet de changement d'habitudes de vie. Cela pouvait varier en

fonction de l'âge de l'enfant et de la représentation du médecin quant à sa capacité de compréhension.

L'étude de KIEK T. et al, basée sur des entretiens filmés entre 1975 et 1993, s'est intéressée à la participation des enfants de 4 à 12 ans dans les consultations médicales. Dans 90% des cas, celle-ci était absente, et dans 72% des consultations, ni le parent ni le médecin ne cherchaient à impliquer l'enfant (61). Depuis quelques années, il semble que l'inclusion de l'enfant dans l'échange devienne de plus en plus fréquente, même si peu d'études en font état. Les travaux de Françoise DOLTO au vingtième siècle et leur vulgarisation ont probablement contribué à transformer l'enfant en un « sujet à part entière », lui conférant un statut de personne. Les modifications du Code de Santé Publique et la loi du 4 mars 2002 vont dans ce sens, et tendent vers une prise en compte et une autonomisation de l'enfant face au soin.

D'après l'article L.1111-4 du Code de Santé Publique, le médecin doit informer le mineur et si possible recueillir son consentement. L'enfant est considéré capable de discernement et a le droit d'exprimer librement son opinion sur les questions l'intéressant. Son avis doit être pris en considération en fonction de son âge et de sa maturité (article L. 1111-2). Cela permet d'intégrer l'enfant dans le colloque médecin patient, tout en sachant que le consentement des parents est une condition nécessaire pour agir (Article 36 du Code de Déontologie Médicale) (62).

Le médecin a donc une responsabilité morale vis-à-vis des parents mais aussi de l'enfant, avec la notion de « défense de l'intérêt de l'enfant » (Art. 43 Code de Déontologie Médicale) (62). Depuis la loi du 4 mars 2002, les parents partagent cette responsabilité, la finalité de l'autorité parentale devenant l'intérêt de l'enfant et non plus celui des parents (63).

La spécificité de la surcharge pondérale réside dans son caractère multifactoriel. Les premiers leviers d'actions ciblent l'hygiène de vie, or celle-là même est transmise et contrôlée par le cadre familial dans l'enfance. Le médecin généraliste doit donc réaliser une éducation thérapeutique double, ciblant l'enfant et ses parents.

Cette éducation thérapeutique s'est complexifiée avec les modifications de la société, notamment le développement de la monoparentalité. Cette notion, apparue dans les années 1970, est en augmentation : en 1990 7% des parents d'enfants mineurs étaient isolés, en 2011 ils étaient 12% (64).

La monoparentalité génère des inégalités sociales. Les parents isolés sont plus souvent au chômage ou inactifs et donc dans une situation de précarité économique et sociale. Par ailleurs le niveau de diplôme des parents isolés, même s'il a augmenté depuis les années 1990, reste relativement inférieur à celui des parents en couple (64).

Le niveau socioéconomique familial génère beaucoup de représentations négatives chez les médecins de notre étude. Le niveau social, économique et d'instruction de la famille doit cependant être systématiquement évalué afin de prodiguer des conseils adaptés. De nombreuses études ont démontré le lien existant entre obésité et précarité socioéconomique. L'enquête Obepi-Roche 2012 mettait en avant une relation inversement proportionnelle entre l'obésité de l'individu et son niveau d'instruction, ainsi qu'avec le niveau de revenus du foyer (13). L'étude Fleurbaix-Laventie avançait une supériorité de l'influence du niveau d'instruction maternel par rapport au niveau économique sur la prévalence du surpoids de l'enfant, probablement par méconnaissance nutritionnelle (65). L'enquête de la DREES sur la santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 est en faveur d'un maintien de ces inégalités sociales de santé, la prévalence du surpoids étant multipliée par deux chez les enfants d'ouvriers par rapport aux enfants de cadres. Cela était mis en lien avec les comportements et habitudes de vie (plus de boissons sucrées et de temps passé devant les écrans dans les familles d'ouvriers). De plus, la prévention et le recours aux soins avaient une place plus importante chez les enfants de cadres (2).

Les médecins de l'étude se disaient souvent défaitistes face aux familles défavorisées. La stabilisation de la prévalence de l'obésité a cependant été observée dans les classes de revenus moyens comme dans les catégories supérieures (13). Toutefois, il est important de prendre en compte la dimension sociale et les représentations de l'alimentation dans les milieux modestes. L'alimentation est le premier luxe accessible. Moins les revenus d'une famille sont élevés et plus la part de sa dépense consacrée à l'aliment est élevée (27% versus 17% en moyenne) (34). La suralimentation de l'enfant peut alors devenir pour les parents une forme de victoire sur les manques et frustrations antérieures, mais aussi témoigner de leur capacité à nourrir leurs enfants (66). Par ailleurs la représentation du corps est variable selon le contexte culturel et économique. Durant plusieurs siècles la surcharge pondérale a été valorisée dans l'imaginaire collectif, signe extériorisé de santé et de richesse (67). Avec l'apparition d'une société de consommation et d'abondance, l'idéal corporel s'est progressivement déplacé vers la minceur.

Les familles financièrement précaires, qui n'ont pas accès à cette abondance, conservent l'image de l'embonpoint comme marqueur de réussite. Cela est également vrai dans certaines populations migrantes, marquées par les images de disette du pays qu'elles ont quitté (30), et dont la construction sociale de la libido s'est culturellement faite autour de la surcharge pondérale, critère de beauté physique (68).

La monoparentalité induit également une augmentation des contraintes familiales et a fait émerger la notion de « famille recomposée ». L'enfant est alors confronté à plus d'adultes qui peuvent être en rivalité dans leurs rôles d'éducateurs mais aussi dans leurs rôles affectifs. Cette rivalité peut devenir un facteur limitant la modification de l'hygiène de vie, et donc la prise en charge de la surcharge pondérale.

On peut se demander si cette évolution de la société (travail maternel, monoparentalité, redistribution des rôles dans la famille) n'a pas entraîné pas une fragilisation des liens familiaux. Cependant le développement psychoaffectif de l'enfant n'est pas conditionné à la forme de sa famille, et la souffrance psychique n'est pas spécifique aux familles monoparentales. Il semblerait que ce qui importe soit la présence des parents aux côtés de l'enfant, et surtout la qualité de cette présence. On peut imaginer qu'un enfant dont les parents ne sont pas disponibles pour lui comble la carence physique par les écrans, et la carence affective ressentie par la nourriture. Les parents de leur côté peuvent amplifier le phénomène en compensant leur absence par une survalorisation de la nourriture (52).

4.7/ Outils et ressources

Le principal « outil » des médecins interrogés était leur expérience. Ils n'avaient pas connaissance de la recommandation de la HAS, qui repose sur un accord d'experts. Pourtant, dans cette étude, tous les principes du dépistage et de l'exploration de la surcharge pondérale de l'enfant tels qu'énoncés dans cette recommandation étaient évoqués (1). Il semble que chaque médecin contribue à une exploration complète, mais qu'aucun médecin ne la réalise entièrement. Le manque de temps et de rémunération spécifique pour réaliser une exploration complète et une prise en charge efficace est une limite souvent évoquée par les médecins généralistes dans les études. Le caractère multifactoriel de l'obésité est probablement intrinsèquement limitant.

Plusieurs médecins évoquaient l'absence de support pratique et simple d'accès ou de réseau de proximité. On ne compte effectivement pas de réseau ambulatoire de type RéPPOP au sein du Maine et Loire, peut-être parce que la prévalence de la surcharge pondérale est plus faible en Pays de la Loire que dans d'autres régions de France (11.8% d'adultes obèses en 2012 vs 15% au niveau national) (13). Une prise en charge multidisciplinaire n'est donc envisageable qu'en structure hospitalière, dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) d'Angers ou de Nantes, ce qui peut être un facteur limitant pour certains patients.

Peu de médecins connaissaient le PNNS, et aucun ne se servait des livrets d'information concernant l'alimentation de l'enfant. Ceux qui le connaissaient mettaient en doute son efficacité. On peut penser que le faible niveau de connaissance et d'adhésion des médecins généralistes à ce programme est lié aux moyens utilisés pour sa diffusion (69). Aucun médecin généraliste n'a participé à l'élaboration du PNNS et la communication a principalement ciblé la population générale. Cependant la stabilisation de la prévalence de l'obésité observée entre les années 2000 et 2007 est probablement liée à sa mise en place en 2001 (70,71).

Il existe peu d'études sur l'efficacité à long terme des interventions comportementales. Une synthèse de la littérature de 2005 montrait une efficacité des interventions d'intensité modérée à intense (souvent conduites en centre de soins spécialisés) sur la perte de poids à court et moyen terme (72). L'étude Fleurbaix-Laventie, qui a suivi des enfants de 5 à 12 ans entre 1992 et 2004, a conclu à un effet synergique des interventions lorsqu'elles ciblaient à la fois les enfants et les parents dans un contexte de mobilisation communautaire, y compris dans les populations défavorisées (65).

4.8/ Difficultés et représentations des médecins

Il est difficile pour le soignant d'interroger les parents de l'enfant en surpoids ou obèse sur l'hygiène de vie sans remettre en cause l'éducation qu'ils prodiguent à leur enfant. Cela est particulièrement vrai sur le plan de l'alimentation qui est au cœur de l'instauration des relations précoces entre l'enfant et ses parents. Parler de troubles dans l'alimentation peut être vécu par les parents comme une défaillance de leur part dans l'éducation de leur enfant. Il est important d'éviter de dévaloriser et de culpabiliser les parents pour éviter de fermer le dialogue (73).

La société actuelle véhicule encore une image négative et stigmatisante du sujet obèse au niveau général, sociétal et individuel. La surexposition d'un modèle corporel par tous types de médias promeut insidieusement une norme, un idéal corporel de minceur dès le plus jeune âge. La minceur est devenue critère de beauté. Un exemple marquant de l'imposition de cette norme dans l'inconscient collectif est la poupée Barbie, dont les mensurations correspondent à 0.004% des françaises entre 16 et 25 ans (74). Lorsque l'on sait que peu de petites filles n'en possèdent pas (14% en 1990) (75), on peut mesurer l'importance de l'influence de cet idéal-type et ses conséquences, notamment de rejet par la femme d'un corps considéré anormal.

Mais la minceur est également devenue synonyme de santé. La personne en surpoids est donc un mauvais citoyen, un malade en puissance qui va finir par coûter cher à la société.

Plusieurs médecins de l'étude n'échappaient pas à ces représentations collectives. En 2005, l'enquête de BOCQUIER A. et al. montrait que 30% des médecins avaient des attitudes négatives vis-à-vis des personnes en surcharge pondérale, et que 58 % étaient pessimistes quant à leur capacité à perdre du poids (8).

Il est difficile de lutter contre des éléments qui ne sont pas conscients. Le médecin peut avoir des difficultés à s'extraire de ses représentations et de son vécu pour aborder l'intimité de l'hygiène de vie et de l'éducation de l'enfant. Mais cela est nécessaire et fait partie du rôle du médecin qui se doit de respecter toutes les personnes « sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions » (Serment d'Hippocrate).

Les médecins n'étaient globalement pas très intéressés par la problématique de la surcharge pondérale infantile, mais se disaient conscients de la nécessité de la dépister et la prendre en charge. C'est un élément qui revient souvent dans la littérature (9,76).

5/ Conclusion

L'exploration du surpoids et de l'obésité de l'enfant est longue et complexe à réaliser pour le médecin généraliste. Explorer l'hygiène de vie constitue une intrusion dans l'intimité familiale, et peut remettre en cause les principes d'éducation parentale.

