



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prévention de l'obésité et promotion de l'activité physique chez les
enfants de 3 ans à 17 ans en consultation de médecine générale
dans le Nord-Pas de Calais**
État des lieux des pratiques
à Boulogne-sur-Mer, Calais, Cambrai et Maubeuge

Présentée et soutenue publiquement le mardi 4 novembre 2014 à 18H00
au Pôle Recherche

Par Gaétan Dugrosprez

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Frédéric Gottrand

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Monsieur le Professeur Julien Girard

Monsieur le Docteur Alain Bardoux

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Alain Bardoux

AVERTISSEMENT :

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

INTRODUCTION	11
I. PREVENTION DE L'OBESITE ET PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE EN FRANCE.....	15
a. <i>L'efficacité d'une activité physique régulière sur la prévention de l'obésité (physiopathologie)</i> 15	
i. Quelques définitions	15
1. L'activité physique	15
2. La relation entre l'obésité et l'activité physique.....	15
3. Les conséquences de l'obésité	16
4. La mesure de l'Indice de Masse Corporelle et les courbes de corpulence	16
ii. Bases scientifiques et physiopathologiques des bénéfices de l'activité physique sur la prévention de l'obésité chez l'enfant.....	17
1. Les bienfaits de l'activité physique chez l'enfant	17
2. Les contre-indications de l'activité physique chez l'enfant.....	18
b. <i>L'activité physique chez les enfants en fonction de l'âge</i>	19
i. de 3 ans à 6 ans.....	19
ii. de 7 ans à 10 ans	19
iii. de 11 ans à 14 ans	22
iv. de 15 à 17 ans.....	23
c. <i>Contraintes et déterminants de l'activité physique chez les enfants en surpoids ou obèses</i>	24
i. Les contraintes	24
ii. Les déterminants.....	25
d. <i>Les directives des instances nationales sur la promotion de l'activité physique.</i>	26
i. La surveillance des courbes de corpulence.....	26
ii. La prescription d'activité physique par le médecin généraliste.....	26
iii. Les 3 niveaux de recours à la prescription de l'activité physique en cas d'échec	28
II. METHODOLOGIE RETENUE.....	31
a. <i>Présentation du focus group</i>	31
i. Définition	31
ii. Historique	31
iii. Description	32
1. Prérequis.....	32
2. Le questionnaire	32
3. La sélection des participants.....	32
4. Le déroulement du focus group.....	33
iv. La phase d'analyse des données	34
1. Première étape	34
2. Seconde étape.....	34
v. Intérêt et limites de la méthode par focus group	35
1. L'intérêt.....	35
2. Les limites.....	35
vi. La validité d'une recherche scientifique par focus group	36
b. <i>Choix du type d'étude</i>	38
c. <i>La méthodologie de l'étude</i>	38
i. Objectif de l'étude	38

ii.	La formation des focus groups.....	39
iii.	Déroulement des focus groups	40
iv.	Le questionnaire.....	41
v.	L'analyse des focus groups.....	42
d.	La critique de la méthode.....	43
III.	RESULTATS DES ENTRETIENS REALISES EN FOCUS-GROUP	44
a.	<i>Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité infantile</i>	44
i.	Connaissances des médecins généralistes sur l'activité physique et la prévention de l'obésité	44
1.	L'importance de l'activité physique chez les enfants perçue par les médecins généralistes	44
2.	La promotion de l'activité physique en cabinet de médecine générale	45
3.	L'obésité.....	47
4.	Conseils dans le choix du sport.....	47
5.	La pesée et la mesure des enfants en consultation	49
6.	Habitudes/Croyances du Nord-Pas de Calais.....	50
7.	Les consultations pour les certificats de non contre-indications	51
8.	La rédaction des certificats de contre-indication.....	52
9.	Problème de temps en médecine générale	53
10.	Conseils diététiques	54
11.	Mesure de l'efficacité des conseils.....	54
ii.	Adaptation de la promotion de l'activité physique en fonction du patient.....	55
1.	En fonction de l'âge.....	55
2.	En fonction du niveau-social	56
3.	En fonction de l'indice de masse corporelle	57
4.	En fonction du sexe.....	58
iii.	Outils que possèdent les médecins généralistes pour assurer la promotion de l'activité physique en prévention de l'obésité.....	59
1.	Utilisation des courbes de corpulences.....	59
2.	Utilisation du carnet de santé	59
3.	Recours au diététicien	60
4.	Recours au pédiatre.....	61
5.	Utilisation des services hospitaliers spécialisés.....	62
6.	Recours au psychologue	62
7.	Recours au kinésithérapeute	62
8.	Recours à l'endocrinologue.....	63
9.	Disponibilités des infrastructures sportives.....	63
10.	Utilisation de l'outil informatique	64
11.	Utilisation de panneaux de liège.....	65
12.	Utilisation d'une enquête alimentaire	65
13.	Aide de la sécurité sociale.....	66
14.	Aide de la médecine scolaire et PMI.....	66
15.	Utilisation de la géographie des lieux	66
16.	Utilisation du centre aérée.....	67
iv.	Prise en compte des parents dans la promotion de l'activité physique	67
1.	Importance de convaincre les parents	67
2.	Manque d'autorité des parents	68

3. Si les parents sont sportifs	69
4. Si les parents ne sont pas sportifs	69
5. Lutter contre les croyances erronées des parents	70
6. Changement de regard des médecins en devenant parents	71
7. Côté autoritaire des parents.....	71
8. Prise en compte des grands-parents.....	72
<i>b. Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité</i>	<i>73</i>
i. Connaissances des médecins généralistes sur l'activité physique et la prévention de l'obésité	73
1. Favoriser le travail d'équipe	73
2. Réévaluer le coût de la consultation de prévention.....	73
3. Rajouter des consultations obligatoires qui concerneraient la prévention de l'obésité.....	75
4. Démocratiser la pesée en début de consultation.....	75
5. Améliorer la formation des médecins	75
ii. Adaptation de la promotion de l'activité physique en fonction du patient.....	76
1. Augmenter l'éducation lorsque les patients sont jeunes	76
2. Création d'une équipe de sport pour les enfants obèses	76
3. Pour les patients issus d'un milieu défavorisé	77
iii. Outils que possèdent les médecins généralistes pour assurer la promotion de l'activité physique en prévention de l'obésité.....	77
1. Améliorer les campagnes publicitaires à la télévision.....	77
2. Améliorer l'accès au soin des professionnels de santé de proximité de l'obésité	78
3. Améliorer la prise en charge hospitalière.....	79
4. Utilisation de supports visuels	79
5. Améliorer le rôle de l'école dans la prévention	80
6. Améliorer les cantines scolaires	81
7. Développer l'utilisation de nouvelles technologies	82
8. Augmenter l'offre de sport dans les régions défavorisées	82
9. Favoriser les lignes de transport publiques	83
10. Augmentation du rôle préventif de la CPAM.....	83
11. Interdire le camion vendeur de bonbons à la sortie de l'école.....	84
iv. Prise en compte des parents dans la promotion de l'activité physique	84
1. Proposer aux parents de changer certaines habitudes	84
2. Proposer des séances d'éducation alimentaire aux parents	85
3. Intégrer les parents dans la promotion de l'activité physique	85
4. Donner les moyens pour que chaque famille cultive un potager.....	85
IV. DISCUSSION	86
<i>a) Pratique d'une activité physique et lutte contre l'obésité : quels rôles pour le médecin généraliste ?</i>	<i>87</i>
i. La pratique de l'activité physique régulière chez les enfants et les adolescents : des bénéfices reconnus	87
ii. L'obésité infantile : entre perceptions et réalités, quelle prise en charge en cabinet de médecine générale ?.....	89
iii. Le médecin généraliste : l'interlocuteur privilégié pour la rédaction des certificats de non-contre-indication et de contre-indication à la pratique sportive	91
1. Les certificats de non contre-indication.....	91
2. La rédaction des certificats de contre-indication.....	92

b) <i>La promotion de la pratique de l'activité physique chez les enfants et les adolescents en cabinet de médecine générale : des facteurs complexes et multiples</i>	94
i. La promotion de l'activité physique en fonction de l'âge du patient	94
ii. En fonction du niveau-social :	96
iii. En fonction du sexe	98
iv. La prise en compte des disponibilités des infrastructures sportives et de l'offre de sport dans les régions défavorisées	99
v. Considérer la géographie des lieux.....	100
vi. L'environnement familial : un facteur clé	101
1. Le poids des habitudes alimentaires dans le Nord-Pas de Calais.....	101
2. L'importance de convaincre les parents.....	102
3. Et de considérer si les parents sont sportifs ou non	104
4. Et lutter contre les croyances parfois erronées des parents.....	105
5. Prise en compte des grands-parents.....	106
c) <i>Les autres outils et moyens à disposition du médecin généraliste</i>	107
i. La pesée et la mesure des enfants en consultation	107
ii. Utilisation des courbes de corpulence	108
iii. Utilisation du carnet de santé	109
iv. Le recours à un questionnaire	110
v. La formation des praticiens	110
vi. Le réseau des professionnels de la santé et de l'enfance : pour une prise en charge multidisciplinaire.....	111
1. Le diététicien	112
2. Le pédiatre.....	113
3. Les services hospitaliers spécialisés	114
4. Le psychologue	114
5. Le kinésithérapeute	115
6. L'endocrinologue	115
7. L'assistant social.....	115
8. La médecine scolaire et Protection Maternelle et Infantile (PMI)	116
9. L'école	116
10. L'outil informatique et les nouvelles technologies.....	117
11. L'amélioration des campagnes publicitaires à la télévision	119
12. Utilisation de supports visuels en cabinet de médecine générale	119
13. La sécurité sociale : un rôle à jouer en matière de prévention	120
CONCLUSION.....	123
ANNEXES	127
a) <i>Courbes de corpulence du Programme National Nutrition Santé 2010</i>	127
b) <i>Tableaux de l'analyse du premier focus group, Maubeuge, 9 participants le 17 janvier 2012</i>	129
i. Les connaissances des médecins généralistes sur l'activité physique et la prévention de l'obésité. (focus group 1)	129
ii. L'adaptation de la promotion de l'activité physique en fonction du patient (focus group 1)	131
iii. Les outils que possèdent les médecins généralistes pour assurer la promotion de l'activité physique en prévention de l'obésité (focus group 1).....	132
iv. Prise en compte des parents dans la promotion de l'activité physique (focus group 1)	133
c) <i>Tableaux de l'analyse du deuxième focus group, Cambrai, 4 participants le 10 mai 2012</i>	134

i.	Les connaissances des médecins généralistes sur l'activité physique et la prévention de l'obésité (focus group 2)	134
ii.	L'adaptation de la promotion de l'activité physique en fonction du patient (focus group 2)	137
iii.	Les outils que possèdent les médecins généralistes pour assurer la promotion de l'activité physique en prévention de l'obésité (focus group 2).....	138
iv.	Prise en compte des parents dans la promotion de l'activité physique (focus group 2)	142
d)	<i>Tableaux de l'analyse du troisième focus group, Boulogne-sur-Mer, 13 septembre 2012, 4 participants</i>	144
i.	Les connaissances des médecins généralistes sur l'activité physique et la prévention de l'obésité (focus group 3)	144
ii.	L'adaptation de la promotion de l'activité physique en fonction du patient (focus group 3)	146
iii.	Les outils que possèdent les médecins généralistes pour assurer la promotion de l'activité physique en prévention de l'obésité (focus group 3).....	147
iv.	Prise en compte des parents dans la promotion de l'activité physique (focus group 3)	150
e)	<i>Tableaux de l'analyse du quatrième focus group, Calais, 9 avril 2014, 6 participants</i>	151
i.	Les connaissances des médecins généralistes sur l'activité physique et la prévention de l'obésité (focus group 4)	151
ii.	L'adaptation de la promotion de l'activité physique en fonction du patient (focus group 4)	154
iii.	Les outils que possèdent les médecins généralistes pour assurer la promotion de l'activité physique en prévention de l'obésité (focus group 4).....	155
iv.	Prise en compte des parents dans la promotion de l'activité physique (focus group 4)	157
	REFERENCES.....	158

INTRODUCTION

En 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé a déclaré l'obésité « première épidémie mondiale non infectieuse de l'histoire ». L'obésité est un facteur de risque cardiovasculaire à part entière. Par rapport aux sujets de poids normal, les obèses ont trois fois plus de risques de mortalité par maladie cardiovasculaire et deux fois plus de risques de mortalité toute cause confondue. De façon préoccupante, les résultats d'une étude danoise montrent que l'Indice de Masse Corporelle chez l'enfant est fortement corrélé au risque cardiovasculaire chez l'adulte. La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20% à 50% avant la puberté, de 50% à 70% après la puberté¹. Ainsi, même un petit surpoids majore le risque cardiovasculaire : un excès de poids de 3,9 kg chez un garçon de sept ans majore le risque d'évènements cardiovasculaires à l'âge adulte de 10%. Cette corrélation est observée pour les deux sexes à tous les âges et après ajustement sur le poids de naissance^{2 3}.

En France, la proportion d'enfants entre 5 ans et 12 ans en surpoids a progressé de 6% à la fin des années 70, à 13% en 1996. Depuis les années 2000, les observations montrent une stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant. En 2006, la prévalence estimée du surpoids et de l'obésité était de 18% chez les enfants de 3 ans à 17 ans, dont 3,5% présentaient une obésité⁴. Les prévalences du surpoids et de l'obésité sont supérieures en France dans les populations défavorisées⁵. Chez les enfants, l'épidémie d'obésité est due en grande partie à une baisse dans les dépenses énergétiques totales due au mode de vie moderne⁶. En 2010, l'obésité est devenue une grande cause nationale avec la mise

en place du plan obésité, incluant les Programmes Nationaux Nutrition Santé successifs accompagnés d'une ambitieuse stratégie de communication (i.e. le très médiatisé site internet mangerbouger.fr⁷).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé : l'inactivité physique est un important facteur de risque responsable d'environ 3,5% des maladies et de près de 10% des décès en Europe⁸. Chez l'enfant, le niveau d'activité physique est un des déterminants majeurs de l'évolution de la composition corporelle. En effet, il a été démontré que la prévalence de l'obésité augmente avec la réduction de l'activité physique⁹. Par exemple, le suivi longitudinal d'enfants de 4 ans montre un effet protecteur de l'activité physique sur le gain de masse grasse pendant l'enfance et à l'adolescence¹⁰.

Bien que la médecine générale soit en grande partie une médecine de prévention, j'ai pu constater que les praticiens ne faisaient que très rarement la promotion de l'activité physique auprès de leur jeune patientèle. Dans la mesure où la médecine générale est aussi une médecine de premier recours permettant plus facilement un dialogue de confiance et la promulgation de conseils sur le long terme, on peut dès lors s'interroger sur les bénéfices potentiels de la promotion de l'activité physique auprès de la jeune patientèle en consultation de médecine générale, en particulier en prévention des risques d'obésité.

En amont de mes recherches, mes postulats étaient les suivants : la prévention de l'obésité en consultation de médecine générale chez les enfants de 3 ans à 17 ans ne se fait pas correctement par manque de temps ou alors, ne cible que les enfants qui sont déjà en surpoids ou obèses. Par ailleurs, les médecins généralistes ne font qu'exceptionnellement la promotion de l'activité physique en consultation. Mes

objectifs de recherche étaient dès lors de réaliser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes du Nord-Pas de Calais en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité sur leur patientèle d'enfants âgée de 3 ans à 17 ans et faire émerger des pistes de réflexion et des propositions concrètes pour améliorer les pratiques.

Les médecins pensent-ils à promouvoir l'activité physique pour chaque enfant, notamment normo-pondéral ? Comment délivrent-ils les messages de prévention en pratique ? Quelle est l'importance de la pesée et de la mesure des enfants dans leurs consultations ? Et quelle attitude adoptent-ils lors des découvertes d'obésité ? Enfin, des améliorations sont-elles envisageables ? Et quelles solutions mettre en œuvre ?

Afin de répondre à ces questions, nous exposerons d'abord les bénéfices avérés de l'activité physique en matière de prévention de l'obésité chez les enfants, puis nous énoncerons ce que les instances de santé nationales et internationales conseillent aux médecins généralistes. Cela nous permettra notamment de confronter ces recommandations aux pratiques quotidiennes.

Ensuite, nous laisserons la parole aux médecins généralistes du Nord-Pas de Calais dont les points de vue sur le sujet ont pu être recueillis au moyen d'entretiens menés en focus groups. Lors de ces échanges, les médecins généralistes ont ainsi pu s'exprimer directement, nous faire part des difficultés rencontrées et aussi réfléchir ensemble à des propositions pour améliorer leurs pratiques.

Enfin, dans une partie dédiée à la discussion des résultats, nous ferons la synthèse des idées exprimées, dresserons un état des lieux des pratiques et proposerons des

solutions concrètes en faveur de la promotion de l'activité physique en prévention de l'obésité chez les enfants lors des consultations de médecine générale.

I. PREVENTION DE L'OBESITE ET PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE EN FRANCE

a. L'efficacité d'une activité physique régulière sur la prévention de l'obésité (physiopathologie)

i. Quelques définitions

1. L'activité physique

L'activité physique pourrait se définir ainsi : « tous mouvements corporels produits par les muscles squelettiques qui entraînent une augmentation substantielle de la dépense énergétique au-dessus de la dépense énergétique de repos¹¹ ».

2. La relation entre l'obésité et l'activité physique

La balance énergétique est la différence entre les entrées d'énergie, essentiellement alimentaires, intermittentes et les dépenses énergétiques permanentes et variables.

L'obésité est le résultat d'un bilan énergétique positif, c'est-à-dire d'un apport énergétique supérieur aux dépenses, l'excédent étant alors stocké sous forme de graisse, presque exclusivement sous la forme de triglycérides dans le tissu adipeux d'où ils sont mobilisés lorsque le bilan est négatif¹².