La formation médicale est trop centrée sur la physiopathologie de l'alimentation et de l'activité physique et pas assez sur les dimensions psychosociologiques qui la conditionnent. Les supports existants ne sont pas utilisés, peut-être en lien avec leur caractère général qui n'est pas adapté à la situation du patient.

Les médecins se sentent souvent isolés et sont de fait découragés d'avance. Mis en échec dès le départ, ils sont peu interventionnistes. La surcharge pondérale ne peut être perçue d'un point de vue strictement médical en raison de la multiplicité de ses déterminismes. Le développement de structures et réseaux de proximité pourrait permettre de faciliter la mise en place d'une prise en charge multidisciplinaire qui semble être la seule alternative efficace en soins ambulatoires.

L'image négative de la personne en surpoids ou obèse dans l'inconscient collectif (y compris celui du médecin) doit être remodelée. A l'heure de la création du quatrième PNNS, il conviendrait de développer des axes stratégiques de renforcement positif pour lutter contre la stigmatisation.

La prévention de la surcharge pondérale est une affaire de politiques de santé publique. Sa mise en œuvre est sous la responsabilité des municipalités et de l'individu. Une étroite collaboration semble donc indispensable entre les différents acteurs.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé - Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003),2011 [Internet]. [cité 12 déc 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964941/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003
2. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités (...) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 11 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-eleves-de-grande-section-de-maternelle-en-2013,11486.html>
3. OMS | Obésité et surpoids [Internet]. WHO. [cité 12 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
4. Emery C, Dinet J, Lafuma A, Sermet C, Khoshnood B, Fagnani F. Évaluation du coût associé à l'obésité en France. *Presse Médicale*. juin 2007;36(6, Part 1):832-40.
5. Étiologie - Causes du surpoids et de l'obésité [Internet]. Obésité - ulaval.ca. [cité 13 janv 2016]. Disponible sur: <http://obesite.ulaval.ca/obesite/generalites/etiologie.php>
6. Cailliez É, Fanello S, Gérard S, Pietri M. Obésité infantile et médecine générale. *Soins PédiatriePuériculture*. juill 2012;33(267):41-5.
7. Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant [Internet]. mgfrance.org. 2014 [cité 20 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/540-les-enfants-doivent-pouvoir-choisir-leur-medecin-traitant2014>
8. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in france. *Obes Res*. avr 2005;13(4):787-95.
9. Thibault H, Desbrest Bastet M, Ducos G, Saubusse E, Maurice-Tison S. Pratiques et attentes des médecins Une enquête du réseau REPOP Aquitaine. 13/11/2007. 129(33/34):1181-4.
10. ameli.fr - Démographie [Internet]. [cité 11 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/age-et-sexe.php>
11. La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine (...) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 11 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-prise-en-charge-des-enfants-de-moins-de-16-ans-en-medecine-generale,5095.html>
12. Thibault H, Rolland-Cachera MF. Stratégies de prévention de l'obésité chez l'enfant. *Arch Pédiatrie*. déc 2003;10(12):1100-8.
13. Enquête ObEpi-Roche 2012 : la progression de l'obésité ralentit en France [Internet]. [cité 27 déc 2015]. Disponible sur: http://www.roche.fr/medias/actualites/enquete_ObEpi-Roche_2012_la_progression_de_l_obesite_ralentit_en_france.html
14. Dumet N. Angoisse et résistance psychologique à la parole autour de l'enfant obèse. In: *Obésité de l'enfant : le poids des mots Comment communiquer pour prévenir et*

- prendre en charge ? Actes de la journée d'échanges du mardi 28 novembre 2006. Villefontaine: CRAES-CRIPS; 2007. p. 67-71.
15. Cassuto D-A. La première consultation de nutrition chez un enfant et un adolescent obèses. *Enfances Psy.* 1 janv 2005;no27(2):61-70.
 16. Tremblay L, Limbos M. Body Image Disturbance and Psychopathology in Children: Research Evidence and Implications for Prevention and Treatment. *Curr Psychiatry Rev.* 1 févr 2009;5(1):62-72.
 17. Baxter SL, Collins SC, Hill AJ. « Thin people ... they »re healthy': young children's understanding of body weight change'. *Pediatr Obes.* 23 oct 2015;
 18. Treppoz S. Prise en charge de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ? In: *Obésité de l'enfant : le poids des mots Comment communiquer pour prévenir et prendre en charge ? Actes de la journée d'échanges du mardi 28 novembre 2006.* Villefontaine: CRAES-CRIPS; 2007. p. 72.
 19. Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Bellisle F, Sempé M, Guilloud-Bataille M, Patois E. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. *Am J Clin Nutr.* janv 1984;39(1):129-35.
 20. Simon C. Prévention de l'obésité. 2005. sept 2005;55(13):1453-60.
 21. Lévy C, Saban L. Si l'assiette m'était contée... *Le Furet.* mars 2005;(46).
 22. Brée J. Marketing, enfants et obésité. *Enfances Psy.* 1 janv 2005;no27(2):24-36.
 23. Rigal N. Alimentation :La naissance du goût. Par Nathalie Rigal [Internet]. *agrobiosciences.org.* 2002 [cité 2 janv 2016]. Disponible sur: http://www.agrobiosciences.org/article.php3?id_article=0790
 24. Neulat N. L'éducation nutritionnelle à l'école. *Enfances Psy.* 1 janv 2005;no27(2):96-100.
 25. La restauration à l'école [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. [cité 2 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/cid45/la-restauration-a-l-ecole.html>
 26. INCA 2 : les résultats d'une grande étude | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. [cité 27 déc 2015]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/inca-2-les-r%C3%A9sultats-d'une-grande-%C3%A9tude>
 27. Job-Huert N. Prévention de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ? In: *Obésité de l'enfant : le poids des mots Comment communiquer pour prévenir et prendre en charge ? Actes de la journée d'échanges du mardi 28 novembre 2006.* Villefontaine: CRAES-CRIPS; 2007. p. 48-50.
 28. Bouglé D. L'obésité chez l'enfant. *Enfances Psy.* 1 janv 2005;no27(2):9-14.
 29. Böhme P, Claustrat B, Grillet Y, Guy-Grand B, Orvoen-Frija E, Pépin J-L. Recommandations sur le thème sommeil et obésité [Internet]. Les recommandations de la SFRMS - SFRMS. 2012 [cité 27 déc 2015]. Disponible sur: http://www.sfrms-sommeil.org/wp-content/uploads/2014/12/Recommandations-professionnelles-sur-le-th%C3%A8me-Sommeil.VF_.pdf
 30. Corbeau J-P. Évolution des modes de vie et des trajectoires sociales d'obésité chez les jeunes enfants. *Enfances Psy.* 1 janv 2005;no27(2):17-23.

31. Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff BF. Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the Women Physicians' Health Study. *Arch Fam Med.* avr 2000;9(4):359-67.
32. Spencer EH, Frank E, Elon LK, Hertzberg VS, Serdula MK, Galuska DA. Predictors of nutrition counseling behaviors and attitudes in US medical students. *Am J Clin Nutr.* sept 2006;84(3):655-62.
33. Martin A. La formation à la nutrition des professionnels [Internet]. Ministère de la Santé et des Sports; 2009 avr [cité 12 janv 2016] p. 47. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000169/index.shtml>
34. Jullien M. Les mécanismes d'influence de la publicité sur le comportement de l'enfant. In: *Obésité de l'enfant : le poids des mots Comment communiquer pour prévenir et prendre en charge ? Actes de la journée d'échanges du mardi 28 novembre 2006.* Villefontaine: CRAES-CRIPS; 2007. p. 33-43.
35. INVS | Étude nationale nutrition santé, ENNS, 2006 [Internet]. [cité 27 déc 2015]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2007/nutrition_enns/
36. Activité physique | Recommandations en matière de comportements sédentaires chez les jeunes enfants [Internet]. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. [cité 27 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.enfant-encyclopedie.com/activite-physique/selon-experts/recommandations-en-matiere-de-comportements-sedentaires-chez-les>
37. Activité physique | Niveaux habituels d'activité physique chez les jeunes enfants [Internet]. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. [cité 27 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.enfant-encyclopedie.com/activite-physique/selon-experts/niveaux-habituels-dactivite-physique-chez-les-jeunes-enfants>
38. Les synthèses du PNNS - Activités Physiques Adaptées et prise en charge des jeunes en surpoids et Obèses [Internet]. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr. 2010 [cité 3 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/les-syntheses-du-pnns.html>
39. Sjöström M, Oja P, Hagströmer M, Smith BJ, Bauman A. Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. *J Public Health.* 19 mai 2006;14(5):291-300.
40. Activité physique | Corrélat de l'activité physique au cours de la petite enfance [Internet]. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. [cité 27 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.enfant-encyclopedie.com/activite-physique/selon-experts/correlats-de-lactivite-physique-au-cours-de-la-petite-enfance>
41. Guinhouya B, Vilhelm C, Allogio C, Apété G, Zitouni D, Redlich Y, et al. Niveau d'activité physique objectivement mesurée chez des enfants du Nord de la France. *J Pédiatrie Puériculture.* oct 2010;23(5):297-303.
42. Verloigne M, Van Lippevelde W, Maes L, Yildirim M, Chinapaw M, Manios Y, et al. Levels of physical activity and sedentary time among 10- to 12-year-old boys and girls across 5 European countries using accelerometers: an observational study within the ENERGY-project. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012;9:34.

43. Inskip H, Baird J, Barker M, Briley AL, D'Angelo S, Grote V, et al. Influences on adherence to diet and physical activity recommendations in women and children: insights from six European studies. *Ann Nutr Metab.* 2014;64(3-4):332-9.
44. Sauvageon D. Prise en charge de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ? In: *Obésité de l'enfant : le poids des mots Comment communiquer pour prévenir et prendre en charge ? Actes de la journée d'échanges du mardi 28 novembre 2006.* Villefontaine: CRAES-CRIPS; 2007. p. 67-71.
45. Guinhouya BC, Lemdani M, Vilhelm C, Hubert H, Apété GK, Durocher A. How school time physical activity is the « big one » for daily activity among schoolchildren: a semi-experimental approach. *J Phys Act Health.* juill 2009;6(4):510-9.
46. Le sport à l'école élémentaire [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. [cité 6 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/cid4363/le-sport-a-l-ecole-elementaire.html>
47. Guinhouya BC, Apété GK, Hubert H. [The determinants of habitual physical activity (HPA) in children: update and implications for care and prevention options in pediatric overweight/obesity]. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* févr 2010;58(1):49-58.
48. Roth B, Munsch S, Zumsteg U, Isler E. Aspects psychologiques de l'obésité infantile et de son traitement. 2004. 15(6):29-31.
49. Budowski M. Obésité infantile et troubles psychologiques - Cause ou conséquence ? *Rev Prat Nov 2007.* 2007;21(788):1057-8.
50. Blaine B. Does depression cause obesity?: A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *J Health Psychol.* nov 2008;13(8):1190-7.
51. Run J-LL. À la croisée des chemins : de la consultation. *Enfances Psy.* 1 déc 2000;no 12(4):53-60.
52. Run J-LL. Trop de poids, pas assez de quoi ? *Enfances Psy.* 1 janv 2005;no27(2):119-26.
53. Observatoire régional de la santé d'Alsace. Prévalence du surpoids et de l'obésité chez des enfants et adolescents accueillis en IME et en Itep en Alsace [Internet]. Agence régionale de santé d'Alsace; 2013 juil [cité 9 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.orsal.org/activites/etudes/result.php?annee=2013&id=18&Submit=OK>
54. Sommeil et ses troubles [Internet]. inserm.fr. 2011 [cité 4 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/sommeil>
55. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *Sleep Health J Natl Sleep Found.* 1 déc 2015;1(4):233-43.
56. GIORDANELLA JP. rapport sur le thème du sommeil : rapport au ministre de la santé et des solidarités. Paris : MSS (Ministère de la Santé et des Solidarités); 2006.
57. LASFAR M. Obésité et prise en charge pédopsychiatrique : pour quels adolescents ? [Internet]. P remières rencontres haut - normandes autour de l' obésité « L'obésité, tous concernés ! »; 2015 sept [cité 4 janv 2016]; Rouen. Disponible sur: <http://ars.haute-normandie.sante.fr/1eres-Rencontres-Haut-Normande.184353.0.html>