3. Les conséquences de l'obésité

L'obésité à l'âge adulte est associée à une augmentation du risque de mort prématurée, de maladies cardiaques, de diabète de type 2, de plusieurs types de cancers, de pathologies articulaires et de beaucoup d'autres problèmes^{13 14 15}.

4. La mesure de l'Indice de Masse Corporelle et les courbes de corpulence

La prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et chez l'adulte s'estime à partir de l'indice de masse corporelle ($IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 (\text{m}^2)$)¹⁶. Les courbes de corpulence permettent de suivre l'évolution de l'indice de masse corporelle en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant et déterminent si l'enfant est considéré comme « maigre », « normal », « en surpoids » ou « obèse » (cf. courbes de corpulence du Programme National Nutrition Santé 2010 en annexe). L'IMC est l'outil le mieux adapté pour le dépistage de l'obésité. Ces seuils sont issus à la fois des références françaises et des références de l'IOTF¹⁷ (*International Obesity Task Force*). L'IOTF a élaboré en 2000 une définition du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, en utilisant des courbes d'IMC établies à partir de données recueillies dans six pays disposant de larges échantillons représentatifs¹⁸.

Au cours de la croissance, la corpulence varie de manière physiologique. En moyenne, elle augmente la première année de la vie, puis diminue jusqu'à l'âge de 6 ans et croît de nouveau jusqu'à la fin de la croissance. La remontée de la courbe de l'IMC observée en moyenne à l'âge de 6 ans est appelée rebond d'adiposité. Les études montrent que l'âge au rebond d'adiposité est corrélé à l'adiposité à l'âge adulte : plus il est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé¹⁹.

ii. Bases scientifiques et physiopathologiques des bénéfices de l'activité physique sur la prévention de l'obésité chez l'enfant

1. Les bienfaits de l'activité physique chez l'enfant

L'activité physique chez l'enfant augmente la densité osseuse et la capacité cardio-respiratoire à l'effort²⁰, prévient peut-être du diabète de type 2²¹, aussi de l'athérosclérose²² et améliore les valeurs biologiques des triglycérides vers le bas, des lipoprotéines de haute densité vers le haut.²³ Il a été démontré que l'on pouvait associer un faible niveau d'activité physique avec des risques plus élevés d'athérosclérose, d'hypertension artérielle et de surpoids/obésité chez les enfants à partir de 12 ans^{24 25}.

Chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, l'activité physique ne fait pas maigrir. Seul le régime hypocalorique peut induire une perte de poids significative chez le sujet obèse ou en surpoids. L'adjonction à un régime hypocalorique d'une activité physique régulière ne majore pas la perte de poids induite par le régime^{26 27 28}. L'activité physique permettrait en revanche de limiter la perte de masse musculaire pendant les périodes de restriction énergétique, de diminuer l'insulinorésistance menant au diabète de type 2, d'augmenter les concentrations plasmatiques de HDL, de diminuer le rythme cardiaque de repos en sus d'effets bénéfiques sur la pression artérielle, améliorant ainsi l'estime de soi.

Il est donc admis que l'activité physique soit indiquée à tous les stades de la prise en charge de l'obésité chez l'enfant, avec un niveau de preuves scientifiques élevé²⁹.

2. Les contre-indications de l'activité physique chez l'enfant

Les contre-indications de l'activité physique chez l'enfant sont rares : essentiellement des cardiopathies avec risques de décompensation, d'insuffisance respiratoire chronique, d'insuffisance rénale avancée, d'handicaps neurologiques sévères, etc.

b. L'activité physique chez les enfants en fonction de l'âge

i. de 3 ans à 6 ans

En France, environ un quart des enfants de 3 ans à 6 ans pratiquerait des jeux de plein air chaque jour, les jours sans école et environ 35% les jours d'école³⁰. Pourtant, l'enfant a besoin de mouvements et de jeux car c'est une période d'acquisition d'habiletés motrices au moyen d'obstacles, de ballons, de rythmes etc. Il convient de les inciter à courir, sauter, ramper, grimper, tourner sur eux-mêmes, se balancer, tirer, pousser, porter, pratiquer des exercices d'équilibre, se suspendre etc. Les capacités motrices contribueront au développement des rapports sociaux et au sentiment de sa propre valeur. Le temps de l'activité sera habituellement assez court³¹.

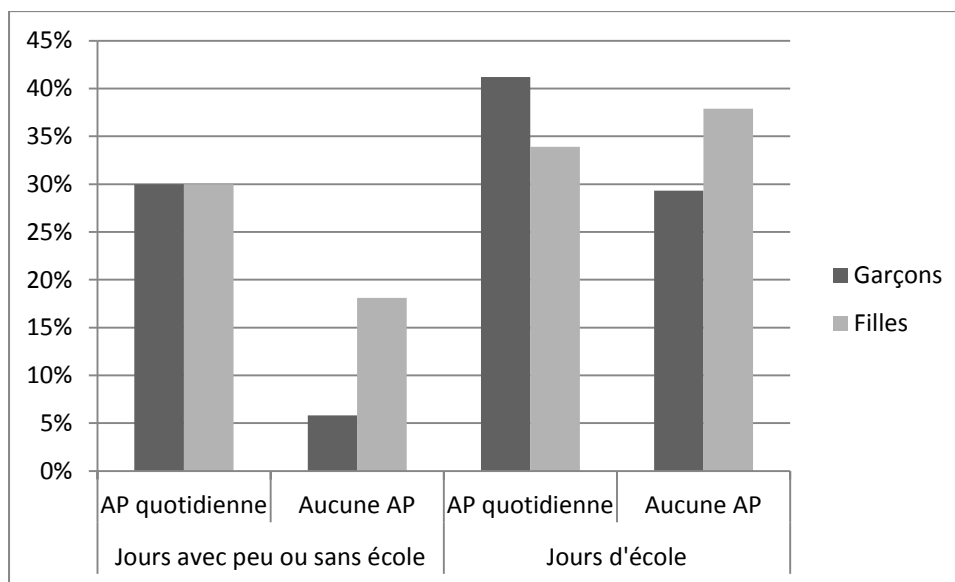
Les déterminants à l'activité physique chez les enfants de 3 ans à 6 ans sont les facteurs personnels comme l'appartenance au sexe masculin, le surpoids des parents, l'état de santé et nutritionnel, les facteurs socio-culturels comme la pratique de l'activité physique par les parents et enfin les facteurs environnementaux comme un accès facilité à la pratique et le temps passé à l'extérieur^{32 33}.

ii. de 7 ans à 10 ans

Les jours où il y a peu ou pas d'école, environ 30 % des garçons et des filles de 7 ans à 10 ans ont une activité physique quotidienne tandis que 5,8 % des garçons et 18,1 % des filles ne pratique aucune activité physique. Les jours d'école,

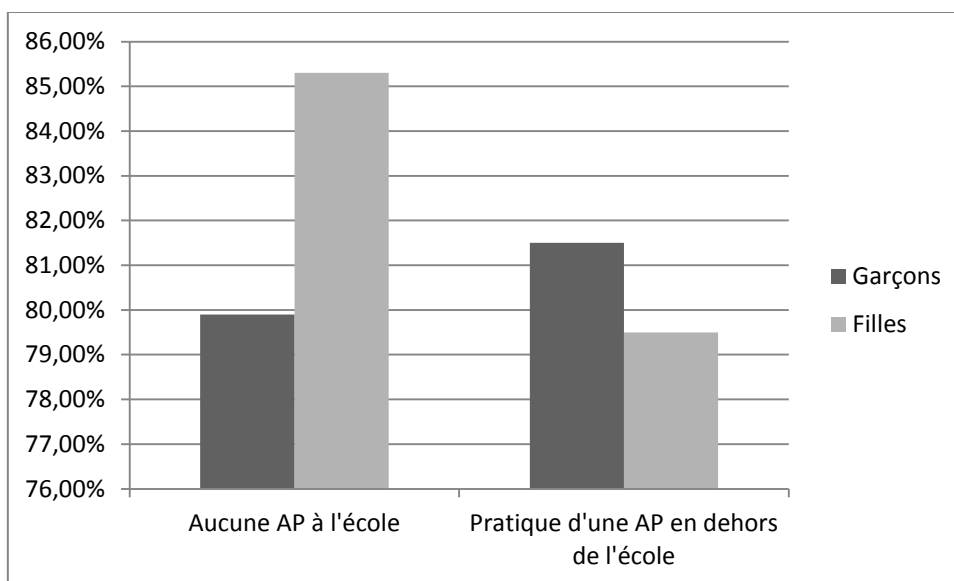
41,2 % des garçons de 7 ans à 10 ans et 33,9 % des filles pratiquent une activité physique quotidienne alors que 29,3% des garçons et 37,9 % des filles ne pratiquent aucune activité physique. A l'école, 79,9 % des garçons de 7 ans à 10 ans et 85,3 % des filles ne pratiquent pas d'activité physique. En dehors de l'école, 81,5 % des garçons de 7 ans à 10 ans et 79,5% des filles exercent un sport. Enfin, 34,5 % des garçons et 37,2% des filles de 7 ans à 10 ans vont à l'école en marchant, à vélo ou en trottinette tandis que 64,8 % des garçons et 64,7 % des filles y vont en voiture ou en transports en commun³⁴. L'enfant est encore fougueux et possède une meilleure habileté dans les mouvements rapides et les rythmes divers. Cette période est favorable à l'acquisition d'habiletés motrices et à l'apprentissage d'un grand nombre de techniques de base, avec des exercices de conditionnement physique et de coordination, en particulier dans les activités multisports³⁵.

Pratique d'une activité physique quotidienne chez les enfants de 7 ans à 10 ans



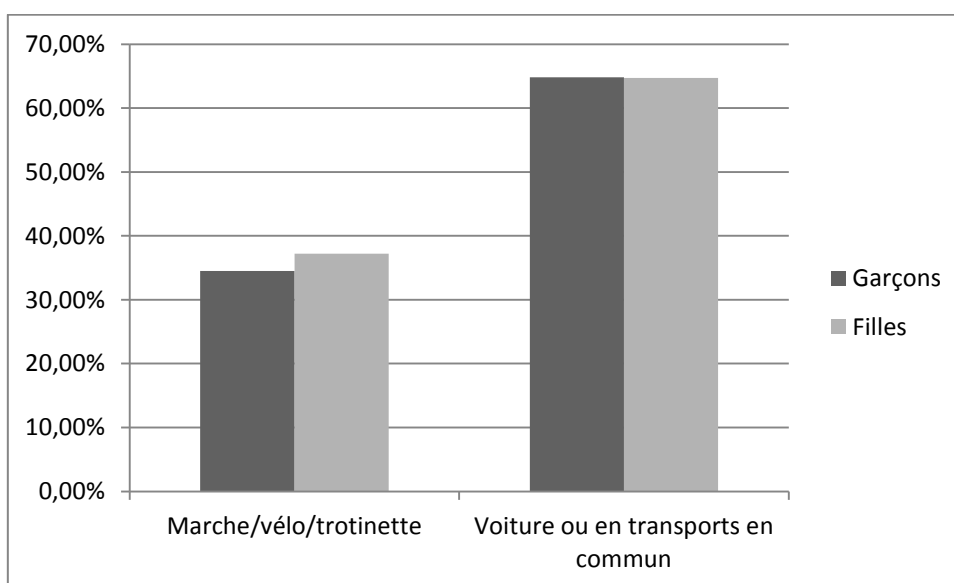
Source : INVS. Étude nationale nutrition santé 2006. décembre 2007

Pratique d'une activité physique à l'école et en dehors de l'école chez les enfants de 7 ans à 10 ans



Source : INVS. Étude nationale nutrition santé 2006. décembre 2007

Mode de déplacement pour les trajets domicile - école chez les enfants de 7 ans à 10 ans



Source : INVS. Étude nationale nutrition santé 2006. décembre 2007

Les déterminants à la pratique de l'activité physique des enfants de 7 ans à 10 ans sont sensiblement les mêmes que ceux des enfants plus jeunes auxquels s'ajoutent la préférence d'activité physique, l'intention de pratiquer et les obstacles à la pratique.

iii. de 11 ans à 14 ans

En France, environ 60 % des enfants de 11 ans à 14 ans effectuent un minimum de 150 minutes par semaine d'activité physique au moins modérée. A partir de cet âge, la différence de croissance fille/garçon explique la distinction entre les deux sexes. Environ 45% des garçons pratiquent l'équivalent d'au moins 30 minutes par jour d'activité physique contre 30% des filles. Le second âge scolaire (10 ans à 11-12 ans pour les filles et 10 ans à 13 ans pour les garçons) est la tranche d'âge la plus adaptée pour l'apprentissage et le développement des aptitudes physiques³⁶. L'enfant va acquérir et maîtriser des mouvements complexes, précis et justes, demandant un important effort d'orientation spatio-temporelle. La force, la vitesse de réaction et l'endurance peuvent être développées et se rapprocher des capacités de l'adulte.

Lors de la première phase de la puberté (de 11-12 ans à 13-14 ans chez les filles et de 13 ans à 14-15 ans pour les garçons), les modifications hormonales liées à la puberté s'accompagnent d'une évolution psychique. Le désir d'autonomie et le besoin d'être responsable jouent un rôle essentiel. La condition physique peut être particulièrement améliorée, tandis que la technique et les capacités de coordination sont stabilisées. La motivation doit être soutenue pour prévenir tout abandon de pratique sportive. A partir de 13 ans, les facteurs personnels deviennent le sexe masculin, l'ethnie, l'âge, la consommation de tabac, d'alcool et de drogue³⁷.

iv. de 15 à 17 ans

En France, environ 70% des adolescents pratiquent une activité physique équivalente à au moins 30 minutes par jour, 5 jours par semaine d'une activité physique au minimum modérée³⁸. Lors de la deuxième phase de la puberté (13-14 ans à 17-18 ans pour les filles et 14-15 ans à 18-19 ans pour les garçons) le ralentissement de la vitesse de croissance et l'harmonisation des proportions segmentaires permettent aux adolescents de poursuivre l'amélioration de leurs aptitudes motrices. Ainsi, les mouvements les plus complexes s'apprennent plus rapidement et sont mémorisés³⁹.

c. Contraintes et déterminants de l'activité physique chez les enfants en surpoids ou obèses

i. Les contraintes

Chez l'enfant obèse, les contraintes imposées à l'appareil locomoteur et les risques traumatiques sont plus élevées alors même que la force musculaire peut être proche de celle des sédentaires. Pour les obésités importantes, on peut même observer un retard de développement des qualités motrices (adresse, agilité, coordination, équilibre.) La fréquence des fractures est alors plus élevée au niveau des membres et du rachis et des inflammations tendineuses plus fréquentes. Concernant la capacité cardio-respiratoire à l'effort, elle est plus sollicitée pour un niveau d'exercice identique chez un enfant et adolescent obèse, avec des fréquences cardiaques et des débits ventilatoires plus élevés. Le volume courant est légèrement réduit et les seuils d'essoufflement plus bas pour une même puissance d'exercice. Dans les cas d'obésité majeure, une hypoxémie et une hypercapnie de repos (diurne ou nocturne) peuvent être associées à des ronflements voire un syndrome d'apnées du sommeil (SAS). Les exacerbations de l'asthme sont également fréquentes (risque relatif augmenté de 50 %). Les risques cutanés sont plus élevés en raison de l'encombrement des membres et d'une fragilité cutanée pouvant se traduire par des microlésions au niveau de zones de frottements. Les enfants obèses ont un métabolisme énergétique perturbé. Ils utilisent préférentiellement les glucides, ce qui limite l'utilisation des lipides au cours de la pratique d'une activité physique⁴⁰.

ii. Les déterminants

Les déterminants psychologiques sont très importants dans la pratique d'activité physique. L'estime de soi favorise l'engagement dans une activité physique, en particulier par le biais de la motivation. Les enfants en surpoids expriment un mal-être lié à une mauvaise image de leur corps. Ils ont une représentation et une attitude négative vis-à-vis de l'activité physique. Ces enfants expriment davantage de réticences à la pratique de l'activité physique par rapport aux normo pondéraux et bénéficient souvent de moins de soutien parental.

Ils sont plus souvent dépressifs. La souffrance psychique de l'adolescent obèse est fréquente et souvent importante même si elle est déniée ou minimisée. Elle est intriquée à l'obésité, tout comme des difficultés psychologiques peuvent entraîner ou entretenir une obésité avec l'apparition d'un véritable cercle vicieux psychologique et social. L'obésité entraîne une stigmatisation par les parents ou les camarades qui pousse l'enfant à éviter ses pairs ou du moins à éviter de partager avec eux certaines activités physiques. Durant ces périodes de solitude, l'ennui et la culpabilité mènent au grignotage et à la sédentarité, ce qui participe à l'entretien ou au développement de l'obésité⁴¹.

La pratique de l'activité physique est corrélée au niveau d'éducation des parents et aux revenus des ménages. Par exemple, dans l'étude de Viner et Cole, les jeunes filles obèses qui perdent en corpulence sont d'un niveau socio-économique plus élevé, pratiquent davantage de sports de loisir et sont moins sédentaires⁴².

d. Les directives des instances nationales sur la promotion de l'activité physique.

i. La surveillance des courbes de corpulence

La Haute Autorité de Santé recommande de surveiller l'Indice de Masse Corporelle systématiquement chez tous les enfants et adolescents quel que soit leur âge, leur corpulence apparente et le motif de la consultation et d'être particulièrement attentif aux enfants présentant des facteurs de risque précoce de surpoids et d'obésité et aux enfants de familles en situation de vulnérabilité. La fréquence recommandée pour effectuer les mesures est au minimum de 3 fois par an de la naissance à 2 ans, puis au minimum 2 fois par an. Ces éléments doivent figurer dans le carnet de santé afin de pouvoir être particulièrement attentif à la dynamique de la courbe de l'Indice de Masse Corporelle⁴³.

ii. La prescription d'activité physique par le médecin généraliste

L'objectif de l'accompagnement par le médecin est de faire émerger chez la famille les ressources nécessaires afin que l'environnement devienne favorable à une pratique physique plus régulière. Il est recommandé de réaliser un entretien initial approfondi ainsi qu'un examen médical centré sur le repérage des freins et des risques à la pratique d'activité physique ou sportive.

Chez les enfants de moins de 6 ans, les activités physiques sont réparties dans la journée et se produisent de manière spontanée. Dès que l'enfant sait marcher, ses parents (et l'entourage : assistante maternelle, grands-parents, etc.) doivent veiller à ce qu'il ne reste pas inactif : éviter l'utilisation de la poussette, l'amener au square,

partager des activités en famille (jeux actifs, promenade...). Les temps d'écran sont déconseillés chez les moins de 3 ans et devraient être très limités au-delà.

A partir de 6 ans, il est recommandé de parvenir à cumuler plus de 60 minutes d'activité physique quotidienne modérée à intense, sous forme de jeux (activité récréative notamment à l'extérieur : ballon, vélo, rollers, frisbee, etc.), de loisirs (danser, aller à la piscine, à la patinoire, au bowling, etc.), de sports (scolaire, association sportive, maison de quartier, etc.), de déplacements (promener le chien, aller à l'école à vélo, privilégier les escaliers, etc.) et d'activités de la vie quotidienne (passer l'aspirateur, faire les courses, tondre la pelouse, etc.) De plus, il est recommandé de limiter les comportements sédentaires, notamment les temps d'écran à visée récréative.

Il est recommandé que les notions de plaisir, de rencontre, de bien-être physique et psychique soient mises en avant pour faciliter la pratique d'une activité physique et son maintien au long cours, en adaptant les objectifs et les conseils en fonction des facteurs personnels de l'enfant (âge, sexe, niveau de surpoids, capacités physiques, pratiques physiques existantes, motivation etc.) et de ses facteurs extrinsèques (possibilités familiales, environnement etc.).

En pratique, le médecin généraliste pourra lutter contre les comportements sédentaires, en déconseillant les temps d'écran récréatif (TV, ordinateur, jeux vidéo, téléphone etc.), et les temps d'inactivité physique, et encourager l'activité physique quotidienne en augmentant les déplacements actifs (aller à l'école à pied ou à vélo, privilégier les escaliers, promener le chien etc.) et/ou l'activité physique de loisir (promenades en famille, jeux extérieurs avec des amis etc.) ainsi sur les activités

sportives périscolaires (maison de quartier, centre aéré ou de loisirs, colonies de vacances etc.).

En cas de gêne à la pratique de l'activité physique, en particulier dans le cadre scolaire, il est conseillé d'utiliser un certificat médical d'inaptitude partielle (précisant les limites physiques, physiologiques et psychologiques) plutôt qu'une dispense totale d'activité physique et sportive⁴⁴.

iii. Les 3 niveaux de recours à la prescription de l'activité physique en cas d'échec

Le 1er recours correspond à une prise en charge de proximité coordonnée par le médecin habituel de l'enfant. Il est recommandé qu'il soit proposé aux enfants aux et adolescents :

- en surpoids ou présentant une obésité commune non compliquée ;
- pour lesquels le contexte familial est favorable suggérant une capacité à mettre en œuvre les changements proposés ;
- sans problème psychologique et social majeur identifié.

Le médecin habituel de l'enfant réalise l'évaluation initiale et décide des orientations nécessaires. Le médecin peut être accompagné dans le suivi par un autre professionnel de proximité, en fonction des besoins (diététicien, psychologue ou psychiatre, dans le cadre ou non d'un réseau), auquel cas la coordination des soins est assurée par le médecin.

Le 2e recours correspond à une prise en charge multidisciplinaire organisée à l'échelle d'un territoire, faisant appel à des professionnels spécialisés. Il est recommandé qu'il soit proposé aux enfants et aux adolescents :

- en cas d'échec de la prise en charge de 1er recours ;
- et/ou en surpoids avec ascension brutale de la courbe d'IMC ;
- et/ou présentant une obésité avec d'éventuelles comorbidités associées ;
- et/ou dont le contexte familial est défavorable ;
- et/ou avec une problématique psychologique et sociale identifiée.

Il peut s'agir également d'une demande de diagnostic dans le cadre d'une obésité secondaire nécessitant une équipe spécialisée pour déterminer la prise en charge la plus adaptée. Un suivi multidisciplinaire est recommandé (diététicien et/ou psychologue ou psychiatre et/ou professionnel d'activités physiques adaptées etc.). Le médecin habituel de l'enfant assure la coordination des soins, en lien avec les acteurs de proximité ou l'équipe spécialisée. Cette dernière peut intervenir en apportant son expertise, en mettant à disposition son plateau technique pour des explorations éventuelles, des séances d'éducation thérapeutique de groupe ou des courts séjours (< 2 mois) en soins de suite et de réadaptation.

Le 3e recours est organisé à une échelle régionale et correspond à une prise en charge coordonnée par un médecin et un centre spécialisé. Il est recommandé qu'il soit proposé aux enfants et aux adolescents :

- en cas d'échec de la prise en charge de 2e recours ;

- et/ou lorsqu'il existe des comorbidités sévères ;
- et/ou en cas de handicap dans la vie quotidienne généré par l'obésité ;
- et/ou lorsque le contexte familial est très défavorable (carence éducative, maltraitance, composante psychiatrique et/ou sociale majeure).

Il peut s'agir également d'une demande de diagnostic dans le cadre d'une maladie rare nécessitant une équipe spécialisée (centre de compétence maladie rare et/ou centre de référence maladie rare) pour déterminer la prise en charge la plus adaptée. Le médecin et l'équipe spécialisée peuvent intervenir en apportant leur expertise, en mettant à disposition leur plateau technique. Le médecin et le centre spécialisé peuvent également assurer la coordination des soins en lien avec le médecin habituel, décider et réaliser des orientations nécessaires (avis spécialisés) et discuter des indications de séjours prolongés en Soins de Suite et de Réadaptation (> 2 mois), ainsi que dans les situations exceptionnelles, des éventuelles indications de chirurgie bariatrique. Un suivi multidisciplinaire est recommandé⁴⁵.

II. METHODOLOGIE RETENUE

a. Présentation du focus group

i. Définition

Le focus group est une technique d'entretien de groupe, un «groupe d'expression », qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. Il fait partie des techniques d'enquête qualitative par différenciation aux enquêtes quantitatives reposant sur un questionnaire. Cette technique permet d'étudier la variété des opinions et des sentiments des participants sur un sujet donné et aussi d'objectiver les facteurs associés aux opinions, comme les comportements et les motivations. Elle permet aussi de faire émerger de nouvelles idées de façon interactive au sein d'un groupe⁴⁶.

ii. Historique

Le focus group est issu d'une technique marketing apparue après la seconde guerre mondiale aux États-Unis qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs sur un produit existant et le de rendre ainsi plus attractif.

Dans les années 1980, cette technique a été récupérée par la recherche universitaire dans des domaines aussi divers que l'éducation, la santé publique, l'environnement et les sciences sociales.

Elle est très utilisée dans les pays anglo-saxons pour les travaux de recherche en soins primaires dans une optique qualitative de recueil d'informations et d'opinions⁴⁷.

iii. Description

1. Prérequis

Tout d'abord, il convient de cibler le thème : définir précisément le problème posé, le but de l'étude, les types d'information à recueillir et leur utilisation future.

Le protocole est établi à l'avance par les chercheurs et l'objectif doit être décrit de manière explicite⁴⁸.

2. Le questionnaire

Une demi-douzaine de questions courtes et précises sont à élaborer. Elles doivent être ouvertes et stimuler le travail du groupe. Les questions vont du domaine le plus général au plus spécifique. Une étude pilote peut être réalisée pour tester les questions. La première réunion peut permettre de vérifier si le questionnaire est bien adapté. Il est possible d'y apporter quelques modifications.

3. La sélection des participants

Les participants ont des caractéristiques communes et homogènes en lien avec le thème abordé. Leur sélection vise à panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet. Il ne s'agit pas ici d'être représentatif de la population source : ce sont des professionnels de santé ou des patients/usagers de la médecine. Le nombre de participants est de 6 à 8 en moyenne, tous volontaires.

4. Le déroulement du focus group

Un modérateur est chargé d'animer le groupe. Son objectif est de faire émerger les différents points de vue. Il peut laisser au départ la dynamique de groupe agir de manière non directive puis recentrer en fin de séance. Il doit bien maîtriser la technique de conduite de réunion par la reformulation, la clarification, et l'esprit de synthèse.

Il est aidé par un observateur du groupe qui connaît la thématique et s'occupe des enregistrements audio des séances. Celui-ci est aussi chargé de noter les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissent lors des réunions. L'aspect technique doit être bien réglé avant le début de réunion. La vidéo peut éventuellement être utilisée.

Le lieu doit être neutre, agréable et convivial, dans une atmosphère détendue. En début de séance, le principe du focus group et les questions sont présentés aux participants. Il leur est demandé leur accord pour la retranscription de tout ce qui se dit pour l'analyse ultérieure et l'utilisation des données à des fins scientifiques. Le respect de l'anonymat et de toutes les opinions est obligatoire et ceci est annoncé en début de séance. Chaque question est abordée en moyenne pendant 15 minutes et la séance dure environ 2 heures. Une synthèse peut être réalisée en fin de groupe pour vérifier l'accord des participants avec ce qui a été retenu. Le nombre de séances n'est pas fixé à l'avance mais celles-ci sont répétées jusqu'à épuisement du thème ; il faut en compter au minimum 3 à 4 par thème⁴⁹.

iv. La phase d'analyse des données.

1. Première étape

La première étape est une phase de collecte. Il s'agit de transcrire ce qui a été dit immédiatement après la séance. Les commentaires du modérateur sont identifiés. Les paroles de chaque intervenant, retranscrites mot à mot, doivent être bien individualisées de même que tous les aspects non verbaux⁵⁰.

2. Seconde étape

La seconde étape est la phase d'analyse proprement dite. Une procédure systématique a été déterminée au préalable dans le protocole. L'analyse doit être reproductible, c'est à dire que, quelle que soit la personne qui la fait, les conclusions doivent être les mêmes. L'analyse porte aussi bien sur le verbal que le non verbal et l'émotionnel. Elle doit se faire sans a priori et rester focalisée sur le thème et les questions clés.

Il n'y a pas forcément de séparation entre la collecte des données et cette phase d'analyse. En effet, dès la collecte du premier groupe, une première analyse permet de mieux préciser les questions du second groupe.

L'analyse dite de « la table longue » est utilisée : le principe de base consiste à analyser les transcriptions de paroles des participants (appelées verbatim) qui sont découpées, classées, comparées et confrontées. Tous ces verbatim sont étiquetés en fonction de l'idée ou du sous-thème qui peut les résumer (appelés occurrence). Cela peut être une expression, une phrase significative, un sentiment, un mot clé, etc. Les occurrences peuvent être regroupées en grand thème ou grand concept. Cette phase de codage permet d'éliminer les hors-sujet, et de pondérer les résultats

en notant leur fréquence s'il y a répétition de certains thèmes ou de souligner le non-verbal et l'émotionnel qui y est associé. Il faut éviter tout a priori et ne jamais perdre de vue l'objectif de l'étude. Un rapport écrit comprend une synthèse narrative et descriptive, suivie d'une analyse interprétative des données et de recommandations éventuelles⁵¹.

v. Intérêt et limites de la méthode par focus group

1. L'intérêt

L'avantage de la méthode par focus group réside dans les aspects positifs de l'interaction et la dynamique de groupe. Les échanges favorisent l'émergence des connaissances, des opinions et des expériences comme une réaction en chaîne. Tout ce qui a de la valeur pour les personnes est abordé, comparé et confronté. Le « comment? » et le « pourquoi ? » sont abordés.

Le chercheur est comme un explorateur qui peut connaître en partie le terrain, mais va aussi découvrir des domaines inconnus. Tout est « valide » : même une seule idée minoritaire est « vraie »⁵².

2. Les limites

Les limites du focus group résultent des aspects négatifs de l'interaction de groupe. Il peut y avoir des réticences à exprimer des idées personnelles. Il peut se dégager des normes de groupe, source de blocage. Il faut éviter les relations de hiérarchie (par exemple, les effets de leader d'opinion) ou conflictuelles entre participants.

Les résultats d'une étude par focus group ne peuvent pas être généralisés, car le groupe n'a pas été constitué dans un but de représentativité de la population source (i.e. biais statistiques). Mais les résultats peuvent être utilisés secondairement pour l'élaboration du questionnaire d'une enquête quantitative sur un échantillon représentatif.

Cette technique demande au chercheur d'y consacrer beaucoup de temps⁵³.

vi. La validité d'une recherche scientifique par focus group

La notion de validité est différente de celle des études quantitatives dans lesquelles des résultats chiffrés représentent statistiquement les avis de personnes interrogées. En effet, dans les focus-groups, le chercheur obtient directement les réponses et a l'opportunité de les clarifier et de les approfondir grâce à la relance qu'il peut faire au cours de l'entretien. L'analyse de leurs opinions est directement tirée des mots qu'ils prononcent lors de l'entretien.

La validité interne concerne les liens entre les données recueillies, c'est-à-dire les représentations, les valeurs, les croyances, les attitudes des sujets et les analyses effectuées sur ces données. Le chercheur tient à s'assurer que ces analyses soient crédibles, authentiques. Les précautions suivantes aideront le chercheur à bien y répondre : les rôles des différents partenaires sont clairement définis et ont fait l'objet de consensus; le contrat de communication entre l'animateur et le groupe est clair; les codes et les catégories sont définis en relation étroite avec le cadre conceptuel. Il en est de même pour les différents outils qui aident à l'analyse⁵⁴.

La validité externe du processus, c'est-à-dire la relation entre la problématique et les résultats compte tenu du caractère unique de la situation étudiée (certains parlent aussi de pertinence ou de transférabilité ou de cohérence interne) peut être assurée par :

- un échantillon justifié et argumenté ;
- une description des caractéristiques des participants et une prise en compte de ces informations dans l'analyse des échanges ;
- l'analyse entre les différents entretiens de groupe qui ont été conduits.

L'expérience et les connaissances du chercheur lui permettent d'estimer la qualité des informations obtenues et des analyses entre les différents groupes qui ont été menées. Ces précautions lui permettent d'avancer qu'au-delà de l'unicité de la situation ou du phénomène, les résultats obtenus pourraient être ressemblants dans des contextes similaires^{55 56}.

b. Choix du type d'étude

Le sujet portant sur le lien entre la prévention de l'obésité et la promotion de l'activité physique à destination des enfants en consultation de médecine générale, j'ai souhaité comprendre ce qui se passait en pratique dans les cabinets des médecins généralistes du Nord-Pas de Calais. J'étais avant tout désireux de connaître les perceptions de médecins, d'entendre les limites auxquelles ils pouvaient être confrontés et de faire émerger des solutions permettant d'améliorer effectivement les pratiques. Dès lors, j'ai souhaité me mettre à l'écoute de ces praticiens. Cette méthode m'a semblé pouvoir répondre à mon « cahier des charges » tout en me permettant de partir à la rencontre de mes confrères, de provoquer l'échange autour d'une problématique et de sujets qui me sont chers.

c. La méthodologie de l'étude

i. Objectif de l'étude

Mon objectif était d'amener les praticiens à s'exprimer sur la pratique quotidienne réelle (les comportements) en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité. En sus de « bonnes pratiques », j'étais également à la recherche d'autocritiques de la part des médecins généralistes. Enfin, j'espérais que l'interaction entre les praticiens favoriserait l'émergence d'idées nouvelles et de solutions pratiques en faveur de la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité chez les enfants.

Une de mes hypothèses de départ était que la prévention de l'obésité en consultation de médecine générale ne se faisait pas correctement par manque de temps ou ne ciblait que les enfants déjà en surpoids ou obèses.

ii. La formation des focus groups

J'ai réalisé 4 réunions avec des médecins généralistes installés dans 4 villes du Nord-Pas de Calais :

- le 17 janvier 2012 à Maubeuge (Nord), 9 participants ;
- le 10 mai 2012 à Marcoing, à côté de Cambrai (Nord), 4 participants ;
- le 13 septembre 2012 à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais), 4 participants ;
- le 9 avril 2014 à Calais (Pas-de-Calais), 6 participants.

J'ai profité d'une réunion habituelle des médecins de l'association de formation médicale continue dont le Dr Bardoux fait partie pour réaliser mon 1^{er} focus group.

Pour le deuxième focus group, les médecins chez qui j'avais réalisé mon stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) ont eu la gentillesse de mobiliser des confrères du secteur.

A Boulogne-sur-Mer et Calais, j'ai contacté les cabinets médicaux un à un des médecins de la ville de manière individuelle au moyen de l'annuaire du site internet ameli.fr.

Tous les entretiens ont été réalisés en soirée à l'exception de celui de Maubeuge qui s'est déroulé à l'heure du déjeuner. Des collations ont été mises à disposition des participants.

iii. Déroulement des focus groups

Après un accueil des participants accompagné d'une collation – afin de rendre la réunion la plus chaleureuse possible – je me présente puis expose de nouveau le but de ma recherche. Ensuite, j'expose la méthodologie retenue et précise que ces entretiens sont soumis au respect de la confidentialité. Enfin, vient le temps fort de l'entretien avec l'énoncé des questions comprenant des encouragements et des relances lorsque les participants s'égarent trop ou me semblent hors sujet.