58. Borloz S, Moser C, Crottet B, Van Beirs S, Krayenbuhl S, Balz A, et al. Que proposer à un enfant obèse et sa famille? Expériences d'une structure spécialisée. *Paediatrica* 2013;24(4):24-7.
59. Nicolino M, Villanueva C. Que risque l'enfant obèse ? Des complications à plus ou moins long terme. *Rev Prat Déc* 2015. 65(10):1275-7.
60. Job-Deslandre C. Pathologie de la hanche chez l'enfant. *Rev Rhum.* avr 2009;76(4):361-6.
61. Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, Bensing J. Doctor-parent-child relationships: a « pas de trois ». *Patient Educ Couns.* sept 2002;48(1):5-14.
62. Le code de déontologie médicale | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 6 janv 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915>
63. Mineurs et soins | Conseil départemental de l'ordre des médecins de Côte d'or [Internet]. [cité 4 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.conseil21.ordre.medecin.fr/node/1437>
64. Les familles monoparentales depuis 1990 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 11 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-familles-monoparentales-depuis-1990,11514.html>
65. Romon M, Lommez A, Tafflet M, Basdevant A, Oppert JM, Bresson JL, et al. Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes. *Public Health Nutr.* oct 2009;12(10):1735-42.
66. Régnier F. L'obésité de l'enfant : comprendre les populations à risque. *Rev Prat.* nov 2015;65(9):1137-8.
67. Fourn J-YL. François Rabelais ou l'apologie du trop. *Enfances Psy.* 1 janv 2005;no27(2):114-8.
68. Epelboin A. Paroles, façonnages et soins relatifs aux corps sains et malades en Afrique et dans les diasporas. In: *Actes Groupe de réflexion Migrant de l'hôpital Avicenne.* Bobigny; 2014. p. 6-18.
69. Diabira F. évaluation de l'impact du programme national nutrition santé sur la pratique des médecins généralistes – étude qualitative menée dans une population de médecins généralistes d'Ille et Vilaine [Thèse d'exercice]. [Angers]: Université d'Angers; 2012.
70. Salanave B, Peneau S, Rolland-Cachera M-F, Hercberg S, Castetbon K. Stabilization of overweight prevalence in French children between 2000 and 2007. *Int J Pediatr Obes IJPO Off J Int Assoc Study Obes.* 2009;4(2):66-72.
71. Lassale C, Galan P, Julia C, Fezeu L, Hercberg S, Kesse-Guyot E. Association between adherence to nutritional guidelines, the metabolic syndrome and adiposity markers in a French adult general population. *PLoS One.* 2013;8(10):e76349.
72. Chevalier P. Efficacité des interventions pour le contrôle du poids chez l'enfant. *Minerva Website.* nov 2010;9(10):116-7.
73. Gerber A. Prévention de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ? In: *Obésité de l'enfant : le poids des mots Comment communiquer pour prévenir et prendre en charge ? Actes de la journée d'échanges du mardi 28 novembre 2006.* Villefontaine: CRAES-CRIPS; 2007. p. 44-7.

74. Gleyse J. Le « normal » comme système disciplinaire ? *Enfances Psy.* 1 janv 2005;no27(2):103-13.
75. Debouzy M. La poupée Barbie. *Clio Femmes Genre Hist* [Internet]. 1 nov 1996 [cité 10 janv 2016];(4). Disponible sur: <https://clio.revues.org/446>
76. van Gerwen M, Franc C, Rosman S, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Primary care physicians' knowledge, attitudes, beliefs and practices regarding childhood obesity: a systematic review. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* mars 2009;10(2):227-36.

Table des matières

Liste des abréviations	10
Quels sont les domaines explorés en consultation de médecine générale pour la prise en charge de la surcharge pondérale chez l'enfant de 6 à 11 ans ?	11
1/ Introduction.....	11
2/ Matériel et Méthodes	14
3/ Résultats.....	15
3.1/ Caractéristiques de la population et des entretiens	15
3.2/ Le repérage de l'obésité infantile.....	15
3.2.1/ Opportunités et obstacles au repérage.....	15
3.2.2/ Les outils du repérage	16
3.2.3/ Comment en parler - L'annonce	16
3.3/ L'exploration.....	19
3.3.1/ L'alimentation.....	19
3.3.2/ L'activité physique.....	22
3.3.3/ La systémique familiale.....	24
3.3.4/ Le volet psychologique	25
3.3.5/ L'examen physique	26
3.3.6/ Explorations complémentaires.....	27
3.4/ Objectifs et modalités de la prise en charge.....	28
3.5/ Ressources, outils et difficultés	29
3.5.1/ Soutien extérieur	29
3.5.2/ A chacun sa trousse à outils.....	30
3.5.3/ Difficultés rencontrées	31
4/ Discussion	33
4.1/Discussion sur la méthode	33
4.2/ Circonstances de consultation et occasions d'aborder le poids.....	34
4.3/ Le poids des mots/l'annonce	35

4.4/ L'exploration de la causalité	36
4.4.1/ Les facteurs de prédisposition précoces	36
4.4.2/ L'hygiène de vie	36
4.4.3/ La causalité psychosomatique	42
4.5/ L'exploration du retentissement.....	44
4.6/ La place des parents et la consultation tripartite	45
4.7/ Outils et ressources	48
4.8/ Difficultés et représentations des médecins.....	49
5/ Conclusion	51
Bibliographie	52
Table des matières.....	58
Table des illustrations.....	60
Annexes	61
Annexe 1 : guide d'entretien	61
Annexe 2 : Exemples d'entretien	63
Annexe 3 : courbes de corpulence chez l'enfant	79

Table des illustrations

Figure 1	12
Figure 2	37

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Prise de contact téléphonique ou par e-mail : Bonjour, je suis interne en médecine générale à Angers, je réalise une thèse sur la surcharge pondérale de l'enfant, pour laquelle j'ai besoin d'interviewer des médecins de la région de Cholet. Je me permets de vous solliciter, sachant que l'entretien dure entre 30 et 60 minutes, et que bien entendu je me déplace selon le lieu et la date qui vous conviennent.

Entretien : Bonjour, nous allons essayer de partir d'un cas, pouvez-vous me raconter la dernière consultation au cours de laquelle vous avez été confronté à un enfant en surpoids ou obèse entre 6 et 11ans ?

- Question complémentaire : comment en avez-vous fait le diagnostic ?

Procédez-vous toujours de cette manière ? Si non pour quelles raisons ?

Quels modes de vie explorez-vous dans cette prise en charge? Comment?

- Alimentation
 - Relances sur les différents aspects (qualité et quantité, contexte, perceptions, goûts)
 - Recours au diététicien
- Activité physique
 - Activités sportives
 - Activités quotidiennes
- Comportements sédentaires

Que faites-vous comme examen clinique chez l'enfant en surpoids, que recherchez-vous?

- tour de taille
- stade pubertaire
- signes de pathologie endocrinienne
- examens complémentaires

Explorez-vous le volet psychologique ?

- adressez-vous vers des psychologues ou pédopsychiatres ?

Vous adressez-vous plutôt à l'enfant, aux parents, ou aux deux ?

- Antécédents familiaux
- niveau socio-économique de la famille
- niveau d'activité physique, loisirs des parents
- représentations/croyances/connaissances

Sur quelles ressources vous appuyez-vous, quels outils utilisez-vous?

- Soutien extérieur : pédiatre, PMI, CHU, professionnels paramédicaux
- Structure publiques ou privées (clubs de sport, écoles, cantines)
- Réseaux de soin
- Recommandation de la HAS et livrets pédagogiques du Plan Nutrition Santé

Quelles difficultés identifiez-vous dans le domaine du surpoids de l'enfant ?

Recherchez-vous le rebond d'adiposité précoce ? (Si non mentionné au cours de l'entretien)

Pour finir, j'ai quelques questions concernant votre activité :

- Age
- Année d'installation
- Durée des consultations
- Patientèle (proportion CMU-AME, pédiatrique)
- Mode d'exercice particulier
- Maître de stage
- Participation réseau de soins
- Participation FMC/DPC, sujets d'intérêt

Annexe 2 : Exemples d'entretien

Entretien n°2

Pouvez-vous me raconter la dernière consultation au cours de laquelle vous avez été confronté à un enfant en surpoids ou obèse entre 6 et 11 ans?

Faut que je réfléchisse (...) Euh j'ai pas de souvenir précis. Le cas précis, euh, c'est vrai qu'on voit de temps en temps des enfants pour les certificats de sport, en ce moment, forcément c'est la saison, euh, cette année, je peux même pas me souvenir. Je pense qu'on en parle peut être 3 fois dans l'année. Parmi mes patients, c'est vrai qu'on fait souvent le calcul de l'IMC et j'ai pas forcément à déplorer des cas fréquents. Dès que je vois que l'IMC de toutes façons se rapproche dangereusement des 25 je mets quand même en garde, dans l'ensemble, donc je parle plus de façon générale, parce que je ne, le dernier cas précis je me souviens pas mais, je vais dire 2 fois sur 3 dans les 6 mois qui suivent quand même on arrive à sensibiliser les parents et le jeune et on a quand même sur les euh, sur les courbes que l'on poursuit des années après, on voit quand même en général un impact sur ce qu'on a dit. Donc, ben souvent de toutes façons c'est facile à repérer hein les erreurs diététiques, les sucreries, grignotages, enfin bon, c'est déjà... euh...

Donc en général vous commencez plutôt par parler d'alimentation?

Oui, puis le sport évidemment, mais souvent ils viennent déjà pour le certificat de, de sport, donc on fait que les encourager bien sûr à, à poursuivre l'activité physique hein.

Et que proposez-vous comme activité physique, lorsqu'ils viennent pour un autre motif par exemple?

Euh... J'ai pas conseillé de sport particulier, évidemment le sport de fond ce serait mieux, mais euh... Si j'ai quand même le cas effectivement d'un jeune où on a poussé, c'était peut-être l'année dernière quand même hein, un ado qui doit avoir à peu près dans les 16 ans, il a vraiment un surpoids qu'on a du mal à combattre, et donc avec les parents pendant 1 an, 2 ans on a essayé de le pousser, il a fini par accepter, mais ça a pas duré longtemps, je crois que, je sais plus quel sport il voulait faire mais, pas du tout sportif dans l'âme lui, il y avait que le dessin qui comptait et, et donc il continuait ses dessins, voilà, on n'a pas réussi à le sortir de sa chaise ou de son fauteuil...

Comment faites-vous le diagnostic de surcharge pondérale chez l'enfant?

Euh...

Vous me parlez de l'IMC..

Ouais, il y a quand même aussi les petits bourrelets, et aussi de temps en temps, voilà quand je les vois où ça commence à prendre un petit peu d'ampleur, je leur fais gentiment la remarque, et donc je leur dis euh dis donc t'en mets en réserve là, t'as peur de manquer à manger (rires), donc ils arrivent à comprendre qu'il faudrait qu'ils se raisonnent. Mais, après, une fois que, on se rend compte qu'une fois que ces petits bourrelets sont là, on stabilise je vous dis au mieux les choses, après on en profite pour reparler du poids, du rapport du poids et de la taille, donc ça peut être un point d'accroche avant même qu'ils soient vraiment avec un IMC au-dessus de la norme, des fois c'est vrai que ça peut être un petit signe avant-coureur quand même pour les sensibiliser à la question.

Donc c'est pareil après on reprend toujours les conseils diététiques, on reprend toujours l'activité sportive hein, bien sûr. Voilà.

Quels conseils diététiques vous donnez?

Moi c'est surtout, euh les jeunes on se doute qu'ils essayent surtout de manger des choses sucrées, hein, on sensibilise autant avec le Nutella, c'est le symbole, euh, la malbouffe chez les ados bien sûr, quand ils sont en âge d'aller au Mc Do ou ça, voilà. On prend un peu les clichés classiques, on met en garde surtout sur le, sur l'absence de prise de conscience sur ce que représentent les grignotages successifs, c'est à dire qu'on se rend pas compte qu'à l'heure du goûter on mange un truc et puis une heure après ou une demi-heure après on revient et on grignote autre chose, et, euh, je pense que ça, ça s'enchaîne, voilà.

Mais ça reste au stade vraiment des, comment dire, des conseils d'ordre général, moi j'ai pas de, comment dire, de fiche préétablie, je parle pas de régime, je parle pas de, de bases très précises, je les mets surtout en garde vis à vis de ce qui est gras et sucré. Je les rappelle aussi à l'ordre sur le fait de pas trop mettre de sel en leur expliquant que ça stimule un peu l'appétit. Pour certains, euh, mais ça même en dehors des jeunes, d'une façon générale quand je parle aussi de, de trop manger, je leur dis devant la télé d'éviter de manger, parce qu'on se rend pas compte qu'on mange davantage.

Parce que je pense on a tendance à prolonger de façon automatique le geste de manger sans qu'on ait conscience même du sentiment de satiété hein.

Je les mets en garde aussi sur le fait de pas manger trop vite quand ils peuvent, voilà, parce que des fois bon on n'a pas de temps à perdre, hein, il y a pas que ça (rires) et on mange à toute vitesse, ben surtout le repas du midi je pense.

Vous donnez des conseils sur l'alimentation plutôt dans sa globalité ou ciblez-vous certains repas, on parlait du déjeuner...?

Si je les interroge quand même sur le fait qu'ils mangent le matin. Ouais hein. Il est pas rare de constater que le petit déjeuner est souvent zappé ou alors vraiment pas assez consistant, et donc je leur dis si vous avez pas vraiment faim en vous levant le matin il y a la possibilité d'avoir une petite collation quand même en milieu de matinée, ce qui évite d'arriver au moment du déjeuner et de se jeter sur, sur le repas du midi hein.

Donc j'insiste bien sur les calories qui doivent être régulièrement réparties.

Et comment vous leur expliquez la répartition de ces calories?

(Soupir) C'est vrai que je prends pas de schéma précis, je leur dis essayez de pas faire l'impasse, s'ils ont envie de manger un fruit le matin au minimum, et puis le midi, enfin en milieu de matinée, s'ils ont envie de manger une petite barre de céréales, une petite tranche de pain, un fruit, ça peut aussi aider à passer un cap.

Mais sinon j'ai, je rentre pas dans les détails, je veux pas leur farcir la tête avec des bases diététiques je suis pas sûr qu'un jeune va vouloir trop, trop écouter là-dessus. Donc on reste vraiment à des choses basiques, très simples, je crois que pour avoir l'adhésion d'un jeune il faut pas trop en dire.

Et chez les enfants plus jeunes, plutôt en école primaire?

Ça se joue beaucoup avec les parents dans ces cas-là, ça reprend les mêmes principes de ce que j'ai dit hein. Et puis d'essayer aussi de voir ce que l'enfant aimerait manger le matin, mais, euh...

Je demande aux parents d'essayer de diversifier, de voir ce qui peut peut-être plaire davantage.

C'est difficile parfois avec les parents?

Les parents en ont conscience, hein, mais après ils nous disent effectivement on en a déjà parlé à notre fils ou à notre fille, et puis, on s'était pas rendu compte qu'il fallait peut être, ou alors les conseils qu'on dit ne sont pas forcément perçus, si c'est le médecin qui

le, qui les réénonce, je pense que l'impact des fois est plus pris en charge. Je pense qu'il faut peut-être aussi être dans le visuel et le support des courbes peut être quelque chose de beaucoup plus facile à comprendre, aussi bien pour les parents que pour les enfants, je pense que voilà, leur dire on est plutôt vers le haut, on est au-dessus de cette ligne ou en dessous, ça leur parle davantage, on parle de moyenne et puis les graphiques sont en général quelque chose qui vraiment est précis pour eux, quantifiable, on peut donc aussi les encourager, puisqu'après bien sûr on peut comparer les 6 mois qui suivent, ou l'année ou les 2 ans qui se sont écoulés, voilà, le chemin qu'on a pu parcourir. Donc souvent quand on, on a réussi à être efficace, on voit très bien le, comment dire, une stagnation ou vraiment un ralentissement de la vitesse de prise de poids. Moi ça quand même je l'ai constaté, assez souvent, mais sans préciser spécialement les 6-11 ans, même les ados on peut y arriver.

On parle de suivi, vous les revoiez dans quelles circonstances? Vous les reconvoquez?

Ça m'est pas franchement arrivé de les reconvoquer spécifiquement pour ça. C'est, ça peut être, je dis des fois aux parents, si on les revoit à l'occasion d'une rhino, à l'occasion d'une otite, quel que soit le prétexte, pas trop centrer les choses, en terme de prise de tête, donc je dis plutôt on profite d'une opportunité d'un examen systématique ou d'un examen euh, parce que voilà il y a une pathologie associée, et bon, on revoit les choses.

(...) Je pense que l'éducation des enfants, plus elle est, plus la prise de conscience est précoce, je pense, plus on évite peut être à l'âge adulte de déraiper, c'est ma philosophie, c'est ce que je leur dis, je leur dis une fois que vous avez pris du poids ça va être beaucoup plus difficile de faire marche arrière, donc je préfère pour vous qu'on essaie d'éviter le problème plus tard. Après on voit les choses chez les jeunes qui ont passé leur bac, qui prennent leur indépendance mais ça ça concerne plus le sujet (rires). On constate souvent entre 18 et 20 ans là, ils mangent n'importe comment n'importe quoi, ça va très vite.

Je reviens un peu sur l'activité physique, qu'est-ce que vous recherchez, qu'est-ce que vous proposez à ces enfants ?

Moi je veux avant tout que le sport soit d'abord un plaisir, parce que le sport qui n'est pas accepté c'est pas la peine d'en parler, je pense qu'on va forcément à l'échec.

Evidemment si le jeune aime bien faire de la natation, avoir une activité de fond régulière, je peux pas lui dire tous les jours une activité physique c'est peut être beaucoup demander, néanmoins 3 fois par semaine, 2 à 3 fois je pense que ça permet certainement d'approcher les objectifs.

Alors ça peut être un sport collectif hein, ça peut être, voilà, un moment où vraiment on dépense des calories de façon... je vais pas leur dire qu'il faut une bonne demi-heure pour que le métabolisme se modifie et qu'on ait un impact mais voilà, je parle pas trop de théorie hein, Leur dire simplement faut quand même des efforts un petit peu prolongés, réguliers, dans la semaine, on reste à des choses comme ça. Voilà

Explorez-vous la sédentarité?

Ça vient quand même, si, ça arrive dans l'interrogatoire spontanément quand on en parle, des jeunes, là j'en ai un, l'obèse dont je vous parlais, lui vraiment, il a une passion, il veut en faire son métier, c'est le dessin. Après les jeux vidéo, on essaie aussi de les sensibiliser là-dessus, je pense que c'est leur, l'un des principaux motifs de sédentarité, il y en a peut-être d'autres, bon moi c'est là-dessus. Il y a souvent besoin de l'adhésion des parents, voilà, le jeune seul, bien sûr il va pas pouvoir tout seul se décider. Je pense qu'il y a besoin de l'accompagnement des parents, parce qu'ils viennent pas tous seuls en consultation. Mais, donc les parents sont souvent quand même à nous confirmer que déjà ils ont envisagé d'essayer eux-mêmes de sensibiliser leur enfant, et, donc après on va

souvent dans le même sens, je vous dis, on les réénonce, et je pense que le fait d'avoir dit, d'avoir entendu dire par les parents et par le médecin que, il faut un petit peu se démarquer de ces habitudes, ça permet aux parents peut-être d'asseoir un petit peu leur autorité.

Donc c'est un travail en collaboration avec les parents?

Ah oui, oui, oui c'est indispensable, hein, je pense que c'est indissociable hein, je dois pas être le seul à vous le dire (rires).

Ce sont plutôt les parents qui sont demandeurs de ces conseils, ou plutôt vous qui...?

Moi je le fais spontanément de toutes façons puisque l'examen du sport il est, forcément il en passe par là, donc ça m'arrive assez souvent quand même de, au moins de mettre en garde parce que souvent, il y a pas tant dans mon esprit de cas d'obésité ou de surpoids significatifs hein, je pense que souvent on est plutôt confronté à des jeunes un petit peu à la limite du surpoids, donc ça n'a pas fait encore fait forcément complètement son chemin dans l'esprit du gamin, et, euh, les parents commencent à se poser des questions. De temps en temps c'est les parents quand même qui vont nous en parler mais je pense que c'est plus, dans l'immense majorité des cas, l'initiative encore du médecin.

Les parents ont plutôt une réaction favorable?

Oui oui, j'ai pas vu encore de parents dire non non c'est pas un problème on s'en fiche, on a l'adhésion heureusement (rires).

Justement à propos de la famille, vous les interrogez eux aussi?

Sur leur façon de cuisiner? Ouais, j'ai pas le réflexe de le faire. Simplement je reste sur des généralités. Après rentrer dans le détail avec l'idée de peut-être proposer des fiches diététiques, au moins pour une amorce est-ce qu'il faut aller d'emblée dans les détails je suis pas certain. Après je suis sûr qu'il y a forcément des parents qui font des erreurs diététiques aussi, sans parler des erreurs de comportement de l'enfant, lorsqu'il a l'initiative lui-même d'aller manger ce qu'il veut. Après dans la cuisine, on peut peut-être remarquer notamment des parents eux aussi également en surpoids hein, donc ça ça peut nous mettre effectivement la puce à l'oreille.

Qu'est-ce que vous faites comme examen clinique chez l'enfant en surpoids?

Dans l'ensemble j'ai pas forcément de direction précise. Les troubles hormonaux c'est vrai qu'on peut toujours les suggérer, des problèmes thyroïdiens chez l'enfant, je pense que ça a dû m'arriver, mais de façon très exceptionnelle de le demander, euh, après, non, j'ai pas le souvenir vraiment, je pense que si on a à faire à un, comment dire, à un problème qui peut paraître d'origine endocrinienne, je pense que d'emblée moi je passe la main au pédiatre, parce que ça me paraît être quelque chose qu'on a pas du tout l'habitude de gérer, je préfère passer la main au spécialiste.

Vous adressez fréquemment vers le pédiatre?

Moi j'ai pas en tout cas le sentiment à Cholet qu'on a des, je devrais pas le dire (rires), des confrères vraiment habitués à prendre en charge l'enfant en cas de surpoids. J'ai le souvenir d'avoir adressé peut être deux trois fois un enfant à une pédiatre en ville, aucun retour, donc ça n'encourage pas (rires).