Le premier groupe s'est réuni à Maubeuge dans les locaux prêtés de façon hebdomadaire aux médecins généralistes de Maubeuge pour leur formation médicale continue. Le deuxième groupe s'est rassemblé dans une salle de réunion du cabinet médical du Dr Rétaux, un des praticiens chez qui je réalisais alors mon stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée. Le troisième focus group s'est déroulé à Boulogne-sur-Mer dans une salle louée à la municipalité. Enfin, le quatrième focus group s'est tenu dans une salle de réception privée de l'hôtel Mercure de Calais.

Lors de la quatrième réunion, j'ai pu constater qu'aucune idée nouvelle n'apparaissait et que les mêmes thèmes revenaient de façon redondante. J'ai donc pris la décision d'arrêter les focus groups.

En début de séance, le principe du focus group et les questions sont présentées aux participants. Il leur est demandé leur accord pour la transcription de tout ce qui se dit pour l'analyse ultérieure et l'utilisation des données à des fins scientifiques. Le respect de l'anonymat et de toutes les opinions est obligatoire et ceci est annoncé en début de séance. Chaque question est discutée en moyenne pendant 15 minutes et la séance dure environ 2 heures.

iv. Le questionnaire

Le questionnaire se compose de 7 questions, posées de façon ouverte pour guider les entretiens :

1. Dans votre pratique quotidienne, attachez-vous de l'importance à la promotion de l'activité physique et sportive chez les enfants de 3 à 17 ans ? Si non, pourquoi ?
2. Dans votre pratique quotidienne, comment et à quel enfant faites-vous la promotion de l'activité physique ? Et à quel moment ?
3. Pesez-vous et mesurez-vous régulièrement les enfants afin de réaliser une courbe de croissance et des courbes de corpulence ? Êtes-vous rigoureux sur le remplissage du carnet de santé ?
4. Avez-vous déjà diagnostiqué des obésités dans votre jeune patientèle ? Quelle a été alors votre attitude ?
5. Quelle(s) activité(s) physique(s) ou sport(s) conseillez-vous le plus souvent ? Quels sont vos critères de choix (âge, sexe, pathologie, milieu socioculturel). A quelle fréquence conseillez-vous ? Comment mesurez-vous en l'efficacité ?

6. Lorsque vous vous apercevez que votre prescription médical de sport prise en charge seule ne va pas suffire, vous tournez vous vers un (d') autre(s) professionnel(s) ? Si oui, le(s)quel(s) ?
7. Quels axes de travail peuvent être envisagée afin d'améliorer les pratiques en médecine générale ?

J'ai parfois reformulé les questions lorsqu'elles étaient mal comprises par les participants, mais en veillant à ne pas d'influencer les résultats obtenus.

v. L'analyse des focus groups

L'analyse des focus group s'est faite en 2 phases :

Premièrement, à l'issue des réunions, j'ai transcrit sur le logiciel Word de Microsoft l'ensemble des propos, en n'omettant aucun mot de la réunion.

Ensuite, j'ai analysé les transcriptions des paroles des participants (les verbatims) que j'ai découpées, classées, comparées et confrontées en tableaux comportant la même idée ou en sous-thème (les occurrences) comme une expression, une phrase significative, un sentiment, un mot clé, etc. Ces occurrences ont été ensuite regroupées en grand thème.

d. La critique de la méthode

Certains éléments dans ma méthodologie m'ont semblé critiquables à posteriori :

Tout d'abord, étant seul pour réaliser les focus-groups, je n'ai pas réalisé d'enregistrement vidéo, me privant ainsi d'informations non-verbales importantes dans l'analyse de mes focus-groups.

Il existe de fait un biais de sélection, puisque je n'ai pas tiré au sort les médecins généralistes que j'ai appelés.

Les médecins étant par ailleurs très occupés, le taux de réponse positif était très bas et ceci en dépit de multiples relances de ma part. Remarquons que deux focus groups se sont tenus qu'avec 4 participants.

Enfin, mon quatrième focus group s'est déroulé un long moment après les trois premiers (i.e. 19 mois). Il est donc peut-être différent dans son déroulement, car j'ai l'impression d'avoir bénéficié de davantage de maturité professionnelle pour conduire ces échanges.

III. RESULTATS DES ENTRETIENS REALISES EN FOCUS-GROUP

Les résultats retranscrivent les opinions et les perceptions des médecins généralistes interrogés sur leurs pratiques. Ils n'ont pas pour vocation de refléter les bonnes pratiques.

a. Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité infantile

i. Connaissances des médecins généralistes sur l'activité physique et la prévention de l'obésité

1. L'importance de l'activité physique chez les enfants perçue par les médecins généralistes

L'activité physique est perçue par tous les médecins comme primordiale, notamment dans la prévention de l'obésité, surtout si les médecins en pratiquent régulièrement. La durée conseillée par la plupart des médecins est de 30 minutes par jour. Mais certains trouvent que la pratique excessive entraîne des pathologies (ostéo-articulaire notamment).

Un médecin pense que si ses patients ne font simplement qu'un régime, ils vont perdre du poids en perdant de la masse grasse et de la masse musculaire. S'ils pratiquent une activité physique régulière, ils ne perdent que de la masse grasse et

gagnent de la masse musculaire. Et au repos, la masse grasse ne consomme pas de calories, alors que la masse musculaire oui, ce qui amène un cercle vertueux sur la consommation énergétique de base.

2. La promotion de l'activité physique en cabinet de médecine générale

Lors de la consultation, les médecins avouent ne pas faire systématiquement la promotion de l'activité physique. Ils y pensent rarement si l'enfant est normo-pondéral, voire n'y voient pas l'intérêt. En revanche, lorsque l'enfant est en surpoids ou obèse, l'activité physique est systématiquement abordée en consultation. Il en est de même lorsqu'il existe une pathologie autre que l'obésité susceptible d'être améliorée par la pratique de l'activité physique, comme l'asthme ou le tabagisme par exemple.

Ils félicitent à chaque consultation les enfants qui pratiquent une activité physique, notamment lors des certificats de non contre-indication à la pratique sportive, mais ils sont généralement rédigés pour des enfants déjà sportifs.

Dans le cas où les enfants ne pratiquent pas d'activité physique, les médecins vont chercher à en connaître les raisons par des questions douces, sans les brusquer, en n'employant pas un ton accusateur car il n'est pas rare que cela cache de graves problèmes psychologiques, à cause de la moquerie chronique de ses camarades par exemple. Les questions sont centrées sur la santé de l'enfant en essayant de leur faire comprendre les méfaits de l'obésité. Le côté esthétique de l'obésité n'intéresse pas les médecins. En revanche, un médecin estime qu'un électrochoc fonctionne bien parfois bien que, dans l'ensemble, les médecins pensent que la méthode paternaliste et autoritaire n'obtient pas de résultat.

Le meilleur moyen pour la plupart des médecins de promulguer des conseils qui vont être suivis est d'en distiller progressivement à chaque consultation, pour une prise de conscience progressive et de les promulguer « comme dans un entonnoir », c'est-à-dire que les grandes lignes indiquées par les médecins restent générales, puis ils adaptent en fonction de l'âge, du niveau socio-culturel, etc.

De plus, pour réaliser une promotion de l'activité physique chez les enfants, les médecins considèrent qu'il faut généralement convaincre deux personnes, avoir deux discours différents, l'un pour l'enfant et l'autre pour les parents, ce qui représente plus de travail pour les médecins.

Attention, il ne faut pas que les conseils amènent l'enfant à penser que ses parents l'éduquent mal, créant une opposition parent/enfant, ni frustrer les parents en demandant un changement d'hygiène de vie draconien à toute la famille. En effet, les médecins se sont aperçus que la relation des patients avec l'alimentation est de l'ordre de l'intime. Un peu comme avec la relation des patients adultes avec l'alcool où les patients sont tout de suite « touchés à vif » lorsque les médecins abordent un « problème de santé ».

Dans un petit village, lorsque le médecin aperçoit lors de ses visites à domicile, un enfant en train de faire une activité physique, ce médecin va l'encourager lors de la prochaine consultation.

En cas d'échec des mesures hygiéno-diététiques simples, quelques médecins généralistes ne savent pas chez qui se tourner (mise à part les diététiciens.) Les médecins pensent dans l'ensemble que la recommandation d'exercice physique est facile (grâce par exemple à une affiche dans la salle d'attente) mais la prescription est rarement faite car plus dure et demande plus de temps.

Enfin, les médecins recherchent aussi souvent une pathologie grâce à une biologie (comme une dysthyroïdie). Quelques médecins ont quand même été étonnés de cette recherche.

3. L'obésité

Les médecins sont tous préoccupés de la prévalence de l'obésité des enfants dans leur patientèle (qu'ils estiment à environ 15% de surpoids, 3% d'obésité). Ils pensent que les jeunes adultes (après l'adolescence) sont plus touchés que les enfants et les adultes. Ils sont conscients que l'obésité mène à une usure prématurée de l'organisme, avec de nombreuses pathologies ostéo-articulaires. Les médecins trouvent que les enfants de parents obèses sont généralement eux-mêmes touchés par cette pathologie, et invoquent d'une part les causes génétiques, et d'autre part les habitudes alimentaires familiales.

L'obésité peut ne pas être le principal motif de consultation. Par exemple, l'enfant peut venir consulter pour des gonalgies sans comprendre le lien avec son surpoids. Il veut donc simplement être guéri de sa douleur du genou et ne comprend pas lorsque le médecin insiste pour qu'il perde du poids.

Les médecins ont remarqué que lorsque la famille pratique un sport « de force », comme le rugby ou le judo, ils ont tendance à croire que l'obésité constitue plutôt une force. Chez ces familles-là, il est très difficile de leur faire comprendre les méfaits de l'obésité.

4. Conseils dans le choix du sport

Les médecins généralistes disent n'avoir aucune influence sur le sport choisi par l'enfant. Ils rapportent que c'est le goût de l'enfant et les sports pratiqués par ses

copains qui vont influencer son choix, sauf quand il existe une pathologie, par exemple des gonalgies. Les médecins informent leurs jeunes patients sur les clubs existants afin de les orienter. Ils ont aussi constaté des modes selon les années. Par exemple, ils signent beaucoup de licences de rugby une année, puis de football l'année suivante.

Les médecins considèrent que ce qui est important pour que l'activité physique de leur patient devienne régulière est la notion de plaisir. Ils précisent à leur jeune patientèle que le but est de ne pas devenir forcément un champion, mais d'avoir envie de faire ce sport.

Lorsque l'enfant ne fait jamais d'activité physique, les médecins ne promeuvent pas de sport mais ils conseillent de pratiquer de l'activité physique tous les jours, par exemple un peu de vélo ou de la marche, surtout si la ville est vallonnée et avec des copains afin qu'il y ait une émulation. En dernier recours, ils conseillent de simplement promener le chien quotidiennement.

Ils pensent aussi à faire pratiquer un sport grâce à l'Union nationale du sport scolaire (UNSS) permettant aux familles défavorisées de pratiquer un sport à moindre coût.

De plus, lorsque les médecins encouragent l'activité physique, il y a une notion positive d'autorisation alors que dans un régime il y a la notion négative d'interdiction, en plus de la notion positive pour l'enfant d'acheter de l'équipement.

Les médecins essaient d'adapter le type d'activité physique aux pathologies du patient, ainsi que lors de blessures ponctuelles. Par exemple, chez un patient scoliotique, ils conseillent de la natation et non pas un sport asymétrique. Parfois, les patients avec une pathologie spécifique ne pratiquent pas d'activité physique par

méconnaissance de leur pathologie. En effet, il existe pour la plupart des pathologies des activités physiques adaptées, par exemple pour le patient asthmatique

Les médecins généralistes de sexe masculin prescrivent plus des sports collectifs qu'individuels pour ajouter à la dépense énergétique la notion d'équipe et améliorer les rapports sociaux. Un médecin femme avoue préférer les activités artistiques comme la danse, le patinage qui ont pour avantage d'éveiller les sens.

Lorsque les médecins connaissent bien la famille de l'enfant, ils ont tendance à rentrer plus dans les détails, comme les problèmes financiers justifiant le choix d'un sport plus économique, mais les médecins trouvent que cette situation est rare dans la pratique courante.

5. La pesée et la mesure des enfants en consultation

Les médecins s'accordent à dire que la pesée et la mesure des enfants est systématique jusqu'à l'âge de deux ans. Après, les médecins divergent dans leurs pratiques. La plupart aimeraient le faire à chaque consultation des enfants, mais le manque de temps et la surcharge de travail les en empêchent en pratique. Par contre, tous les médecins s'accordent à dire qu'ils ne pèsent que rarement si l'enfant semble maigre.

Les médecins qui pèsent le plus souvent les enfants ont leur balance en évidence dans leur cabinet, le plus souvent à l'entrée. Parfois, c'est un jeu avec l'enfant lorsque le médecin l'accueille en disant : « tu as encore grandi », alors l'enfant saute sur la balance avec plaisir pour vérifier.

Parfois, c'est le pharmacien qui rappelle le médecin car, avec les logiciels de prescription automatique, le poids indiqué date parfois pour les enfants de plusieurs

années. C'est donc à ce moment-là que les médecins pensent généralement à peser les enfants qui ne sont pas en surpoids.

Un médecin pense que la pesée systématique est une question d'habitude. Ses patients montent sur la balance sans que ce médecin leur demande, par habitude, et réclament la pesée en cas d'oubli du médecin.

Enfin, la plupart des adolescents et des personnes en surpoids refusent aller sur la balance, par honte du résultat.

6. Habitudes/Croyances du Nord-Pas de Calais

Les médecins estiment que leur patientèle ont, dès le jeune âge, souvent une mauvaise éducation nutritionnelle. Ils trouvent que les patients grignotent beaucoup, mangent souvent des frites le midi et le soir, souvent des glaces, partent à l'école avec un paquet de chips et sans avoir déjeuné. Les parents attendent leurs enfants à la sortie avec des petits pains. Pour l'anecdote, les médecins ont remarqué qu'il y a souvent une boulangerie à côté de chaque école à Calais. Donc il y a un travail d'éducation très chronophage à faire pour les médecins.

Dans le Nord-Pas de Calais, ils attribuent cela au fait qu'il y a beaucoup de population de bas niveau socio-économique ne pouvant pas acheter souvent des légumes et des fruits qui sont chers.

Dans le Nord-Pas de Calais, l'enfant obèse inspire la confiance, notamment chez la génération des grands-parents qui a connu la guerre et la famine.

De plus dans le nord pas de calais, les médecins ont l'impression que le fait d'inviter, de recevoir, c'est gâter les invités en nourriture et alcool, avec une notion

d'abondance. C'est un fait culturel. Donc les parents ne veulent pas que leurs enfants manquent de nourriture.

Autrefois, les instituteurs demandaient de mettre deux goûters par jour (un pour le matin et un pour l'après-midi) dans le sac de l'enfant car certains ne mangeaient pas le matin. Sinon, les parents étaient considérés comme mauvais. Donc l'habitude a été prise et reproduite à la génération d'après avec leurs enfants. En effet, un médecin se souvient que, lorsqu'elle était maman, elle préparait des goûters quotidiens qu'elle plaçait dans les sacs de ses enfants avant l'école. Maintenant, ils pensent que le goûter est interdit par l'école.

Un médecin a parlé d'un contre-exemple. Il a reçu en consultation une maman qui a fait un syndrome dépressif. Sa fille adulte a perdu 30 kg après un régime draconien et maintenant, elle lui en veut de l'avoir mal fait manger et mal éduquée sur le plan alimentaire lorsqu'elle était enfant. La patiente a eu un choc car elle pensait être une bonne mère puisqu'elle cuisinait beaucoup, donnait une collation tous les jours. Donc les médecins pensent qu'il faut faire attention dans les conseils afin de ne pas avoir d'effets néfastes.

7. Les consultations pour les certificats de non contre-indications

Les médecins utilisent les consultations pour les certificats de non contre-indication afin de faire un examen complet (orthopédique, calcul de l'Indice de masse corporelle). Ils refusent de le rédiger sans réaliser de consultation, comme demandé parfois par les jeunes patients. Parfois même, c'est les parents qui le demandent sans la présence de leurs enfants en consultation. Les médecins s'aperçoivent donc qu'il existe une méconnaissance de l'importance de ce certificat.

Les médecins jugent intéressant lorsqu' un patient qui demandait chaque année un certificat n'en demande plus brutalement, de demander les raisons de l'arrêt de ce sport, notamment afin de le réorienter vers une autre activité physique.

Un médecin ne voit pas l'intérêt de ces consultations, à part le fait de revoir les adolescents qui viennent rarement chez le médecin généraliste. De plus, ils trouvent que c'est généralement les patients qui font de l'activité physique qui demandent ce certificat.

8. La rédaction des certificats de contre-indication

Les enfants venant en consultation pour un certificat de contre-indication (avis d'inaptitude) à la pratique sportive intriguent les médecins. Ils vont donc approfondir leur interrogatoire pour connaître les véritables raisons. Ils vont ainsi voir avec l'enfant et ses parents si les raisons de l'envie d'arrêter ce sport sont justifiées par rapport au bénéfice de la pratique. Généralement, pour ces consultations, ce sont les parents qui viennent avec leur enfant suite à des moqueries à la piscine, parfois pour le début des menstruations, ou pour un risque infectieux sur les verrues plantaires. Les médecins considèrent donc que les raisons sont souvent abusives.

Au final, les médecins ne contre-indiquent jamais tous les sports, seulement un type de sport s'il y a la présence d'une pathologie l'interdisant. Par contre, il est déjà arrivé que les médecins rédigent un certificat d'inaptitude chez un enfant mal dans sa peau. Les problèmes psychologiques étant délicats, les médecins mentionnent donc une scoliose un problème de pied afin de rédiger le certificat. Mais ils sont toujours rédigés pour une durée limitée.