De toute façon si après vraiment j'ai un problème qui paraît à l'évidence devoir retenir l'avis du spécialiste, évidemment j'adresserai mais je pense que j'enverrais plus à l'hôpital. Mais, moi je dis, en réfléchissant, les cas de pédiatres avec lesquels il a fallu une prise en charge d'une obésité, je, j'en ai pas de souvenir marquant, je suis pas capable de vous citer un cas précis. Est-ce que je suis un cas à part j'en sais rien (rires).

Est-ce que vous, sur quelles ressources vous vous appuyez dans cette prise en charge?

Rien de précis. Non. Alors peut être que c'est vrai on pourrait avoir, peut-être des outils, euh, informatiques, maintenant, peut-être un site sur internet, je pense que en tout cas quand on parle de diététique il faudrait des choses c'est vrai, très précises, très carrées. Peut-être que ça, ça nous manque. Faudrait que, moi j'en reste aux généralités peut-être parce que, pour 2 raisons, parce que je pense que, qu'on n'a pas forcément quand on cherche des outils, je pense que j'ai dû en chercher j'ai pas trouvé grand-chose qui se veut très pratique et très facile d'accès et à appliquer. Hein, et puis, oui, quand on veut amorcer peut être aussi, ou favoriser l'acceptation du problème il faut peut-être pas inonder au niveau de... Après voilà s'il y avait vraiment à essayer d'avancer, au bout de deux trois consultations, je pense que des choses plus concrètes à proposer comme documents ça ça pourrait être une bonne idée. Je crois qu'il y aurait vraiment besoin d'un support. Alors à un moment la sécurité sociale il y a peut-être, il y a 2 ans de ça, avait dû nous donner des fiches, mais qui restaient surtout de l'ordre de l'interrogatoire, on nous a donné tout un tas de feuilles, il y en avait épais comme ça (geste), à distribuer au patient, pour nous c'était rebutant, on s'est dit encore des papiers, je crois que je les ai même pas franchement lus, c'est parti à la poubelle. En plus il faut quand même savoir que si vraiment on veut prendre en charge, c'est chronophage, et là aussi c'est le problème du temps, euh. Donc quand on voit un gamin pour, pour un examen du sport, euh, et qu'en plus il faut aborder la question de la diététique, vous savez, je pourrais demander à ce qu'ils soient, qu'ils reviennent, mais sur le moment on est toujours dans un contexte où on se dit, on regarde tous les jours la montre, et donc on a tendance c'est vrai à délaissier un petit peu les choses, et à pas forcément vouloir rentrer dans les détails aussi.

Parce que je pense que, voilà, on se dit, est-ce qu'il y a d'abord vraiment besoin que ce soit à chaque fois le médecin traitant, est-ce qu'on pourrait pas déléguer ça à des diététiciennes.

Vous adressez vers des diététiciennes ou nutritionnistes?

Pour un enfant non. C'est vrai que j'ai pas du tout le réflexe. On pourrait l'imaginer hein. Au centre hospitalier on a deux ou trois diététiciennes qui m'ont l'air d'être pas mal. Donc on le fait avec les adultes et j'ai pas le réflexe d'y songer, des enfants.

Est-ce que vous travaillez en collaboration avec les structures publiques, mairies, écoles, cantines...?

Du tout.

Au niveau des ressources je pensais aux recommandations, vous vous en servez?

Non.

Et le plan nutrition santé, dont on entend parler...

Mais qui pour nous, enfin je sais pas, pour moi en tout cas, je parle pas pour les autres confrères, mais pour moi, n'a pas du tout, n'a aucune traduction sur le plan pratique.

Il n'est pas adapté à votre avis?

Je le connais même pas hein franchement.

Il faut qu'on, que nos, comment dire, nos politiques se rendent compte d'une chose, c'est qu'on est inondés, mais inondés, de courriers, de mails, de recommandations, il y a, l'info tue l'info, et on perd complètement de vue peut-être des choses qui sont sans doute essentielles, mais on est déjà la tête dans le guidon à longueur de journée, au moins dans le Choletais on souffre, de toutes façons on a un sous-effectif de médecins. Donc on n'a

pas envie en plus de faire l'effort peut-être d'aller nous-même chercher les renseignements.

Et c'est vrai que si on veut avoir les renseignements d'emblée sans perdre trop de temps, parce que l'informatique ronge énormément le temps, voilà, peut-être qu'il y aurait à nous orienter vers des sites, donc, il y a forcément la haute autorité de santé peut-être qui a fait des fiches de recommandations là-dessus, je sais pas, sur le surpoids de l'enfant, donc faudrait qu'on aille explorer ça. Mais quand il est neuf heures neuf heures et demie le soir et qu'on a fait la journée, on n'a pas envie de s'attarder. Voilà.

On a parlé de l'examen physique, explorez-vous le côté psychologique du surpoids chez l'enfant?

(...) Ça me vient pas forcément à l'idée.

On a parlé des difficultés de cette prise en charge, on a parlé du temps, de l'accessibilité des supports, est-ce que vous identifiez d'autres difficultés?

En y réfléchissant, il y en a certainement mais j'en vois pas (rires). Moi j'ai vraiment le sentiment que dans mon exercice, le surpoids de l'enfant est quelque chose où, c'est tellement peu, peu représentatif, que voilà, ça fait pas partie de mes objectifs, c'est vrai peut être si j'ai à me perfectionner sur un thème ce sera pas ce, ce type de sujet qui me viendra à l'esprit.

Parce que vous n'avez pas beaucoup de patients en surpoids?

Non, moi je trouve pas, franchement, j'ai pas l'impression d'en avoir tant que ça.

Il y a peut-être une remarque qu'on peut faire, le milieu socio-professionnel, moi je pense qu'il y a quand même plus de malbouffe dans les milieux modestes que dans les, peut-être des milieux dans la moyenne. Je pense que ça leur passe encore plus au-dessus dans les milieux modestes, où on fait du tout prêt, on va plus, voilà, des plats cuisinés d'avance, alors qu'ils auraient théoriquement plus le temps. Et là on fait, en fait on, on bascule dans la facilité et on prend pas la peine de préparer correctement les repas.

Comment vous vous y prenez avec ces patients?

Alors là je cherche pas du tout à les convaincre (rires). Je pense qu'ils sont pas réceptifs peut-être, mais (soupir) je sais pas, j'ai pas réfléchi vraiment à savoir est-ce qu'ils sont plus réceptifs, ou, c'est pareil, quand c'est noyé dans tout un tas de choses à voir lors d'une consultation, je sais pas si vous avez exercé encore beaucoup, mais le nombre de motifs de consultation, au cours d'un seul entretien quand il y en a 3 ou 4 c'est le minimum, ce que je vois. Donc tout ça c'est noyé, et si en plus il faut encore parler de tout ça... (Interruption téléphonique)

On parlait donc de faibles revenus, dans votre patientèle avez-vous beaucoup de patients plutôt défavorisés?

A Cholet non. J'ai pas ce sentiment. On est peut être parmi les taux les moins élevés dans notre région, et c'est pour ça que je me suis en même temps dit il y a peut-être un lien avec des régions où, voilà, l'accès à une diététique digne de ce nom est peut être différente selon le niveau socioculturel, donc, voilà, je pense que ça, ça doit certainement jouer.

Après autrement il y a des, il y a aussi le principe, peut-être d'une obésité familiale, ça, j'ai peut-être deux trois familles où c'est vraiment toute la, les deux parents, tous les enfants, bon, donc je pense qu'il y a aussi un facteur génétique qui peut jouer là-dessus, mais je vous dis ça reste des cas vraiment ponctuels, euh. Après ce qu'on voit dans, voilà, les cas d'obésité, c'est plus euh, plus on avance en âge, avec euh, la façon de mal manger, la sédentarité, ça c'est autre chose, ça n'a rien à voir, on voit des gens, je vous dis, à l'âge adulte, à 20 ans qui sont bien, et puis après on se laisse aller.

On va parler un petit peu de votre activité, vous êtes installés depuis quand?
20 ans.

Vous avez quel âge?
Cinquante, euh attendez, je sais même plus, cinquante-trois ouais c'est bien ça. Avant j'ai fait de la médecine hospitalière, donc euh, ce qui explique, voilà, que j'ai pas tout de suite vissé ma plaque.
J'étais médecin au service des urgences, en Vendée. Après, on a fait quelques remplacements à droite à gauche, donc euh, j'ai pris le temps (rires).

Avez-vous un mode d'exercice particulier?
Non. Médecine générale.

Vous n'êtes pas maître de stage?
Non.

Participez-vous à des réseaux de soins?
Non.

Et à des FMC, dans le cadre du DPC?
Je suis relativement absorbé par mon boulot, et des contraintes familiales, je peux pas trop faire plus. Mais je regrette dans un sens de pas pouvoir avoir plus de temps.

Vos consultations durent combien de temps en moyenne?
Moi je pense que je suis beaucoup plus dans un temps prolongé que la moyenne. Beaucoup plus. Donc c'est un choix personnel, je pense que j'ai, pendant des années, eu un chronomètre dans la tête, et maintenant je ne peux plus supporter l'idée d'avoir un chronomètre, donc, je suis obligé de regarder de temps en temps, mais j'essaie de pas avoir cette obsession.
En moyenne je fixe mes rendez-vous toutes les 20 minutes, mais je dépasse souvent. Là j'ai déjà pas mal de retard.

Deux dernières questions : recherchez-vous le rebond d'adiposité?
(Secoue la tête) Je saurais même pas exactement à quoi ça correspond.

Et le tour de taille chez l'enfant?
Le tour de taille chez l'enfant non, même chez l'adulte je l'ai fait et puis, (souffle), c'est barbant, de multiplier les chiffres, les paramètres, parce que qu'est-ce qu'on en fait après? Donc si ça a un intérêt je pense que je prendrais la peine de le faire. Si j'en vois pas l'intérêt je le fais pas, donc voilà, à explorer et à découvrir...

Entretien n°6

Pour commencer, est-ce que vous avez en mémoire un cas d'un enfant en surpoids, plutôt un enfant de 6-11 ans, est-ce que vous pouvez me raconter comment s'est passée la consultation?

Faudrait que je retrouve le nom, euh... On peut prendre celle d'hier, on peut prendre celle d'hier, c'est une enfant qui a 6 ans ou 7 ans, attendez. Alors c'est Alicia, elle a 6 ans, 6 ans demain. Euh, visite certificat de natation, une enfant qui était déjà un petit peu en surpoids, donc j'avais dit, j'avais demandé aux parents de faire attention, de reprendre un petit peu et cetera, et puis le dernier examen, ben c'était l'année dernière au mois de mars, donc on en avait parlé à ce moment-là, et puis là, bon on refait le point on prend le temps, elle avait pris 3 kilos, et puis voilà, un IMC qui commençait à se décaler, on était à 18, donc une enfant qui est pas trop, qui s'en fiche un petit peu, forcément, qui va dans tous les sens dans le cabinet, on essaie de canaliser un peu les choses, de rediscuter avec la maman, et en fait, bon il y a d'une part une hyperphagie qui pouvait expliquer la prise de poids, et elle mangeait très très vite cette enfant, donc voilà. Donc on a essayé de poser un petit peu les choses, de voir, mais elle était pas du tout attentive à ce qu'on pouvait lui dire, donc j'ai plutôt discuté avec la maman pour savoir un petit peu comment procéder, et puis, refaire le point d'ici 3 à 6 mois, voir un peu l'évolution des choses, et puis, ben insister sur la partie activités sportives, 1 heure de natation, mais aussi à la maison essayer de bouger, faire des choses ensemble, un peu de vélo, un peu de, voilà, d'activité physique ensemble, voilà, pas compliqué pour elle.