9. Problème de temps en médecine générale

Les médecins sont tous d'accord pour dire que la médecine curative leur requiert tellement de travail qu'ils n'ont plus le temps de réaliser la médecine préventive correctement, d'autant plus si la consultation est en pleine période épidémique saisonnière, ou qu'il y a plusieurs demandes pour une seule consultation. Donc la prévention n'est généralement pas réalisée sur une consultation spécifique, mais est distillée en petites touches à chaque consultation lors des consultations dont les médecins savent qu'elles ne vont pas durer longtemps par exemple pour les angines, les vaccinations ou autre, ou en septembre, période où l'activité des médecins est la plus calme.

Le manque de temps est flagrant pour les médecins lorsque, pour une consultation sur rendez-vous qui dure 1/4 d'heure, les patients viennent à trois. Comme les médecins ne peuvent pas renvoyer chez eux les patients, ils accélèrent donc le rythme de ces consultations en se concentrant sur le motif principal.

Un médecin se demande si ce n'est pas une question d'incompétence plutôt que de manque de temps. En effet, après avoir passé une heure à discuter de l'activité physique avec un patient, il lui a semblé être arrivé à ses propres limites (c'est-à-dire avoir abordé toutes les choses qu'il connaît) et à celles du patient aussi (ce qu'il est capable d'accepter).

Les médecins ont, dans l'ensemble, un constat d'échec de leur pratique par manque de temps.

10. Conseils diététiques

Les médecins délivrent des conseils comme « ne pas grignoter entre les repas » et « ne pas repasser au fast-food en cas de faim » et aussi « éviter les boissons sucrées, les chips et les sucreries, boire de l'eau à la maison, éviter la télé trop longtemps », mais ils remarquent que leurs patients les suivent rarement (environ 1 fois sur 10). Pourtant, les médecins les trouvent efficaces.

Ils pensent aussi que la diététique est un métier à part entière, il faut conseiller les patients, leur prescrire un régime dans les règles de l'art, les revoir pour assurer le suivi, réaliser ce qu'ils ont réussi à faire ou non.

11. Mesure de l'efficacité des conseils

Les médecins estiment que leurs conseils sont efficaces lorsque l'enfant sourit en consultation, qu'il est fier de dire au docteur qu'il a suivi ses conseils, changé ses habitudes. Ils pensent qu'il n'y a pas besoin de l'aide de la balance sauf dans de rares cas, car elle permet d'avoir un critère objectif afin d'encourager l'enfant.

En revanche avec les adolescents, ils se fient beaucoup au suivi du poids affiché sur la balance.

ii. Adaptation de la promotion de l'activité physique en fonction du patient

1. En fonction de l'âge

Avant 4 ans, les médecins considèrent que les enfants se dépensent naturellement (à la maison, en jouant dans le jardin.) Donc lorsqu'il y a un surpoids ou une obésité, les médecins pensent qu'ils ne peuvent pas proposer d'activité physique à cet âge et traitent l'enfant essentiellement par une réduction alimentaire.

Les médecins recommandent de pratiquer un sport à partir de 6 ans.

Les médecins estiment que c'est à l'adolescence qu'apparaît la connaissance de l'image du corps. Ils pensent qu'avant l'adolescence, l'enfant n'est pas sensible aux moqueries sur son physique. Après l'adolescence, les enfants se posent la problématique « d'être normal », de plaire. L'adolescent obèse devient complexé par son physique. Les médecins se sont aperçus qu'il est plus facile de sensibiliser les enfants en surpoids après l'adolescence. Les médecins croient que le patient adolescent va plus comprendre les risques, se prendre en charge seul alors que l'enfant, il va faire ce qu'on lui dit. Mais attention aux adolescents rebelles qui font le contraire de ce que dit le médecin, par exemple qui fume. Les interventions médicales peuvent avoir l'effet inverse à cet âge-là.

Lors de la période de croissance à l'adolescence, il est difficile de conseiller un régime car les médecins veulent éviter les carences. Donc les médecins prodiguent seulement des conseils et incitent à pratiquer une activité sportive. De plus, certains médecins pensent qu'un adolescent en surpoids avant la poussée de croissance a

une chance de grandir sans prendre de poids, et donc de retrouver un indice de masse corporelle normal à la fin de l'adolescence.

2. En fonction du niveau-social

Les médecins ont remarqué que les enfants d'un haut niveau social ont tendance à être normo pondéraux, alors que les enfants d'un bas niveau social ont une prévalence de l'obésité plus importante. Ils supposent que la raison est probablement le fait que les fruits et les légumes coûtent cher et donc que les enfants défavorisés se rabattent sur des frites ou des pâtes, plus économiques mais plus caloriques.

Pour certains médecins, le niveau social n'est pas un obstacle car les enfants d'un haut niveau social ont tendance à faire du tennis et les enfants d'un bas niveau social semblent faire du football. Il n'y a pas de différence entre enfants d'un milieu défavorisé et favorisé pour un des médecins car, le coût des équipements sportifs et de l'accès aux structures ne joue pas sur l'activité physique des enfants selon un médecin. Ce qui compte pour lui, c'est la motivation.

De plus, à partir d'un certain niveau socio-économique, les enfants vont faire du sport, de la musique à un rythme trop soutenu et contraints par leurs parents, ce qui peut amener à un dégoût, voire des blessures. En cas de difficultés financières, ils conseillent aux enfants de pratiquer du vélo et du roller.

Concernant l'alimentation, les médecins préjugent qu'il faut accentuer l'éducation diététique chez les patients issus d'un milieu social défavorisé car manger équilibré nécessite un savoir, une connaissance plus difficile à acquérir chez les patients d'un

milieu social défavorisé. De plus, ces médecins doivent donc adapter leur discours et donc, prendre plus de temps avec ces patients.

Parfois, les médecins n'arrivent pas à évaluer le niveau socio-culturel des familles. En effet, des patients bien habillés peuvent avoir peu de moyens alors que des patients mal habillés peuvent être riches.

3. En fonction de l'indice de masse corporelle

Certains médecins ont des difficultés à aborder le problème de l'obésité avec des patients obèses : ils ont peur de stigmatiser ces enfants. Si un médecin leur demande de faire plus de sport, de manger moins d'aliments hypercaloriques, il a peur de fabriquer une véritable dépression qui va avoir l'effet inverse.

De plus, la pratique de l'activité physique est plus difficile pour un enfant obèse (excepté dans les sports classé par poids, comme le judo.) Cet enfant va être en moins bonne condition physique, subir les moqueries de ses camarades, notamment à la piscine où il ne veut pas se déshabiller, il est pris en dernier lors des choix d'équipe, ou plus souvent remplaçant dans les sports collectifs. Tout cela peut amener un problème psychologique et amener l'enfant obèse à arrêter le sport. C'est pour cela que les médecins ont de réelles difficultés à proposer de l'activité physique en équipe aux patients obèses. Ils ont parfois peur de les confronter aux enfants qui ne sont pas en surpoids et ils ne veulent pas les mettre en situation d'échec par rapport à ces enfants.

Un médecin attend la fin de la croissance pour diagnostiquer des obésités. Il a eu dans sa patientèle un enfant qui était obèse avant l'adolescence et a fini par mesurer 1m95. Il est donc devenu normo-pondéral. Il pense donc qu'il faut relativiser les

survenues d'obésités chez les enfants pré-pubères et attendre la fin de leur croissance : quand ils sont au-dessus de la courbe taille et poids, l'indice de masse corporelle sera normal en général.

Si l'IMC est normal, un médecin ne propose pas d'activité physique car il considère que c'est le rôle des parents dans ce cas-là, et qu'il outrepasserait le rôle du médecin.

4. En fonction du sexe

Dans les villages du Nord-Pas de Calais, les médecins ont plus l'impression que les filles ont moins accès au sport que les garçons par manque d'infrastructures. En effet, ils trouvent qu'il existe un club de foot dans presque chaque village mais pas un club de danse ou de gymnastique.

Selon les médecins, les jeunes filles semblent moins attirées par le sport que les garçons. Il y aurait plus de problèmes d'obésité chez la jeune fille avant 12 ans, âge où elles ne sont pas encore sensibles à leur esthétisme, et donc à l'un des intérêts de la pratique sportive. Par ailleurs, beaucoup de filles disent que faire du sport en cours d'EPS est vécu comme une obligation.

Un médecin estime qu'il y a plus de garçons obèses que de filles obèses. Peut-être que les jeunes filles sont plus sensibles à leur esthétisme, ou que les garçons obèses se trouvent tout simplement musclés.

- iii. Outils que possèdent les médecins généralistes pour assurer la promotion de l'activité physique en prévention de l'obésité

1. Utilisation des courbes de corpulences

Lorsque les médecins pèsent et mesurent leur patient, ils renseignent les données obtenues soit dans le carnet de santé, soit dans leur logiciel informatique, mais jamais dans les deux à la fois par manque de temps. Cela dépend de la connaissance en informatique des médecins. Lorsqu'ils n'utilisent pas l'outil informatique, les médecins calculent seulement l'indice de masse corporelle lorsqu'ils estiment visuellement que l'enfant est en surpoids. Ils reconnaissent faire rarement la cinétique de la courbe, sauf en cas d'obésité mais elle leur permet de montrer visuellement aux parents le problème. Les médecins sont contents quand parfois, c'est les parents eux même qui remplissent la courbe, quand il y n'y a pas eu de consultation chez le médecin généraliste depuis longtemps.

Un médecin possède une courbe de corpulence effaçable en consultation afin de bien montrer aux parents et aux enfants l'anomalie. Il trouve cela très efficace car cela lui permet de bien expliquer en joignant la vision à la parole. Un autre médecin distribue lui-même des courbes photocopiées. Ainsi, les parents peuvent les renseigner à la maison, sauf pour l'indice de masse corporelle car il y a la nécessité d'un calcul.

2. Utilisation du carnet de santé

Le carnet de santé est très utilisé par les médecins généralistes, notamment avant l'âge deux ans. Ils trouvent qu'il est utile car il permet à plusieurs professionnels de santé de regrouper les informations, et d'être tous les plus

efficaces possibles. Les parents ont l'habitude de prendre le carnet de santé à chaque consultation, mais il est parfois oublié.

Les écoles maternelles et primaires vérifient sur les carnets de santé lors des rentrées scolaires que les vaccins sont bien à jour afin de les accueillir, et le cas échéant, demandent aux familles de revoir le médecin généraliste. Ces derniers trouvent que cela permet de voir en consultation certains enfants qu'ils voient rarement.

3. Recours au diététicien

Les médecins trouvent la consultation diététique très utile dans la prise en charge des jeunes patients obèses. Elle leur permet de se rendre compte de la notion de calorie, de celle d'alimentation équilibrée et elle permet d'avoir une base sur laquelle fonder la discussion en consultation. De plus, le diététicien peut répéter des conseils déjà promulgués par les médecins pour créer une synergie.

Après un laps de temps permettant la mise en place de règles de diététique et dans le cas où il n'y a pas d'amélioration, les médecins y envoient volontiers les adolescents (car ils commencent à comprendre l'image de leur corps et sont réceptifs à améliorer la séduction vers autrui.) Les médecins considèrent par ailleurs l'adolescent capable de prendre en charge son régime alimentaire.

Mais les médecins trouvent que le principal problème des consultations chez les diététiciens est le fait que leurs honoraires ne soient pas remboursés par la sécurité sociale, et donc inaccessibles pour les personnes de bas niveau socio-économique. Finalement, les diététiciens sont rarement consultés par les adolescents (même ayant les moyens financiers) toujours à cause de ce problème de remboursement,

selon les médecins. Les médecins trouvent qu'il faut donc l'envoyer à l'hôpital où les honoraires des diététiciens sont pris en charge par la sécurité sociale.

4. Recours au pédiatre

Les médecins généralistes demandent l'aide du pédiatre lorsqu'il y a un problème d'obésité chez un patient jeune (généralement avant 12 ans), pour faire un bilan avec des examens complémentaires. De plus, ils sont convaincus que le pédiatre va réaliser une répétition des conseils, afin de mieux les inscrire dans la continuité chez les patients.

Comme généralement le pédiatre effectue un travail long, il est nécessaire pour les médecins d'obtenir l'adhésion de la famille car tant que la famille est motivée, le pédiatre va pouvoir travailler. Une famille non motivée n'ira pas à la deuxième consultation.

Dans les grands centres hospitaliers, le travail des pédiatres est très bien perçu par les médecins généralistes mais ils trouvent qu'il manque de pédiatres spécialisés dans les petits centres hospitaliers.

A Boulogne sur Mer, un pédiatre libéral prend en charge l'obésité. Les médecins estiment qu'il a de bons résultats, et sont contents d'avoir cette solution de proximité sans devoir envoyer les enfants consulter à l'hôpital.

Le seul reproche des médecins envers les pédiatres est que, parfois, il manque de retours des pédiatres vers le médecin traitant, probablement par manque de temps.

5. Utilisation des services hospitaliers spécialisés

Quand l'obésité devient un problème majeur et en dernier recours, les médecins utilisent les services hospitaliers spécialisés, comprenant une équipe pluridisciplinaire. Les médecins dont l'hôpital le plus proche n'a pas de pédiatre spécialisé ont tendance à envoyer au CHRU de Lille dans le service de la prise en charge des adolescents en surpoids, qu'ils jugent obtenir des bons résultats.

A l'hôpital de Boulogne sur Mer, les médecins trouvent que c'est plus long et plus compliqué que le pédiatre libéral mais il y a bonne équipe pluridisciplinaire. Par contre, il faut que le patient soit sérieux, car il y a de multiples consultations, et à la moindre absence, il est exclu du programme. De plus, il y a un effet placebo car les parents pensent que le fait d'envoyer leur enfant à l'hôpital va corriger les problèmes plus facilement que d'être resté en soin primaire. Mais ce sont les patients (surtout les parents) les plus motivés qui y vont.

6. Recours au psychologue

Les médecins requièrent rarement l'aide d'un psychologue car ils considèrent que c'est stigmatisant. En effet, un enfant en surpoids peut être mal dans sa peau, donc il faut savoir proposer le psychologue sans heurter l'enfant. En général, les médecins estiment que le recours au psychologue est négatif et donc ne l'utilisent pas, sauf un médecin qui pense qu'il peut être justifié pour certains patients.

7. Recours au kinésithérapeute

Les médecins supposent que c'est une excellente chose, mais avouent ne pas trop y penser. Le kinésithérapeute permet aux enfants obèses de renouer avec l'image corporelle en se confrontant à leur physique, ainsi que de renouer avec l'activité

physique. Souvent, ils refusent de voir leur aspect physique. Chez le kinésithérapeute, ils sont obligés à cause des miroirs.

8. Recours à l'endocrinologue

Les médecins ont recours exceptionnellement aux endocrinologues, pour éliminer une étiologie organique.

A Boulogne-sur-Mer, les endocrinologues ne peuvent pas être contactés directement sans passer par un service hospitalier. Donc lorsque les médecins ont un doute sur une étiologie organique, ils sont contraints d'adresser directement à l'hôpital.

9. Disponibilités des infrastructures sportives

Pour les médecins, la disponibilité des structures sportives permet d'améliorer la prévalence de l'activité physique chez l'enfant en lui offrant un choix de sport très élargi. Dans les grandes villes, comme Calais, les médecins considèrent qu'il existe un grand nombre d'infrastructures sportives. Dans les villages un peu plus éloignés, comme à proximité de Cambrai, les médecins estiment à l'inverse qu'il manque des structures sportives, obligeant les enfants à dépendre des parents pour être véhiculés et ne donnant pas une diversité dans le choix des sport suffisante. De plus, pour les tout-petits, l'initiation au sport se fait en ville. Un médecin n'est pas d'accord.

Selon les médecins, l'avantage des villages est qu'ils peuvent proposer le roller ou jouer avec un ballon car peu de voitures. Quand ils courent ou font du vélo, les médecins sont satisfaits.

10. Utilisation de l'outil informatique

Les médecins qui utilisent beaucoup l'outil informatique apprécient le gain de temps que l'ordinateur permet, grâce au calcul automatique de l'indice de masse corporelle. Il permet aussi la visualisation des courbes.

Les médecins renseignent toujours le sport pratiqué dans le dossier médical informatique lors des certificats de non contre-indication à la pratique. Ainsi, si le médecin détecte une prise de poids, ou que brusquement, le patient ne demande pas une nouvelle rédaction de son certificat, un médecin pourra poser des questions ciblées sur sa pratique.

L'acquisition d'un logiciel de nutrition même traitant de l'obésité, du régime du sportif, de la phénylcétonurie et autre pathologie est très utile car un médecin s'est aperçu que les adultes ont une grosse demande en nutrition. Chez les enfants, le médecin s'est déjà servi de ce logiciel afin de délivrer un véritable conseil personnalisé que l'on peut imprimer et amorcer la discussion. Mais il est très couteux en temps. Donc il avoue finalement peu l'utiliser.

Un médecin a, sur le bureau de son ordinateur, les courbes de corpulence. Il s'en sert en montrant directement sur son écran où est situé l'indice de masse corporelle de l'enfant qu'il vient de peser lorsqu'il veut une prise de conscience, un électrochoc. En plus, les enfants adorent l'informatique et ce médecin trouve que ça touche plus l'enfant de partager son écran d'ordinateur. Un médecin n'est pas d'accord, il pense que le fait de montrer est accusateur.

Mais paramétrer l'outil informatique prend du temps et nécessite des compétences parfois, ce qui décourage les médecins moins à l'aise avec l'informatique.

11. Utilisation de panneaux de liège

Dans sa salle d'attente, un médecin n'a pas de prospectus, pas de magazine mais des panneaux de liège informatifs sur des pathologies médicales qu'il a fabriqué lui-même et qu'il change régulièrement. Une fois entrés en consultation, les questions viennent spontanément des patients. La fabrication de ces panneaux prend du temps, mais le médecin estime que c'est utile.

Un autre médecin pense que c'est du temps gagné dans la consultation. Au lieu d'avoir à « tirer les vers du nez » du patient, c'est lui-même qui amène le sujet.

12. Utilisation d'une enquête alimentaire

C'est souvent le premier réflexe pour les médecins pour soigner les patients obèses. L'idéal, c'est la faire pendant une semaine ce qui permettrait de limiter les erreurs et oublis mais il est difficile de faire participer les patients, car les médecins estiment qu'ils minimisent les entrées alimentaires.

Les médecins considèrent aussi qu'il est important d'essayer de faire une enquête pour toute la famille, afin de voir s'il existe un problème personnel à l'enfant, ou familial. Pour les médecins, le résultat de ces enquêtes montre presque toujours qu'au moins un membre de la famille du jeune patient obèse fait des excès alimentaires et entraîne l'enfant.

Les médecins reconnaissent qu'ils n'ont pas le temps d'approfondir. Un médecin avoue ne pas faire d'enquête alimentaire pour les obèses, seulement pour les jeunes femmes avant l'été.

13. Aide de la sécurité sociale

La majorité des médecins ressentent que la prévention est une part peu importante de la sécurité sociale. En effet, ils trouvent pour la majorité très néfaste le fait qu'elle ne rembourse pas les consultations de prévention. La plus grande preuve pour les médecins est la case « consultation de prévention » apparue sur les feuilles de soin. Si les médecins la cochent, les patients ne sont pas remboursés. Les médecins ne cochent donc jamais la case.

Ils trouvent que la prévention permettrait à la sécurité sociale de faire des économies. Cela agace les médecins, mais ils profitent d'une pathologie rapide comme une rhinopharyngite pour faire une consultation de prévention remboursée.

14. Aide de la médecine scolaire et PMI

Les médecins trouvent que ces professionnels de santé vont être interpellés par un trouble de l'audition, un problème ophtalmique ou orthopédique mais jamais par une obésité. Les médecins trouvent donc que ces professionnels de santé manquent de formation en minimisant la gravité de cette pathologie.

De plus, il n'y a pas d'incitation, ni de contrainte à aller voir le médecin traitant lorsqu'une pathologie est dépistée par ces professionnels, donc les médecins voient les plus motivés.

15. Utilisation de la géographie des lieux

Lorsque la géographie est avantageuse, comme à Boulogne sur Mer qui est située au bord de la mer, les médecins conseillent le plus souvent aux patients d'aller

se dépenser à la plage, car c'est gratuit. De plus, Boulogne-sur-Mer est une ville très vallonnée, donc les médecins conseillent plus volontiers de marcher.

16. Utilisation du centre aérée

Les médecins supposent très utile le centre aéré pour permettent aux enfants de faire de l'activité physique. Ils trouvent cela très bien pour les milieux défavorisés car le centre-aéré est peu cher, voir gratuit.

La mairie finance en plus des vacances d'une semaine pour les plus défavorisés.

iv. Prise en compte des parents dans la promotion de l'activité physique

1. Importance de convaincre les parents

Pour les médecins, convaincre les parents est la chose la plus importante. En effet, il faut qu'ils conduisent et aillent rechercher leurs enfants (deux soirs par semaine pour certain sport,) être disponible, payer les équipements, les licences des clubs.

Selon les médecins, des mesures simples et efficaces peuvent être inculquées aux parents, comme de ne pas, lors des courses, acheter trop de chocolat, trop de gâteaux, trop de chips, trop de soda. En effet, s'il en manque à la maison, les enfants ne pourront pas en consommer, ni aller en racheter. C'est une des méthodes les plus efficaces selon les médecins.

Pour les familles qui n'habitent pas loin de l'école, les médecins leur conseillent d'y aller à pied et non pas en voiture. Quatre fois le chemin par jour pour les enfants déjeunant chez eux suffisent, pour les médecins.

Parfois, les médecins remarquent que les parents invoquent toujours un motif pour que leur enfant ne fasse pas d'activité physique, par exemple, « il fait froid pour la piscine ». Donc les médecins doivent dans ce cas-là insister sur l'importance de la pratique de l'activité physique régulière.

Parfois, les conseils sont suivis et les parents changent complètement leurs habitudes de vie et accompagnent l'enfant dans une activité physique régulière. Par contre, lorsque les parents ne font pas d'efforts au long court afin d'améliorer la pratique de l'activité physique de leur enfant, les médecins se sentent épuisés et finissent par abandonner.

Certains parents préfèrent se concentrer sur l'avenir de leur enfant (comme la réussite du bac) plutôt que sur l'activité physique. Par contre, si l'enfant est le seul obèse, les parents et la famille peuvent être mécontents d'être au régime et l'enfant va se sentir stigmatisé.

2. Manque d'autorité des parents

Parfois, les médecins constatent un manque total d'autorité des parents. C'est le cas du phénomène de « l'enfant-roi » c'est-à-dire les enfants qui prennent les décisions quant aux loisirs de la famille, qui n'obéissent jamais aux parents, qui sont livrés à eux-mêmes, qui ont beaucoup d'activités sédentaires (console de jeu et télévision) et aucune activité avec les parents. Plusieurs médecins sont choqués par le nombre « d'enfants-rois. » Parfois, les médecins ont en consultation des parents

qui demandent de l'aide au médecin car ils se sentent impuissants, leurs enfants refusant de les écouter.

Les médecins trouvent aussi des parents qui inscrivent leurs enfants dans un sport "par décharge", pour avoir la paix. Ce qui démotive l'enfant car il n'y a pas la notion de plaisir.

Les médecins trouvent qu'ils ne doivent pas outrepasser leur rôle et s'immiscer dans l'éducation que donnent les parents.

3. Si les parents sont sportifs

Lorsque les parents sont sportifs, les médecins trouvent que l'enfant va souvent pratiquer une activité physique par admiration parentale, par éducation. Donc dans ces familles-là, les médecins généralistes ne parlent jamais d'activité physique.

Lorsque les parents pratiquent une activité physique régulière, les médecins trouvent qu'il y a rarement d'opposition de leurs parts, notamment sur le temps à consacrer pour que leur enfant pratique une activité physique.

4. Si les parents ne sont pas sportifs

Les médecins constatent que les enfants ne voient pas l'intérêt de la pratique sportive si les parents n'en font pas. Il est difficile de montrer le problème de l'obésité chez une famille obèse car ils peuvent considérer que leur enfant est normo-pondéral. Donc les médecins utilisent le carnet de santé pour montrer que l'indice de masse corporelle est au-dessus de la courbe. Cela ajoute une difficulté pour faire pratiquer une l'activité physique à leur enfant.

Parfois, le médecin n'arrive pas à convaincre les parents de la nécessité de pratiquer une activité physique. Parfois, cela s'arrange à l'adolescence où les enfants ont l'esprit rebelle. En général, les médecins trouvent que la prescription de l'activité physique chez les enfants de parents sédentaires n'est quasiment jamais suivie.

Parfois, les parents ont beaucoup de réticence pour les sports dit « violents » s'ils ne les pratiquent pas, comme par exemple la boxe ou le rugby, surtout pour les mamans.

Quand les parents ne sont pas sportifs, cela prend beaucoup de temps aux médecins afin de leurs démontrer l'intérêt de l'activité physique et de la nécessité qu'ils soient disponibles pour que leurs enfants en pratiquent. Les médecins vont aussi ensuite éduquer leurs enfants. Selon les médecins, convaincre les enfants seuls est inutile.

5. Lutter contre les croyances erronées des parents

Parfois, les médecins trouvent passer beaucoup de temps à corriger les croyances erronées des parents. Un des médecins a déjà eu en consultation des parents qui voulait une prescription de vitamine car l'enfant n'était pas en surpoids par rapport à ses camarades de classe. Les parents ont aussi protesté lors du retrait des distributeurs automatiques dans les écoles, ou lorsqu' une directrice d'école a supprimé la collation de 11H dans son école. Un autre exemple est la maman qui a peur d'être une mauvaise mère si son enfant ne part pas à l'école avec des sucreries ou des biscuits, ou les parents qui se sont plaints : « vous vous rendez compte, l'école a confisqué les chips et a donné de la soupe à mon enfant ».

Donc les médecins jugent qu'il y a une énorme éducation des parents à faire en consultation de médecine générale.

Les parents sont plus inquiets parce que leur enfant obèse subit des moqueries à l'école plutôt que parce que c'est une pathologie mauvaise pour la santé.

6. Changement de regard des médecins en devenant parents

En devenant parent, certains médecins ont changé leur pratique. Ils donnaient avant des conseils qu'ils ont dorénavant du mal à faire appliquer à leurs enfants, comme manger des fruits et légumes et arrêter les aliments hypercaloriques. Ils trouvent qu'ils sont devenus plus compréhensifs, moins dans l'attente de résultats.

Le sport a été privilégié chez les enfants d'un médecin, mais elle reconnaît que ça lui prenait beaucoup de temps le mercredi. Mais elle est convaincue qu'il est possible de faire du sport malgré une vie professionnelle bien remplie. De plus, en tant que médecin, elle pense qu'il ne faut pas dévoiler toute sa vie personnelle, mais des exemples peuvent être pris, par exemple si le médecin est sportif et est dans le journal local lors des résultats d'une course.

Comme un médecin fait son potager, il affirme que son enfant n'a pas eu de difficulté à manger des légumes.

7. Côté autoritaire des parents

Les médecins essaient de demander directement à l'enfant en consultation ce qu'il souhaiterait faire. En effet, les médecins jugent les parents parfois autoritaires.

Si l'activité sportive est le rêve du père, l'enfant n'y adhère pas et les médecins se retrouvent en situation d'échec thérapeutique.

Parfois, les médecins voient en consultation des parents qui sont trop agressifs avec leurs enfants « tu as pris du poids, tu manges trop, tu dois faire attention et faire du sport.» Les médecins modèrent à ce moment-là les propos des parents : Ce n'est pas « tu manges trop » mais c'est « tu ne choisis pas bien tes aliments», afin que les enfants puissent entendre un discours sans être agressés et qu'ils adhèrent au soin. En effet, ce type de réflexions pourrait conduire à de graves troubles alimentaires comme l'anorexie. Exemple d'une patiente de 8 ans, de parents obèses, qui dit en consultations « je ne veux pas grossir ». La mère se reproche de ne pas réussir à maigrir et donc culpabilise son enfant.

Mais à l'inverse, il y a aussi parfois des parents obèses qui se posent des questions pour que leur enfant n'ait pas les mêmes soucis.

8. Prise en compte des grands-parents

La garde des enfants par les grands parents est une catastrophe selon les médecins car ils n'ont plus le rôle de l'éducateur, ils sont donc là pour faire plaisir, et donc des bonbons et autres sucreries toute la journée, sans jamais refuser ce que demande l'enfant. Pour ceux qui ont connu la guerre, il est difficile de faire comprendre le danger de l'obésité.

b. Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité

i. Connaissances des médecins généralistes sur l'activité physique et la prévention de l'obésité

1. Favoriser le travail d'équipe

Les médecins généralistes sont convaincus que la répétition des informations par plusieurs soignants est le moyen le plus efficace, pour éduquer les enfants. Mais il y a un manque de temps en médecine générale. C'est pourquoi les médecins généralistes pensent qu'il faudrait organiser cette prévention en équipe pluridisciplinaire, chaque soignant apportant sa vision propre et répétant parfois les conseils pour que les patients les retiennent plus facilement.

Par exemple, on pourrait créer des maisons médicales avec des médecins généralistes, des infirmiers, des psychologues, des diététiciens, des kinésithérapeutes, voire des réseaux de prise en charge de l'obésité regroupant ses spécialités en médecine libérale.

2. Réévaluer le coût de la consultation de prévention

Les médecins se plaignent énormément du manque de temps, ainsi que du problème de la rémunération. Lors d'une consultation, pour 23 euros et en 15 minutes, les médecins doivent peser, mesurer, examiner, vérifier les vaccins et l'absence de contre-indication au sport que l'on va promouvoir. Ils proposent de créer une cotation spécifique d'un acte pour le suivi nutritionnel d'un enfant obèse.

Augmenter le coût de la consultation permettrait aux médecins de dégager plus de temps afin de faire une consultation de prévention.

Généralement, les enfants ne viennent jamais en consultation pour un problème d'obésité et c'est en remplissant la courbe d'IMC pendant la consultation que les médecins basculent sur ce problème. Les médecins généralistes ont conscience du temps que nécessite de suivre les patients sur le plan nutritionnel pour leur prodiguer des conseils lors des entorses au régime, mais ils ont très peu de temps libre. C'est pourquoi ils proposent de créer un forfait annuel pour tous les enfants inscrits chez le médecin, avec à la clé une consultation de synthèse annuelle, suffisamment rémunérée pour que ce soit attractif pour les médecins, obligatoire pour l'enfant permettant de voir ceux qui ne sont pas motivés. Ce serait une consultation qui serait utile pour les patients qui n'ont pas de pathologie particulière, une consultation de prévention dans laquelle il serait possible de tirer de toute la population une statistique anonyme avec telle et telle pathologie. Un peu comme les consultations bucco-dentaires obligatoires, mais malheureusement ce sont les patients déjà suivis et donc déjà soignés qui s'y rendent. Mais les médecins ne sont pas persuadés de l'efficacité du forfait annuel. En effet, pour le forfait ALD déjà en place, beaucoup de médecins n'ont pas le temps de réaliser la consultation de synthèse, et reçoivent quand même 40 € chaque année. Ils pensent que c'est plus un manque de temps disponible.

Le fait que les médecins généralistes prendraient plus de temps si on augmentait le prix de la consultation est débattu car un médecin pense que, dans sa pratique, il n'aurait jamais physiquement du temps à consacrer à cette prévention.

3. Rajouter des consultations obligatoires qui concerneraient la prévention de l'obésité

Les médecins aimeraient bien trouver un moyen de faire venir en consultation les enfants qui ne viennent pas en consultation de non contre-indication à la pratique sportive, et donc qui ne pratiquent probablement pas d'activité physique régulière. Pour cela, ils estiment intéressant la mise en place de consultation obligatoire (un peu comme il existe des consultations obligatoires pour les nourrissons) afin de recevoir en consultation les enfants qui ne viennent jamais et, comme ils ne viennent pas pour une pathologie, faire une consultation de prévention.

4. Démocratiser la pesée en début de consultation

Les médecins qui ont leur balance en évidence dans leur cabinet, par exemple à côté de l'entrée, se sont aperçus que la majorité de leurs patients se pèse spontanément. Cela leur permet d'avoir un point d'accroche en cas de surpoids pour parler de la pratique de l'activité physique. Et au contraire, s'ils l'évitent, les médecins peuvent aborder une discussions sur l'hygiène de vie.

5. Améliorer la formation des médecins

Les médecins installés ne se rappellent plus avoir eu des cours sur l'obésité et comment l'aborder en consultation de médecine générale, notamment chez les enfants. Par exemple, les médecins avouent ne pas penser souvent à dépister des causes organiques chez les obésités infantiles, comme par exemple l'hypothyroïdie. Cela leur pose des préjudices dans leur pratique quotidienne.

On pourrait aussi créer un Diplôme Universitaire sur la prise en charge de l'obésité de l'enfant, permettant aux médecins intéressés d'améliorer leurs connaissances. En

effet, les médecins sont persuadés qu'il existe le Diplôme Universitaire général non spécifique à l'enfant. De plus, les médecins avouent penser proposer de l'activité physique lorsque l'indice de masse corporelle dépasse 25, mais jamais systématiquement. Il serait une bonne chose de proposer systématiquement la prévention, mais il faudrait que les médecins aient plus de formation spécifique sur ce sujet-là.

ii. Adaptation de la promotion de l'activité physique en fonction du patient

1. Augmenter l'éducation lorsque les patients sont jeunes

Les médecins pensent que les patients retiennent mieux les informations quand ils sont très jeunes, avant 5 ans, et lorsque l'information est répétée. Puis les médecins ont l'impression qu'elle a disparue au collège. Il faudrait donc profiter de l'école maternelle afin de sensibiliser sur l'importance de l'activité physique et de la nutrition.

2. Création d'une équipe de sport pour les enfants obèses

Les médecins considèrent qu'il est préjudiciable d'être obèse lorsqu'on veut pratiquer un sport. Donc ils trouvent que ce serait une bonne idée de créer des catégories de poids dans des sports d'équipes (comme le football) permettant de diminuer les sarcasmes des enfants normo-pondérales et d'améliorer le plaisir des participants. (Copier le judo où il existe des catégories de poids.)

3. Pour les patients issus d'un milieu défavorisé

Les médecins estiment qu'il faudrait qu'il y ait plus de subvention par les collectivités afin de proposer, à une meilleure fréquence, des activités gratuites (entrée gratuite à la piscine un certain jour par exemple.) Un médecin est en désaccord car il pense que la gratuité enlève l'investissement des parents, et donc diminue l'observance.

Les médecins pensent que ce serait une bonne chose que les collectivités distribuent des subventions car la pratique du sport coûte cher (entre l'inscription et l'équipement qu'il faut changer régulièrement car les enfants grandissent,) notamment pour une famille nombreuse dont les enfants pratiquent tous un sport différent (en plus des coûts et du temps de transport le mercredi).

iii. Outils que possèdent les médecins généralistes pour assurer la promotion de l'activité physique en prévention de l'obésité

1. Améliorer les campagnes publicitaires à la télévision

Lors de leur pratique, les médecins ont remarqué l'énorme impact sur les enfants (et sur les parents) des campagnes publicitaires dans le changement de comportement des patients, comme « manger-bouger » qui préconisent de manger cinq fruits et légumes par jour, mais ils jugent qu'elles ne sont pas encore assez importantes.

A l'inverse, les publicités de l'industrie agro-alimentaire montrent des enfants partant à l'école avec des barres chocolatées, avec pour message que ce sont des bonnes

friandises qui sont « source de santé » et vont aider à bien grandir alors que c'est une des raisons de l'obésité. Les médecins ont un sentiment d'hypocrisie de la part des instances de santé. Ils pensent qu'il ne faudrait pas censurer ces publicités mais bien expliquer aux enfants les méfaits du grignotage car ils trouvent que, dans ces publicités, le manger-bouger n'est pas assez visible et compréhensible.