Du coup vous faites comme ça en règle générale en termes de prise en charge, ou est-ce que parfois vous faites autrement?

Oh bah on fait autrement, ça dépend vraiment des cas, là c'était pas compliqué. Alors j'ai une autre enfant là, ou, bon la prise de poids était beaucoup plus conséquente hein, avec une maman qui comprenait pas parce qu'elle avait l'impression de faire vraiment très attention, et puis une morphologie chez, dans le reste de la famille, qui était pas du tout celle de la petite fille, donc en même temps il y a une incompréhension, on se dit mince, nous on est tous maigres, elle, qu'est-ce qui se passe pourquoi est-ce qu'elle prend du poids, elle mange la même chose que nous, on fait, voilà, tout le monde mange de la même façon, elle grignote pas plus, donc, et là on était à un IMC qui était beaucoup plus élevé chez cette enfant. Donc là je fais un bilan sanguin en fait, et puis, on avait repris à plusieurs reprises hein, au moins 3-4 fois dans l'année, la façon dont ils mangeaient, la quantité qu'elle pouvait manger, les grignotages, l'activité sportive, enfin bref, et puis je voyais pas grand grand chose en fait. Elle me dit ben non on fait attention, les petits déjeuners sont bien pris, on arrête les céréales, on essaie plutôt de manger du pain, plutôt du pain complet, on avait introduit déjà le petit déjeuner parce qu'il y avait pas de petit déjeuner, au début il y avait vraiment plein de choses à faire, donc c'était pratique quoi (rires), enfin c'était simple pour moi, il y avait des grignotages, il y avait des boissons sucrées, il y avait, enfin bon, et les quantités, donc je dis bon on va y arriver quoi. Et puis au fur et à mesure, tout était mis en place et finalement ça n'évoluait pas. Elle grignotait plus du tout, la maman faisait attention à pas acheter de gâteaux et cetera pour pas que les enfants, qui étaient tous seuls à 4 heures, puissent manger en quantité importante des gâteaux secs. Elle faisait attention, elle me disait, aux quantités que l'enfant mangeait lors des repas et pour autant il y avait toujours une prise de poids importante. Donc là le bilan sanguin normal, à un moment donné voilà, j'ai dit on va demander une prise en charge spécialisée, parce qu'en plus l'enfant souffrait. Donc là il y avait, ouais, elle est plus âgée, alors j'ai pas retrouvé son nom, mais, oui, elle était en souffrance, on est plutôt à 8-9 ans, donc il y a quand même déjà le regard des copines, les vêtements, ben oui on est obligés de modifier un peu les choses, et puis la fratrie qui n'est pas pareille, donc il y a aussi,

voilà, toi tu es grosse, donc voilà j'avais demandé une prise en charge au centre hospitalier, par la pédiatre.

Au niveau de la prise en charge, de l'interrogatoire vous faites une enquête alimentaire en fait, c'est ça, et les conseils que vous donnez, donc on a parlé du petit déjeuner, prendre un petit déjeuner, est-ce qu'il y a d'autres...

3 repas par jour, hein, pas de grignotages, à l'école maintenant il n'y en a plus donc ça c'est pratique, mais d'essayer de manger oui à la maison, d'introduire, de prendre le temps, d'essayer si possible de, de lever l'enfant un peu plus tôt pour prendre le temps de déjeuner, sans le forcer pour autant, parce que ça peut être difficile, mais qu'au moins on lui donne cette opportunité, voilà, de découvrir ce que c'est qu'un petit déjeuner pris dans des conditions correctes, sans, voilà, sans se presser tout le temps. Après le midi, ben c'était la cantine, donc la plupart du temps c'est ça, donc on n'a pas beaucoup de regard sur les menus et cetera, on se dit que normalement, voilà, il y a une diététicienne qui est passé derrière, donc ça doit être à peu près équilibré. Alors le souci c'est qu'en général les enfants peuvent, enfin c'est ce que je vois moi, c'est que les enfants peuvent se resservir, ou demander à être resservis, en fait. Donc là elle oui elle demandait à être resservie. Et même si les parents essaient d'expliquer, voilà, à l'école, ben non essayez de dire aux dames de la cantine de pas les resservir systématiquement si elles demandent, c'est pas forcément appliqué, donc ça c'est un peu plus difficile de contrôler. Après le goûter, on essaie de, voilà, de dire oui il y a un goûter, mais c'est pas un repas, forcément, à part entière, avec des quantités autant que le midi et le soir, et puis le soir en famille, donc après ben c'est, voilà, de la diététique de base hein, je suis pas diététicienne, mais voilà on essaie d'avoir des rapports d'aliments qui soient corrects, donc des féculents, des légumes verts, une portion de protéines le midi, le soir moins importante, manger lentement, des quantités raisonnables pour les enfants qui sont pas les mêmes que celles des parents, voilà, pas de grignotages après, pas de soda à table, voilà, boire de l'eau, enfin bon des choses, voilà, du bon sens.

On a parlé aussi un peu d'activité physique, de sédentarité, alors comment vous explorez ça du coup?

Ben déjà s'ils font une activité sportive, on les encourage déjà, voilà, à continuer. Si l'enfant vient pour tout autre motif, ben j'essaie d'embrayer aussi en disant, tiens on parle du surpoids, oui bah, ce serait bien, est-ce que tu serais pas intéressé par telle ou telle activité sportive, pour essayer de développer un petit peu ce côté-là. Et puis après en famille si vraiment il y a pas possibilité, pas l'envie non plus des parents, la possibilité de faire une activité sportive chez l'enfant, ben de les encourager, eux, en famille, à faire quelque chose quoi, donc, ça peut être en famille, mais aussi à la maison, s'il y a un jardin, ben de pouvoir sortir dehors plutôt qu'être devant les écrans et voilà, ben de sortir, de proposer le vélo, de proposer de la marche à pied en famille, de la natation, enfin bon des choses qui peuvent être simples à réaliser.

D'accord, donc des enfants qui seraient peut-être pas très intéressés par le sport, d'insister plus sur des activités quotidiennes et la lutte contre la sédentarité?

Voilà c'est ça, éviter qu'ils soient vraiment scotchés à leurs jeux vidéo et à leur activité de la maison quoi.

On a parlé aussi d'enfants qui le vivaient bien ou pas bien, donc vous recherchez ça, comment vous recherchez...

Ouais. Alors en général on fait le bilan, on fait l'examen clinique, et puis après, c'est souvent une question parentale en fait, moi j'attends la question en fait, je, j'embraye pas directement en disant oh la la, regardez-moi cet indice de masse corporelle, ça va pas du

tout, non, j'attends que, voilà, ça vienne. Si ça vient pas, en général je montre les courbes, je reprends les carnets de santé, je leur dis regardez on voit là, à tel âge, Alicia elle fait tel poids, elle fait telle taille, si on regarde par rapport à sa corpulence et aux autres petites filles de son âge, voilà où elle se situe. Donc là, en général, il y a une première réaction, il y a des parents qui déjà ont anticipé ça et puis qui me disent ben oui il faut qu'on parle du poids, d'autres pas du tout donc ça permet aussi de, voilà, d'amener les choses tranquillement, et si l'enfant est, souvent ils sont un petit peu derrière à jouer et cetera, je dis ben viens on va essayer de discuter un petit peu, qu'est-ce que tu penses toi de ta corpulence, de ton poids, est-ce que ça lui pose problème ou pas, est-ce qu'elle a eu des remarques à l'école. Alors ça dépend de la réaction de l'enfant, il y a des enfants qui tout de suite disent, non ça va quoi, ça leur pose pas de problème, en apparence ils disent que non, et puis il y en a d'autres qui s'effondrent tout de suite, il y a un petit peu de tout quoi, c'est vrai la relation elle est variable quoi, la réaction est variable selon les enfants, donc voilà, on essaie de...

Donc en demandant directement à l'enfant?

Ah je demande directement à l'enfant. Après, une fois qu'il y a une prise de conscience de la part des parents, je m'adresse à l'enfant et je dis toi qu'est-ce que t'en penses, est-ce que t'as compris ce que je t'ai dit, est-ce que par rapport aux autres enfants de ton âge, est-ce que tu te sens bien comme tout le monde, est-ce que, voilà, tu as eu des remarques à l'école, qu'est-ce que toi tu penses, qu'est-ce que t'en penses, comment tu te sens dans ton corps. Voilà, des choses qui sont accessibles, qu'ils puissent comprendre facilement.

Comment vous faites le diagnostic du surpoids chez l'enfant?

Alors, moi je me base sur l'IMC, c'est vrai que je fais pas les mesures de périmètre abdominal et cetera je m'occupe pas de, je m'occupe pas de ça. Je connais pas les normes, j'ai pas les normes en tête de toutes façons, donc, voilà, vraiment je me base sur les courbes d'IMC.

Donc on a dit que vous parliez plutôt aux parents, en fait, tout dépend, mais pour ce qui est de l'alimentation, l'activité physique, vous vous adressez plutôt aux parents?

Non, euh, pour, quand je prends l'IMC, là j'essaie, si les parents ne m'ont pas du tout alerté là-dessus, s'ils en parlent pas, je commence par leur dire, voilà, on va discuter de ça, je vais m'adresser à l'enfant, on va en discuter. Après, non, je préfère m'adresser à l'enfant, parce que c'est lui que ça concerne directement, le parent, voilà, qu'on voit un petit peu de quoi on parle. Souvent les enfants quand on leur demande qu'est-ce que tu manges au petit déjeuner, voilà, il y a soit pas de réponse, soit ils savent pas me dire, des casse-croûtes, ben c'est quoi comme casse-croûte, c'est quoi le casse-croûte, c'est un BN, c'est du pain, enfin bon, c'est une viennoiserie, on en sait rien quoi, donc c'est pour ça que là après l'interrogatoire se fait avec le parent, mais autrement non, c'est avec l'enfant. Les quantités, est-ce que tu te ressers, voilà, qu'est-ce que tu bois à table, qu'est-ce que tu prends au goûter, est-ce que quand tu es devant la télé le soir, si tu regardes un peu la télé, est-ce qu'il y a des grignotages, non ça c'est en général l'enfant. Après tout dépend, à 6 ans en général, voilà, c'est les parents qui sont concernés. À 9-10 ans, c'est différent, ils peuvent se garder tous seuls après l'école, donc c'est eux qui gèrent leur goûter, donc là c'est autre chose. Ils sont plus autonomes, ils sont plus aptes à répondre directement aux questions.

Qu'est-ce que vous faites comme examen physique, comme examen clinique, à l'enfant en surpoids?

Euh, ben l'examen basique (rires). Je prends systématiquement leur tension, examen cardiovasculaire, j'examine l'abdomen, je regarde le rachis, je regarde les pieds, je palpe rarement la thyroïde, faut vraiment qu'il y ait des antécédents majeurs de dysthyroïdie dans la famille pour que je pense à la thyroïde, parce que je crois que j'en ai jamais dépisté, donc voilà, même à l'adolescence. Euh, poids taille, voilà, IMC, bon l'examen ORL mais enfin après ça fait partie de mon examen classique quoi. Voilà.

Et on a parlé de prise de sang, alors plutôt dans un deuxième temps, vous faites...