Les médecins sont persuadés qu'il faudrait diffuser à la télévision de bonnes campagnes de publicité, centrées sur la pratique d'une activité physique régulière en expliquant bien aux enfants son importance.

2. Améliorer l'accès au soin des professionnels de santé de proximité de l'obésité

Les médecins jugent qu'il est urgent de rembourser les honoraires des diététiciens libéraux car ils pensent que c'est un frein énorme à leur consultation, notamment pour les enfants issus d'un milieu défavorisé, ou créer une ALD (avec un tiers payant) pour la prévention secondaire de l'obésité.

Un médecin est contre car il considère le paiement comme une source de motivation, mais sans remboursement, ce sont seulement les plus motivés qui consultent.

Lorsque les cabinets médicaux sont éloignés des grandes villes, les médecins ont remarqué que ni les diététiciens, ni les pédiatres libéraux ne reçoivent les enfants obèses par manque de temps car ils sont peu nombreux. Cela entraîne automatiquement un recours à l'hôpital lorsque les médecins souhaitent avoir l'avis de ces professionnels de santé.

Il faudrait donc imaginer des moyens d'améliorer les recours de proximité, avec des incitations financière à l'installation ou autre. On pourrait aussi démocratiser les réseaux de soins permettant aux patients de recevoir des conseils personnalisés de diététiciens, de pédiatres sans grand délai.

3. Améliorer la prise en charge hospitalière

Les médecins généralistes se plaignent aussi du manque de communication entre les pédiatres hospitaliers et eux, préjudiciable dans la prise en charge du patient. Il faudrait s'astreindre à rédiger des courriers rapidement ou prendre le temps d'un appel téléphonique à notre collègue afin de pouvoir réagir rapidement.

De plus, les médecins généralistes estiment que promouvoir l'hôpital de semaine serait une bonne chose afin de réunir tous les intervenants de l'obésité, en une semaine (pédiatre, nutritionniste, coach sportif, etc...). En effet, les médecins trouvent que le pédiatre est tellement demandé qu'il donne des rendez-vous très espacés, ce qui n'est pas idéal dans la prise en charge. Les médecins poussent même le raisonnement pour créer des centres de réadaptation pour l'activité physique, comme pour les patients avec pathologie cardiaque ou respiratoire, en prévention secondaire, voire primaire.

4. Utilisation de supports visuels

Les médecins rapportent que de placer judicieusement des affiches ou des documents participatifs dans la salle d'attente qui susciterait l'intérêt des patients pour la pratique de l'activité physique serait une bonne chose. Elles permettraient d'obtenir des questions par les patients, et que les médecins y répondent lorsqu'ils arrivent en consultation, ce qui leur ferait gagner du temps.

Les médecins pourraient aussi distribuer des courbes ou des plaquettes expliquant les avantages et les inconvénients de chaque sport (envoyées par courrier par la sécurité sociale ou les instances de santé). Cela permettrait de mieux responsabiliser les parents sur la nécessité de rester dans un indice de masse corporelle convenable et ainsi d'éduquer les parents à leur domicile.

5. Améliorer le rôle de l'école dans la prévention

Les médecins sont persuadés que l'école maternelle est le moment où l'enfant est le plus perméable à l'information et qu'il retient mieux les concepts. Ils pensent donc que c'est à ce moment-là qu'on peut faire la meilleure prévention, celle qui va durer toute la vie. Ils trouvent donc qu'il faudrait proposer des cours d'éducation civique et citoyenne à l'école afin d'instruire sur la santé, la diététique, la cuisine.

Les médecins se sont rendus compte qu'à part la journée du goût, il n'existe pas d'éducation diététique où les enfants apprennent à trier les étiquettes selon les classes d'aliments afin d'obtenir un repas équilibré. Mais un médecin se demande si c'est bien le rôle de l'école ou celui d'un expert qui viendrait, par exemple une heure par semaine.

Les médecins suggèrent même de réintroduire des cours qui ressemblent à l'éducation ménagère des jeunes filles des années 60, mais pour les deux sexes, afin d'éduquer les enfants sur les principes de base de la vie. En effet, les médecins sont persuadés que l'éducation nationale a un rôle plus important que le médecin dans la prévention.

Les médecins ont aussi remarqué que, pour une question d'assurance et de responsabilité, beaucoup de jeux ont été interdits. Ils prennent l'exemple d'un maire

condamné car les buts de football n 'étaient pas assez serrés et qui ont blessés un élève. Pourtant, ils aimeraient réintroduire la pratique de jeux ludiques dans les écoles, des jeux qui donnent du plaisir aux enfants, comme la corde à sauter, le diabol, le football. Si les enfants ont la possibilité de jouer à des jeux qui leur plaisent à l'école, ils pensent qu'ils vont plus se dépenser.

Une autre idée des médecins serait d'installer des distributeurs de fruits et d'eau minérale à l'école mais les fruits pourrissent rapidement. De plus, l'enfant qui mange un fruit à la récré va être jaloux de son camarade et de son gâteau.

Les médecins généralistes se sont aperçu aussi d'une insuffisance de formation des médecins et des infirmières scolaires afin d'éviter la stigmatisation des enfants obèses. En effet, les médecins ont reçu plusieurs fois des enfants chez qui les médecins ou infirmières scolaires ont dit d' aller voir leur médecin traitant pour « problème de poids », ce qui est désastreux psychologiquement pour l' enfant, et qui fait débiter le travail avec un déficit de confiance pour l'enfant.

6. Améliorer les cantines scolaires

Les médecins trouvent qu'il y a beaucoup d'adolescents qui ne vont plus à la cantine car ce n'est pas bon et parfois trop cher. A la place, ils vont manger des frites, des hamburgers certains midis dans les établissements de restauration rapide. De plus, les médecins se demandent s'ils mangent équilibré à la cantine. Et lorsque c'est le jour du poisson, les adolescents désertent la cantine. En revanche il y a des aliments qu'ils apprécient plus à la cantine qu'à la maison. Il faudrait donc améliorer le goût des aliments à la cantine, proposer et expliquer la cuisine à base de légumes, afin d'éduquer les enfants. Il faudrait aussi diminuer son coût pour les familles les plus modestes.

7. Développer l'utilisation de nouvelles technologies

Comme les sites internet, les applications des nouveaux téléphones, les jeux vidéo qui font bouger, c'est un partage ludique qui amène de l'activité physique pour un médecin. Les médecins généralistes aimeraient avoir plus de supports sur lesquels renvoyer les patients.

On pourrait prendre l'exemple du dessin animé sur le corps humain, l'émission médicale. Il faudrait aussi concevoir des jeux éducatifs et gratuits. Les enfants aiment bien utiliser les multimédias.

On peut prendre l'exemple du site pour les diabétiques. Un médecin pense que cela marche car les patients reviennent en consultation avec de nouvelles questions. On peut aussi imaginer des subventions pour les nouvelles consoles qui font bouger les enfants, comme la Wii par exemple.

8. Augmenter l'offre de sport dans les régions défavorisées

Installer plus de structures sportives, afin d'offrir une diversité suffisante pour donner envie aux enfants de choisir l'activité physique qui leur plaît le mieux car dans la région de Cambrai en dehors du football, il y a peu de choix, notamment pour les filles. Il existe néanmoins quelques clubs de gymnastique. Par exemple, il n'y a plus de club de judo près de Cambrai, alors que cette discipline pourrait favoriser la pratique d'une activité physique pour les enfants obèses car cette discipline est classée par poids.

Mais pour créer un club de sport, comme toute association, il faut un président, un trésorier, et un secrétaire au minimum. Le problème est qu'il manque de moyen

financier. Les médecins se demandent s'il ne serait pas judicieux de demander des subventions à la collectivité.

De plus, lorsque les infrastructures sont construites et le matériel acheté, il manque d'animateurs sportifs pour montrer le fonctionnement des installations et encadrer les enfants. La majorité des petites mairies manque de budget pour les embaucher. Les médecins se demandent donc aussi si l'aide de la collectivité ne serait pas une bonne chose. De plus, après 25 ans, les jeunes animateurs quittent les villages pour faire leurs études dans les grandes villes. Donc il faudrait augmenter l'attractivité des villages afin de les garder.

9. Favoriser les lignes de transport publiques

Les médecins sont persuadés que ce serait un moyen peu cher et efficace pour permettre aux familles d'aller marcher en ville, de se rendre à la plage. Cela permettrait aussi aux enfants de moins dépendre des parents pour se rendre dans les infrastructures sportives.

Les médecins estiment que beaucoup d'enfants manquent d'activité physique car ils ne sont pas véhiculés, surtout si l'activité physique n'est pas dans le village même mais dans la ville à côté. Certains parents ne possèdent pas de voiture ou n'ont pas le permis de conduire. D'autres n'ont simplement pas envie de mener leurs enfants au sport. C'est aussi un coût de se déplacer en voiture (essence, entretien, etc.)

10. Augmentation du rôle préventif de la CPAM

Les médecins pensent qu'un des rôles de l'assurance maladie est d'informer, de sensibiliser les patients, mais aussi les médecins. Ils jugent qu'il y a finalement peu des campagnes de prévention montrant les bienfaits de la pratique de l'activité

physique régulière. Les médecins estiment que ce serait une bonne chose qu'elle puisse proposer des réunions de formation sur ce sujet-là, avec des médecins du sport, des diététiciens, etc.

11. Interdire le camion vendeur de bonbons à la sortie de l'école

Il existe encore et exaspère les médecins car il ruine leurs conseils alimentaires. Il faudrait changer la législation pour qu'il propose des fruits ou d'autres aliments moins caloriques.

iv. Prise en compte des parents dans la promotion de l'activité physique

1. Proposer aux parents de changer certaines habitudes

Si les parents ne comprennent pas l'importance des changements de comportement, ils n'arriveront pas à proposer des choses différentes, le plus souvent par manque d'informations. Les médecins avouent ne pas avoir le temps de réaliser cette promotion, même si cela leur paraît important.

Il est primordial d'essayer de faire comprendre aux parents qui le peuvent de ne plus déposer leurs enfants à l'école, mais de les accompagner en marchant. Mais les médecins ont peur du manque de sécurité dans certains endroits, notamment pour les jeunes filles.

2. Proposer des séances d'éducation alimentaire aux parents

Beaucoup de parents méconnaissent les légumes, ils ne vont pas les cuisiner et donc, ne pas éduquer leurs enfants à en manger. Cela va se répéter la génération suivante. Même si les parents manquent de temps dans la vie quotidienne, il faut leur expliquer l'importance de ne pas donner des plats tout préparés ou de ne pas passer souvent au fast-food. Il faudrait que les médecins prennent du temps en consultation pour cela, mais c'est très difficile dans la pratique.

Avec certains sites, on a accès à des recettes équilibrées avec peu d'aliments, peu chères et faciles. Il faudrait que les médecins ou les pouvoirs publics encouragent les parents à les utiliser.

3. Intégrer les parents dans la promotion de l'activité physique

En proposant aux parents de questionner leurs enfants lors du retour de l'activité physique afin de leur en montrer l'intérêt et de créer une émulation avec leur enfant.

4. Donner les moyens pour que chaque famille cultive un potager

Un médecin pense que de faire pousser les légumes et les fruits contribuent à les faire utiliser en cuisine par les parents. Il faudrait imaginer une incitation pour que chaque famille cultive un potager. Mais c'est difficilement réalisable en milieu urbain par manque de place.

IV. DISCUSSION

Les résultats des divers entretiens réalisés en focus group montrent que les médecins généralistes ne font pas systématiquement la promotion de l'activité physique en consultation et particulièrement dans le cas de patient normo-pondéral. Pourtant, au niveau international, le médecin généraliste est souvent placé en première ligne pour l'identification et la prise en charge des surpoids et des obésités comme l'illustrent les guides nationaux publiés aux États-Unis⁵⁷, au Royaume-Uni⁵⁸, en Australie⁵⁹ et aussi en France⁶⁰.

Alors que les adolescents perçoivent leurs médecins généralistes comme une source d'information valable^{61 62 63}, il semble primordial de pouvoir profiter de cette confiance afin d'inculquer à nos jeunes patients les règles d'hygiène élémentaires et quotidiennes menant à une bonne santé. Et pourtant, en pratique, une étude tend à montrer que les jeunes patients reçoivent rarement de conseils ou une prévention spécifique du surpoids pendant les visites en soins primaires⁶⁴. Confrontés à ce constat, il semblerait que certains médecins interrogés minimisent la gravité du surpoids et de l'obésité avant l'adolescence, et tentent de profiter de la poussée de croissance pour faire rentrer l'indice de masse corporelle dans la norme. Mais dans l'immense majorité des cas, les médecins interrogés pointent le manque de temps et de moyens leur permettant de réaliser une promotion efficace.

Nous verrons également que si les médecins espèrent ne pas influencer leurs jeunes patients dans le choix d'un sport – excepté lorsqu'une pathologie oblige la pratique d'un sport spécifique – la prise en compte des facteurs environnementaux de nature multiple et complexe ne peut être négligée pour garantir la délivrance d'un message

pertinent. En outre, si la première motivation à la pratique d'un sport avancée par les jeunes âgés de 12 à 19 ans est le plaisir à 73,9 %, la santé arrive quand même en troisième position (34,8 %), juste après la rencontre avec des amis⁶⁵ (38 %).

Si en cabinet de médecine générale, les médecins affirment favoriser la méthode douce, afin de ne pas brusquer ni stigmatiser les enfants, nous nous interrogerons également sur les moyens déjà à disposition des praticiens et sur les solutions qui pourraient être mise en œuvre afin de soutenir ces professionnels de santé et encourager la prévention de l'obésité par la promotion de l'activité physique en cabinet de médecine générale chez les enfants de 3 ans à 17 ans dans le Nord-Pas de Calais.

a) Pratique d'une activité physique et lutte contre l'obésité : quels rôles pour le médecin généraliste ?

i. La pratique de l'activité physique régulière chez les enfants et les adolescents : des bénéfices reconnus

L'ensemble des médecins interrogés s'accorde sur le bienfondé d'une pratique d'une activité physique régulière chez les enfants, notamment (et pas que) en prévention de l'obésité. Cette notion de multi-bénéfice de l'activité physique est par ailleurs corroborée par la littérature. Ainsi, il a été prouvé qu'à l'âge de 12 ans, un faible niveau d'activité physique est associé à un risque accru d'athérosclérose, d'hypertension artérielle et de surpoids ou obésité⁶⁶.

Les médecins généralistes du Nord-Pas de Calais disent conseiller de pratiquer une activité physique régulière d'au moins 30 minutes par jour. Cette activité physique, correspondant à une dépense énergétique de 1 000 calories par semaine, est associée à une diminution de 30% de la mortalité⁶⁷. De nombreux experts s'accordent pour dire que les enfants devraient pratiquer 3 fois par semaine minimum des activités physiques d'intensité plus élevée pendant au moins 20 minutes. Certains affirment même qu'un minimum de 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée ou plus élevée serait souhaitable chez les jeunes⁶⁸.

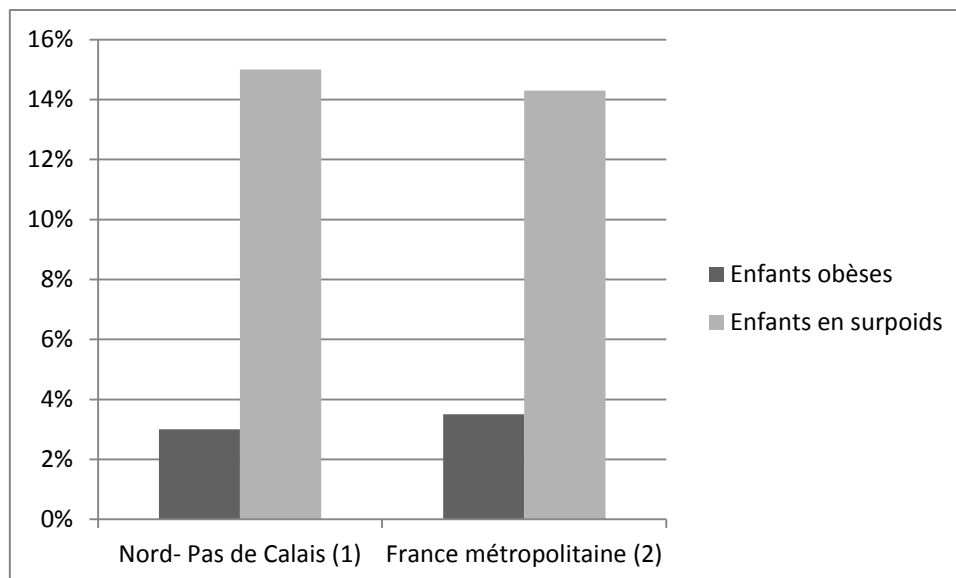
L'un des médecins interrogé a exposé l'idée intéressante selon laquelle, l'activité physique permettrait de limiter la perte de masse musculaire classiquement observée au cours des restrictions énergétiques (diète sévère ou modérée). Ainsi, une activité physique régulière contribue également à pérenniser la perte de poids obtenue au cours d'une restriction alimentaire, en maintenant la masse musculaire et en augmentant la dépense énergétique journalière⁶⁹.

Il convient néanmoins de nuancer que chez les jeunes en surpoids ou obèses, l'activité physique seule, c'est-à-dire non associée à des modifications de l'alimentation, n'a pas ou que très peu d'effet sur la corpulence. En revanche, la pratique d'une activité physique régulière entraîne des modifications de la composition corporelle, contribuant à diminuer la masse grasse et stabilisant, voire augmentant la masse musculaire⁷⁰.

ii. L'obésité infantile : entre perceptions et réalités, quelle prise en charge en cabinet de médecine générale ?