Dans un deuxième temps, ouais. Quand vraiment, voilà, je vois que je suis en impasse, qu'on a essayé de mettre ensemble des règles hygiéno-diététiques, l'activité sportive, l'alimentation on a rectifié des choses, qu'éventuellement il y a une diététicienne qui a été aussi interrogée, qu'il y a eu aussi une prise en charge, et que je vois qu'on est en impasse, vraiment on y arrive pas, là oui, je demande le bilan sanguin avant de les envoyer en pédiatrie.

Vous faites quoi comme bilan?

Je demande un bilan hormonal, une TSH, un bilan glucido-lipidique, voilà, des choses basiques quoi.

D'accord, du coup pour le recours chez le spécialiste, on a dit le pédiatre, mais plutôt quand on a un surpoids, une obésité qui persiste?

Oui.

Diététicienne...

Diététicienne oui aussi, enfin, je vais vous dire, ça dépend de, en général on connaît les familles, c'est l'avantage, donc on sait comment les parents mangent en général, donc, je sais qu'il y a des familles où je vais pas forcément avoir besoin de l'aide d'une diététicienne, je sais que c'est les quantités qui pêchent, je sais que c'est les grignotages, c'est pas le mode de cuisson des aliments, les associations qui vont poser problème. Donc là j'envoie pas en général à la diététicienne, je rappelle, voilà, aux parents les règles d'hygiène, et, voilà, globalement on connaît un peu leur façon de vivre aux gens, quand on les suit depuis des années donc, c'est assez facile. Les familles sur lesquelles je vois pas, j'arrive pas vraiment à savoir, il y a des horaires décalés, parfois c'est le père, parfois c'est la mère, parfois ils se débrouillent pour se faire à manger avec les grands, et cetera, que je sais pas comment se, s'organisent les repas, à ce moment-là, quand on essaie d'expliquer les choses souvent on donne un tas d'informations, et on s'aperçoit qu'ils en retiennent un dixième, et qu'ils vont parfois se dire, oh bah tiens je vais manger, enfin comme les adultes quoi, je vais manger que de la salade, donc je vais perdre du poids forcément, ben oui mais dans la salade s'ils mettent de la mayonnaise ou de l'huile, voilà, 3 fois par jour, ben forcément ça va avoir, des apports qui... Donc les gens où je vois que de toutes façons ils n'ont pas de règles diététiques, là je me dis non, là il y a tout à reprendre, va falloir les encadrer de façon plus régulière que là ce que je peux faire, tous les 3 mois, donc là je les envoie chez une diététicienne. Et puis ça dépend aussi du niveau financier, parce que quand même voilà (rires) la diététicienne elle est pas prise en charge, donc il y a des, et puis la diététicienne a pas, je trouve, une super image. Enfin surtout auprès des femmes en fait, il y en a beaucoup qui ont déjà été consulté, et elles s'imaginent que ça va être un régime, avec des menus pré établis et cetera, elles pensent pas aux conseils en fait qui peuvent être apportés au niveau de l'alimentation, donc souvent c'est assez réfractaire quoi. On nous dit mais non non non moi je sais ce qu'il faut faire, en fait ils savent pas du tout ce qu'il faut faire mais, ils veulent pas parce qu'ils s'imaginent que voilà, il va y avoir une pesée toutes les semaines, avec des menus à faire, des contraintes

très importantes, ça va être hyper strict, onéreux, et que, de toutes façons, enfin ils s'imaginent qu'on va leur mettre en place un régime. En gros c'est ça. Ils comprennent pas non plus, les parents comprennent pas que ce qu'on leur demande, moi je leur dis toujours je veux pas qu'elle maigrisse. Je dis toujours elle en fait c'est marrant, c'est souvent les petites filles en fait, enfin il y a des garçons mais je sais pas ou alors j'ai plus en tête des cas de petites filles. Je leur dis je veux pas qu'elle maigrisse, je veux qu'elle continue à grandir sans prendre de poids pendant quelques temps, ou de façon moins rapide, pour qu'on arrive à rentrer dans les courbes, là, d'un IMC qui soit correct, et ça c'est pas évident. Il y a une maman l'autre jour qui m'a dit mais moi je pensais que vous vouliez qu'elle perde du poids, je lui dis non, j'ai déjà dit je veux pas qu'elle perde de poids, c'est très bien là ça fait 6 mois, elle n'a pas pris de poids, elle a pris 4 centimètres, c'est parfait. Mais chez beaucoup la notion de diététique ça veut dire régime, donc restriction, donc perte de poids. Je dis ben non, c'est pas le but, à ce moment-là si on fait ça, à un moment donné il va reprendre, comme tout régime quoi, mais, et puis c'est, je leur dis on fait jamais de régime chez un enfant, c'est pas, ça colle pas. Mais c'est pas forcément, ce qui nous paraît du bon sens ne l'est pas en fait pour ces gens-là, et en une consultation c'est impossible de faire, de délivrer tous ces messages, donc soit vraiment on s'y attelle et on se dit bon ben allez on se revoit dans un mois et demi deux mois, voilà, soit, vraiment on sent que ça va pas le faire, à ce moment-là je sais que je les envoie chez la diététicienne, si c'est possible financièrement.

D'accord. Du coup vous les reconvoquez?

Alors je les convoque pas, mais je leur dis vous reprenez rendez-vous dans tel délai, en général si vraiment je suis inquiète sur le poids je leur dis dans 3 mois, on met les règles hygiéno-diététiques en place et on refait le point. Voilà, ça permet, voilà, de redonner des conseils, de ré insister sur certaines choses, de voir ce qui a pu être mis en place, ce sur quoi on pourrait travailler, voilà quoi.

D'accord. Est-ce que vous adressez vers des psychologues dans le cadre de la souffrance liée au poids?

Ah oui, aussi, bah oui. Oui parce qu'à l'hôpital ils sont pas forcément, il y a pas cette, cette prise en charge en fait. Non, quand on les adresse à l'hôpital il va pas y avoir, vraiment on a la partie somatique quoi, avec, bon, la diététicienne éventuellement qui pourrait intervenir, et encore pas beaucoup à Cholet je pense pas, mais il y a pas de relais avec la psychologue, la psychologue du CMPP ou même en libéral, non.

Donc c'est vous qui...

Oui, oui, en fonction, mais, voilà, si on voit qu'il y a besoin quoi aussi, selon la souffrance.

Est-ce que vous travaillez en collaboration avec des structures publiques comme la mairie, la cantine, l'école, les clubs de sports?

Non.

Parce que c'est, ça s'est pas présenté...

Ouais, non ça s'est pas présenté.

Quelles ressources vous utilisez, sur quelles ressources vous vous appuyez pour cette prise en charge du surpoids chez l'enfant?

Mes connaissances (rires). Qui sont certainement très limitées, mais non, j'ai pas de, j'ai pas de support autrement, j'ai pas de support à leur donner, enfin je me sers, voilà, de la courbe d'IMC dans le carnet de santé, mais autrement, non j'ai pas de support de, non.

Vous ne vous servez pas de la recommandation de l'HAS?

Non.

Et les dépliants du plan nutrition santé?

On a probablement eu, où est-ce qu'ils sont (rires). Non, j'utilise pas.

Est-ce que vous vous servez du rebond d'adiposité précoce?

Oui, oui, ben oui, je leur, parce que souvent, voilà il y a des décalages, donc je leur dis ben là vous voyez, voilà, on va, on est dans une phase où ça va monter, c'est normal, mais là c'est pas normal, c'est trop tôt, il y a un truc là, on anticipe, faut essayer de faire attention.

Donc quand vous voyez qu'il y a un rebond d'adiposité précoce, vous prévenez?

Oui, oui, ben oui, je leur dis vous voyez là c'est déjà, ça normalement, ça on devrait l'avoir mais plutôt dans 1 ou 2 ans, donc qu'est-ce que ça va présager, voilà, on commence à faire attention, c'est pas, c'est, c'est pas des plus fréquents, mais il y en a quand même.

Quelles difficultés vous identifiez dans cette prise en charge, quelles sont celles que vous avez rencontrées ou...

Alors, euh, ce qui est pas évident, c'est de, ben de savoir vraiment comment ils font à la maison, ça c'est compliqué, parce que, parce que je vous dis il faudrait vraiment prendre du temps pour tout checker, sur les quantités alimentaires, euh, enfin, j'ai eu l'occasion un jour de voir une famille, donc 3 enfants, amenés par le papa, et j'interroge sur les quantités du dernier, du bébé qui avait, je sais plus quel âge il avait, 18 mois ou 2 ans, et je me suis aperçue qu'il mangeait exactement les quantités que mangeait son frère qui avait 3 ans de plus. Donc, je dis mais ça va pas là, et ça paraissait normal pour le père, c'est lui qui les gardait à domicile, tout le monde était au même rang, tout le monde avait la même, alors il y avait une avance staturale, oui ça pas de problème, mais euh, c'est étonnant parfois ce qu'on retrouve, et on pense pas forcément... Autant on fait attention chez le nourrisson à la quantité, on interroge tout le temps sur on est rendu à combien de biberons, c'est combien de grammes de légumes, combien de viande, est-ce que vous donnez de la viande le soir, voilà, c'est quoi au goûter, les quantités on le fait chez le nourrisson. Chez l'ado, chez le pré-ado, l'enfant, on fait pas, parce qu'on s'imagine que c'est du bon sens, mais en fait je pense qu'il y a des, beaucoup de familles, où, ben non, voilà, ils mangent comme nous, quand on les interroge les parents disent ben ils mangent comme nous, et en quantités ben ils mangent comme nous, ben oui mais, il y a pas forcément ça. Donc ça c'est souvent difficile, euh, après quand on leur demande, ben le matin c'est quoi, enfin je pense pas que ce soit très réaliste forcément ce qu'ils nous disent, quand on dit ben c'est quoi c'est du pain, c'est des biscottes, c'est des casse-croûtes, des viennoiseries et cetera, oui oui bah, alors les enfants souvent, hier elle me dit ben oui c'est des croissants le matin, et la mère ah non c'est pas vrai, machin, je dis c'est quoi alors, ben c'est des pitch, oui, bah (rires), l'un dans l'autre, voilà, c'est de la viennoiserie quoi, enfin bon. Donc, mais voyez il y a pas la même connotation pour les parents, donc je pense que parfois on se rend pas bien compte, puis on prend pas le temps, on peut pas, enfin moi je fais des consultations de 20 minutes, en 20 minutes faire un examen clinique complet, faire un dépistage, voilà, visuel, auditif, regarder le rachis, s'occuper des verrues plantaires, et en même temps de la nutrition, c'est difficile de faire une enquête alimentaire complète, et puis de toutes façons je pense que j'en ai pas les compétences, voilà, on a les grandes lignes, mais après je, voilà, je pense que là-dessus c'est compliqué.

Donc le temps, et puis à la fois le, les représentations des parents qui sont pas forcément...

Ouais, sur les quantités, voilà, les parents vont pas savoir me dire vraiment ben oui il mange à peu près ça, ou disent ben non ils mangent comme nous, ou non non c'est une portion enfant il y a pas de problème. Je pense que si on est, vraiment si on va plus loin, je le revois après sur des consultations par exemple ou moi j'ai marqué quantité normale, j'ai interrogé les parents qui m'ont dit ben non c'est pas la même portion que nous, c'est, voilà, c'est une portion pour les enfants, la pédiatre, qui a certainement pris plus le temps de voir les quantités et cetera, me marque dans le courrier qu'il y a, non, une quantité d'aliments beaucoup plus importante qui ne faudrait pour l'âge, et que c'est la même portion que, voilà, le frère de 15 ans quoi, donc je me dis ben oui je suis passée à côté, enfin voilà, la maman a pas trouvé que c'était en décalage quoi, ça lui posait pas de problème alors que...

Entre ce que disent les parents, le vécu des parents et puis...

Voilà, et puis la réalité, puis parfois il leur faut du temps en fait, quand on les interroge une première fois, ben non, tout paraît normal, et puis en fait, faut qu'ils analysent un petit peu la situation, et qu'ils se rendent compte qu'ah bah oui finalement là dans la matinée elle a pris, elle a repris une viennoiserie, et puis l'après-midi, le goûter, ben c'était un vrai repas quoi, et puis il y a eu du soda à midi, et puis un paquet de gâteaux le soir quoi. Enfin c'est vrai que si, parfois ça leur paraît, enfin ils font pas attention quoi, et si vraiment on leur dit ben faites attention, on essaie de faire, de voir un petit peu ce que ça donne sur une semaine, peut être que, voilà ça va les alerter et...

C'est amorcer cette prise de conscience un peu en fait?

Voilà.

Vous diriez qu'il y a certain déni un peu chez les parents en fait?

Moi je pense ouais. Et puis c'est pas facile non plus de tout contrôler, parce qu'il y en a beaucoup, voilà, qui en fonction des horaires de travail et cetera, qui gèrent pas tout ça, donc, qui gèrent pas la cantine, donc, comme on disait, le fait de se resservir ou pas à la cantine, euh, des enfants, voilà, qui au goûter vont pouvoir attendre peut être une heure sans que les parents soient là, donc, voilà, c'est plein dans le frigo, c'est plein dans les placards, qu'est-ce qu'ils mangent c'est difficile de contrôler, donc on est aussi heurté à ce frein-là quoi, ils peuvent pas tout nous dire.

Et l'adhésion des parents, des enfants, à cette prise en charge, vous la trouvez plutôt satisfaisante?

C'est variable, je peux pas dire que c'est 50-50, mais il y a vraiment des familles sur lesquelles on a l'impression que ça, ça leur glisse vraiment, et on les revoit un an après, c'est toujours pareil, c'est toujours un bol de mayonnaise et bol de ketchup sur la table à chaque fois, donc, et puis d'autres, voilà, qui vraiment vont adhérer et vont s'inquiéter même parfois un peu trop, voilà, pour un rien quoi. Ça dépend aussi, je trouve, quand même, du niveau socio-culturel quoi, et puis de, voilà, de la généalogie, il y a des familles qui vont pas banaliser, mais qui trouvent que c'est une fatalité, on est tous gros chez nous. Voilà, ça leur paraît logique quelque part, et quoi qu'on fasse on est comme ça, donc là c'est difficile d'avoir de l'emprise, d'essayer de faire prendre conscience qu'on peut essayer d'améliorer les choses, qu'on peut aider l'enfant surtout s'il est en souffrance. Parce que les parents voient pas du tout que ça puisse être une souffrance puisqu'ils sont comme ça, mais qu'ils en souffrent pas forcément. (Interruption téléphonique)

Donc j'avais juste pour finir quelques questions sur votre activité, on parlait de niveau socio-culturel, socioéconomique, est-ce que vous avez une idée de la proportion de CMU, d'AME dans votre patientèle?

Ouais, je suis pas mal (rires). En CMU, AME, je dois être autour de 35-40%.

En pédiatrie, en consultations de moins de 16 ans?

Ça je sais pas, je sais pas si j'ai un relevé de la SNIR, c'est pas sûr du tout. J'en fais beaucoup. Oui, oui, oui, j'ai une activité pédiat-gynéco, et migrants, voilà. Avec toutes les problématiques que ça soulève, avec la nutrition (rires), où un enfant qui n'est pas gros, n'est pas bien portant, donc c'est compliqué, avec en plus la barrière linguistique, la barrière culturelle, pour eux, voilà, un gros bébé, c'est un bébé qui se porte bien, donc, voilà, on a pas, on a pas déjà la même image culturelle, donc c'est compliqué, et puis après, l'alimentation, où c'est aussi complètement différent quoi, s'ils continuent, voilà, leurs habitudes alimentaires comme avant, ben oui on se retrouve avec, pareil, des enfants avec un surpoids qui, qui peut être important. Et puis il y a, ben tout ce qu'on peut trouver en Occident quoi, au niveau nourriture quoi, la facilité d'accès, voilà, on peut tout acheter au supermarché, c'est pas cher, voilà, tout ce qui est bon, ben voilà, si c'est dans les rayons on peut l'acheter donc on y va, donc une consommation, là où des fois, c'est énorme ce qu'on retrouve, ah oui déraisonné hein, on voit dans les poussettes des litres de coca, les enfants boivent ça en rentrant de l'école...

Et là comment vous vous y prenez?

Ben là c'est, enfin c'est compliqué, parce que déjà il faut qu'ils comprennent, faut qu'ils arrivent à faire un peu, suffisamment de cours de français pour qu'on arrive à communiquer correctement, parce que l'anglais est aussi précaire, donc, entre mon anglais qui est limité, leur anglais qui est précaire, voilà, réussir à faire des conseils d'hygiène, c'est difficile. Et puis, bon après, alors souvent il y a des relais avec, là conjointement avec la PMI, on essaie de travailler pour que ce soit, voilà, pour que ça nous décharge aussi un peu, et qu'ils prennent parfois un petit peu de temps au niveau l'alimentation, qu'il y ait parfois des puéricultrices de la PMI qui passent à la maison, et qui peuvent donner aussi des conseils, tiens on va passer au moment du goûter, on va voir un peu comment ça se passe. Parce que parfois c'est compliqué, là si on leur parle d'une diététicienne c'est même pas la peine, de toutes façons ils voient même pas le problème, donc là ça, on, je vais vous dire ça ne concerne que nous quoi, donc c'est un peu compliqué de s'occuper des gens alors qu'ils veulent pas. Enfin, c'est pas qu'ils veulent pas, c'est qu'ils ne comprennent pas pourquoi ça nous pose problème quoi. Voilà, c'est autre chose, mais il y en a.

Vous êtes maître de stage?

Non.

Est-ce que vous participez à des réseaux de soins?

Alors, c'est pas vraiment des réseaux de soins. Nous on fait partie d'une SISA, vous savez une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires, donc là-dedans on est des paramédicaux, des médicaux, et donc il y a une diététicienne, euh, psychologues, voilà, des infirmières, des kinés et cetera, et on mène en fait des actions de santé. Je sais pas si vous connaissez le système, donc en fait l'ARS nous budgète sur certaines actions de santé, euh, sur un an voilà on a, là on avait 5 actions de santé à mener cette année dans le cadre de la SISA, et donc moi je m'occupe du diabète de grossesse, voilà. Donc je suis amenée à travailler de façon très étroite avec des diététiciennes, il y a de l'éducation thérapeutique, qui est faite aussi, avec une infirmière qui a son diplôme d'éducation thérapeutique, et donc avec une prise en charge avec les kinés et cetera, mettre en place

des ateliers pour les patients. Voilà, c'est du réseau, c'est du réseau local, entre professionnels Choletais, donc c'est hyper intéressant. Mais non autrement je fais pas partie du réseau diabète 49 ou ce genre de chose.

Vous êtes installée depuis combien de temps?

Euh, 2006 donc, voilà ça fait 9 ans.

Je peux vous demander votre âge?

37.

Une dernière chose, vous participez à des FMC?

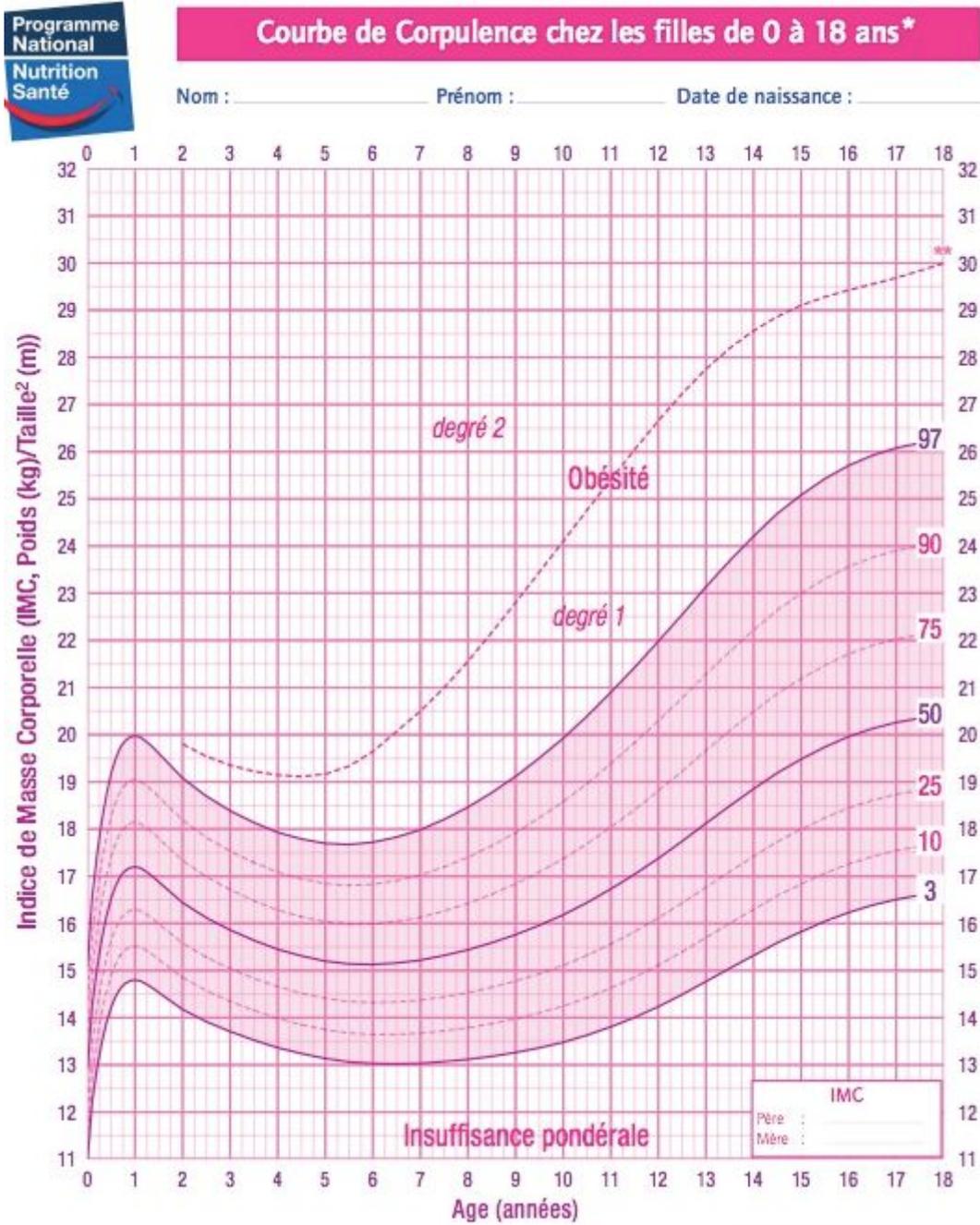
Oui, alors, bon les FMC voilà qu'on peut trouver sur les différents sites de formation, après on a un groupe d'évaluation des pratiques professionnelles, et puis, les formations de la fac, qui sont bien, mais faut déjà trouver...

(Interruption téléphonique)

Et vous avez déjà eu des FMC sur le surpoids, la nutrition?

Pas que sur ça, souvent ça fait partie dans les journées de pédiatrie là, on peut avoir ça, mais voilà, j'ai pas fait de formation spécifique non.

Annexe 3 : courbes de corpulence chez l'enfant



Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans*

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