Les médecins du Nord-Pas de Calais estiment la prévalence de l'obésité chez les enfants dans leur patientèle d'environ 3%, 15% pour le surpoids. En 2007, la prévalence du surpoids en France métropolitaine était de 14,3% et pour l'obésité de 3,5%⁷¹. L'obésité et le surpoids toucheraient donc de manière analogue les enfants du Nord-Pas de Calais et du reste de la France métropolitaine.

Enfants obèses ou en surpoids en France et dans le Nord-Pas de Calais



(1) sur la base des estimations des médecins du Nord-Pas de Calais, , information recueillie en focus-group en 2012.

(2) source : INVS. Étude nationale nutrition santé 2006, décembre 2007, 77p.

L'obésité pédiatrique est un facteur de risque important d'hypertensions, de pathologies coronaires et de certains cancers⁷² - ce constat étant également vérifié chez les adultes^{73 74}. Les médecins doivent donc prendre en charge sérieusement leurs patients dès l'apparition des premiers signes de cette pathologie⁷⁵.

En entretien, certains médecins ont souligné qu'il ne fallait pas confondre « rebond d'adiposité » et « surpoids ». Au cours de la croissance, la corpulence augmente la première année de la vie, puis diminue jusqu'à l'âge de 6 ans, et croît à nouveau jusqu'à la fin de la croissance. La remontée de la courbe de l'IMC observée en moyenne à l'âge de 6 ans est appelée rebond d'adiposité⁷⁶. Pour les médecins interrogés, plus le rebond d'adiposité est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé^{77 78}. Ce constat est intéressant, car il donne aux médecins une mesure objective pour cibler les patients qu'il faudra plus particulièrement surveiller⁷⁹.

L'étiologie du surpoids et de l'obésité des enfants et adolescents est complexe et multifactorielle. On trouve entre autre le surpoids et obésité parentale notamment de la mère au début de la grossesse, ainsi que la prise de poids excessive de la mère pendant la grossesse, le diabète maternel quel qu'en soit le type⁸⁰, la génétique semblant jouer aussi un rôle important^{81 82}. Les médecins invoquent généralement deux causes principales d'obésité infantile lorsque les parents sont obèses : le bagage génétique d'une part, cause sur laquelle les médecins ne peuvent agir et les habitudes alimentaires familiales d'autre part, sur lesquelles ils pourraient agir. Il existe aussi d'autres facteurs sur lesquelles le médecin traitant peut intervenir, comme le manque de sommeil par exemple^{83 84 85}.

Les médecins interrogés regrettent que l'obésité ne soit pas toujours reconnue par les parents (cf. § lutter contre les croyances erronées des parents). Ce constat n'est malheureusement pas isolé : une étude irlandaise relate ainsi que seulement 18.2 % des parents a su dire que leur enfant était en surpoids et 0% que leur enfant était obèse⁸⁶. Une autre étude montre des résultats qui vont dans ce sens, à savoir que 79% des parents d'enfants en surpoids ne perçoivent pas le risque pour la santé de cet état et que 41% des parents qui considèrent leur enfant en surpoids ne

discernent pas le risque pour leur santé⁸⁷. Dès lors, faut-il se résoudre à ce constat de l'impuissance du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité lorsque la pathologie n'est pas reconnue par les parents ?

- iii. Le médecin généraliste : l'interlocuteur privilégié pour la rédaction des certificats de non-contre-indication et de contre-indication à la pratique sportive

1. Les certificats de non contre-indication

Il n'est pas rare que l'on demande aux médecins généralistes de rédiger un certificat de non contre-indication à la pratique sportive entre deux portes, même parfois lorsque l'enfant n'est pas présent en consultation. Ces « pratiques » ne sont pas sans déplaire aux praticiens, preuve que les patients méconnaissent le degré de responsabilité médicale des médecins qui rédigent ces certificats. Les médecins du Nord-Pas de Calais affirment ne jamais rédiger de certificat entre deux portes, mais en profitent au contraire pour procéder à un examen complet. A propos, le collège national des généralistes enseignants conseille de rechercher des antécédents personnels (douleur ou inconfort thoracique, syncope inexpliquée, fatigue ou essoufflement anormal, notion de souffle cardiaque ou de pression artérielle anormale), des antécédents familiaux (décès subit avant 50 ans, ou maladies cardiaques chez des proches) lors de ces examens. L'examen clinique recherche des bruits ou souffles cardiaque anormaux, vérifie les pouls fémoraux et la pression artérielle^{88 89}.

J'ai été par ailleurs très étonné qu'aucun médecin ne mentionne réaliser un électrocardiogramme chez leurs jeunes patients avant de leur signer les certificats de non contre-indication. Après vérification dans la littérature, il s'agit en fait d'une pratique débattue. En effet, selon l'*European Society of Cardiology*, il faut au minimum faire un électrocardiogramme à 12 dérivations tous les 2 ans entre 12 et 35 ans pour tout patient sportif en compétition afin de détecter les principales anomalies à l'origine de morts subites⁹⁰. Mais le collège national des généralistes enseignants a récemment déclaré que le très faible niveau de preuve en terme de bénéfice individuel et le coût élevé pour la société de l'ECG systématique lors de la visite de non contre-indication à la pratique du sport en compétition chez les sujets âgés de 12 à 35 ans, ne permettait pas de le recommander⁹¹.

Soulignons enfin une remarque pertinente qui a émergé de ces focus groups : lorsqu'un enfant qui pratiquait un sport sur base régulière cesse de le pratiquer brutalement, il est intéressant d'en connaître les raisons afin de pouvoir intervenir le cas échéant en faveur de la reprise du sport.

2. La rédaction des certificats de contre-indication

Les demandent de rédaction de certificat de contre-indication intriguent particulièrement les médecins, qui peuvent parfois y déceler des problèmes psychologiques sous-jacents. Il n'est pas rare de constater que ces problèmes de nature psychologique ne soient pas correctement pris en compte (notamment à l'aide d'un psychologue, cf. § recours au psychologue). En pratique, les médecins interrogés déclarent ne contre-indiquer seulement les sports en rapport avec la pathologie du jeune patient, sauf en cas de problème psychologique. En France, en cas de gêne à la pratique de l'activité physique, en particulier dans le cadre scolaire,

il est recommandé d'utiliser un certificat médical d'inaptitude partielle (précisant les limites physiques, physiologiques et psychologiques) plutôt qu'une dispense totale d'activité physique et sportive⁹².

A ce sujet, un rapport de 2003 déplore le fait qu'un nombre trop important d'élèves soit dispensé de la pratique de l'éducation physique et sportive à l'école. En particulier, le président de la Fédération Française Handisport et le président de la Fédération Française du Sport Adapté ont insisté sur le fait que la plupart des enfants handicapés, lorsqu'ils arrivent à l'école, est dispensé d'EPS. Or, ils trouvent que la pratique du sport est un excellent facteur d'intégration, à condition que les enseignants aient une formation spécifique et que l'établissement ait des locaux adaptés et accessibles⁹³. (cf. § améliorer le rôle de l'école dans la prévention)

- b) La promotion de la pratique de l'activité physique chez les enfants et les adolescents en cabinet de médecine générale : des facteurs complexes et multiples

Afin de promouvoir de manière adéquate la pratique de l'activité physique chez les enfants et les adolescents en cabinet de médecine générale, il convient également de déterminer, comprendre et prendre en considération une série de facteurs complexes et multiples. D'ailleurs, en pratique, les médecins interrogés reconnaissent déjà essayer d'adapter les conseils formulés en prenant en considération les « contraintes » propres à chaque patient. Ainsi, les conseils et objectifs sont formulés en fonction des facteurs propres à l'enfant (par exemple : l'âge, le sexe, le niveau de surpoids, les capacités physiques, les pratiques physiques existantes, la motivation etc.), mais aussi de facteurs extrinsèques (comme les possibilités familiales, l'environnement etc.)⁹⁴.

- i. La promotion de l'activité physique en fonction de l'âge du patient

Avant l'âge de 4 ans, les médecins semblent ne jamais promouvoir l'activité physique. Ils commencent à en parler après 6 ans. A partir de l'adolescence, ils pensent qu'ils peuvent même en parler sans la présence des parents.

La Haute Autorité de Santé considère également l'âge de 6 ans comme un âge charnière. Elle conseille d'abord un entretien initial approfondi ainsi qu'un examen médical centré sur le repérage des freins et des risques à la pratique d'activité physique ou sportive. Ensuite, avant l'âge de 6 ans, les activités physiques sont

réparties dans la journée et se produisent de manière spontanée. Dès que l'enfant sait marcher, ses parents (et l'entourage : assistante maternelle, grands-parents, etc.) doivent veiller à ce qu'il ne reste pas inactif : éviter l'utilisation de la poussette, l'amener au square, partager des activités en famille (jeux actifs, promenade...). Après 6 ans, il est recommandé de parvenir à cumuler plus de 60 minutes d'activité physique quotidienne modérée à intense (par exemple jouer avec un ballon, faire du vélo ou du roller, pratiquer un sport comme la danse, la natation, le bowling, promener le chien, aller à l'école à vélo) et de limiter les comportements sédentaires. Concernant les temps d'écran, elle les déconseille chez les moins de 3 ans et les limite au-delà⁹⁵.

Les médecins interrogés ont bien compris qu'il est inconcevable de conseiller à l'enfant de bouger plus avant l'âge de 6 ans, car ils se dépensent naturellement. Ils ont également l'impression que les enfants jusqu'à l'âge de 5 ans retiennent mieux les informations sur le long terme. En effet, les interventions de prévention de l'obésité semblent être efficaces lorsqu'elles interviennent dans le jeune âge (avant 5 ans⁹⁶).

Dans l'ensemble, les conseils donnés par les médecins généralistes interrogés sont donc sensiblement les mêmes que ceux de la Haute Autorité de Santé. Les médecins ont donc raison de penser qu'il faut cibler les interventions à l'école maternelle et impliquer davantage l'éducation nationale, car c'est un moment dans la vie des enfants où l'information va mieux se retenir (cf. § améliorer le rôle de l'école dans la prévention).

ii. En fonction du niveau-social :

Les médecins ont l'impression que les enfants d'un haut niveau social ont tendance à être normo-pondéraux, et au contraire que les enfants d'un milieu défavorisé ont une tendance à l'obésité plus importante. En France en 2003, les enfants de 12 à 17 ans des familles dont le revenu mensuel était inférieur à 1 800 € faisaient moins de sport que ceux des familles dont le revenu mensuel était supérieur à 2 740 €⁹⁷. D'autres études ont aussi tendance à confirmer l'avis des médecins interrogés. En effet, certaines ont montré la relation inverse entre le niveau d'activité physique des jeunes et le niveau d'éducation des parents^{98 99 100} ; d'autres, une prévalence accrue de l'obésité chez les enfants de bas niveau-socio-économique¹⁰¹¹⁰², avec une sédentarité plus importante^{103 104 105}.

Les médecins interrogés expliqueraient ce constat (entre autres raisons) par le prix élevé des légumes et des fruits par rapport aux frites et aux pâtes alimentaires. Dans le Nord-Pas de Calais, les proportions de « petits consommateurs » de fruits ou de légumes (i.e. personnes ayant consommé au plus un fruit la veille de l'entretien de l'étude) sont plus élevées chez les personnes ayant un faible statut socio-économique que chez celles ayant un statut socio-économique élevé¹⁰⁶. C'est pourquoi, les médecins affirment qu'accentuer l'éducation diététique en ciblant plus particulièrement les parents issus d'un milieu défavorisé serait une bonne chose.

Par ailleurs, chez les patients issus d'un milieu défavorisé, l'idée de créer le tiers payant afin que les patients n'avance pas les frais de la consultation a été soulevée, quoique vivement débattue par d'autres médecins qui pensent aussi que le fait de payer fait partie du traitement. Il convient ici de rappeler que les personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de l'Aide Médicale d'Etat

(AME) pour les étrangers en situation irrégulière (dont le plafond à ne pas atteindre pour une personne pour ces deux aides s'élève à 8 645 € en 2014^{107 108}) bénéficient déjà d'une couverture à 100% des frais de la consultation. La mise en place d'un tiers payant viserait donc à couvrir les familles qui bien qu'en situation précaire se trouvent en dessus des plafonds.

Il a également été suggéré que les pouvoirs publics pourraient prendre en charge tout ou une partie du coût réel qu'implique la pratique d'un sport : l'inscription, l'achat du matériel, le transport (en favorisant les lignes de transports publics par exemple), les centres-aérés pendant les vacances où les enfants peuvent se dépenser. Dans le même registre, les médecins déclarent parfois conseiller d'avoir recours à l'Union Nationale du Sport Scolaire (UNSS), notamment pour les enfants issus d'un bas niveau-socioéconomique. Un rapport datant de 2003 montre d'ailleurs que le sport à l'école, comprenant les cours d'éducation physique et sportive (EPS) et l'union nationale du sport scolaire (UNSS), demeure la voie d'accès privilégiée à une pratique sportive des adolescents (et ceci en dépit de la modestie des horaires proposés, généralement exclusivement les mercredis après-midis). Une corrélation très forte existe entre la qualité de l'initiation par l'école d'une part et d'autre part, la pérennité de cette pratique. Les cours d'éducation physique et sportive permettent aux jeunes de s'initier à différentes disciplines et de pratiquer une activité physique dans un cadre non compétitif et pédagogique. Les activités proposées par l'établissement scolaire dans le cadre de l'UNSS sont reconnus comme un espace efficace et pédagogiquement crédité de découverte de la compétition¹⁰⁹.

Contrairement à ce qui est exposé ci-dessus, il semble intéressant de mentionner qu'une enquête de 2010 dans le Nord-Pas de Calais selon laquelle de 40% des habitants avait un niveau d'activité physique élevé (proportion identique au reste de

la France), a révélé que le niveau de l'activité physique, toujours dans le Nord-Pas de Calais, diminuait lorsque le revenu augmentait¹¹⁰. Les médecins interrogés pensent aussi qu'un enfant issu d'un foyer à haut niveau socio-économique fera beaucoup de sport, jusqu'à presque un dégoût. Cet axe d'analyse permet ainsi de nuancer les différences susceptibles d'exister entre les milieux dans la promotion de l'activité physique.

iii. En fonction du sexe

Les médecins interrogés estiment qu'il y a plus de garçons obèses que de filles obèses. Or, une étude nationale réalisée en 2006 montre au contraire que la prévalence de l'obésité chez les garçons de 3 à 17 ans est identique (3,5%) que celle des filles du même âge¹¹¹. Les médecins du Nord-Pas de Calais estiment aussi que les filles pratiquent moins de sport que les garçons, en raison d'un manque d'infrastructures de sports dits « féminins » ou par manque d'intérêt. En France, en 2003, il y avait plus de garçons âgés de 12 à 17 ans qui pratiquaient du sport (77%) que de filles (60%)¹¹².

Lors des focus groups, il a également émergé que le rapport des filles à l'esthétisme jouait sur la pratique sportive, notamment à l'adolescence. Selon un rapport remis en 2003 au ministre de la santé, les filles se disaient plus volontiers être motivées à faire du sport pour maigrir alors que pour les garçons, c'est davantage le fait de se muscler. Faire du sport pour se muscler est une motivation évoquée par 15 % des adolescents de 12 ans et 33 % de ceux de 19 ans. Alors que la proportion passe de 18 à 36 % chez les garçons, elle fait plus que tripler chez les filles passant de 11 à

36 %¹¹³. Il semblerait donc que l'esthétisme soit un facteur très important, notamment après l'adolescence, que ce soit pour les filles comme pour les garçons.

En outre, une étude chez les adolescents tend à montrer que les filles semblent plus consulter un médecin que les garçons, sans qu'il y est de variation selon les groupes sociaux et l'âge¹¹⁴. On pourrait dès lors supputer qu'il serait plus difficile pour les médecins généralistes d'atteindre les adolescents de sexe masculin et obèses dans la promotion de l'activité physique en consultation de médecine générale.

Enfin lors des focus groups, les médecins de sexe masculin reconnaissaient prescrire plus volontiers de sports collectifs alors qu'un médecin femme semblait plus enclin aux activités artistiques. Dès lors, il convient de ne pas négliger l'impact possible de la personnalité des médecins (et de leur genre) dans les conseils formulés aux patients.

iv. La prise en compte des disponibilités des infrastructures sportives et de l'offre de sport dans les régions défavorisées

La disponibilité d'un large panel d'infrastructures sportives permettrait, selon les médecins interrogés, de proposer aux enfants un choix de sports divers, ce qui est de nos jours possible dans les villes, mais semble plus difficile dans les campagnes. Les médecins proposent donc d'augmenter le nombre d'infrastructures sportives dans les campagnes en cherchant des moyens financiers pour créer d'une part des associations et d'autre part engager des animateurs. Cette théorie va à l'encontre d'une étude qui tend à montrer que les enfants d'un bas niveau socio-économique passeraient plus de temps à jouer dans l'environnement proche de leur

domicile, car leurs familles ont tendance à avoir moins accès aux installations payantes d'activité physique que les familles de haut niveau socio-économique¹¹⁵ et que finalement, le fait d'augmenter l'offre de sport n'améliorerait pas sa pratique chez les enfants de bas niveau socio-économique.

L'hypothèse avancée par les médecins selon laquelle, dans les villages, les enfants peuvent faire plus d'activité physique dans la rue car il y a peu de trafic routier a été retrouvée dans une étude où les parents interrogés déclaraient que lorsqu'une rue était trop passante en voiture, le niveau d'activité physique de leurs enfants diminuait¹¹⁶.

Une autre étude a aussi montré que les enfants qui sont déjà bons en sport attribuent un échec dans la pratique du sport à un manque d'effort, alors que ceux qui sont plutôt mauvais en sport attribueraient un échec à un manque d'aptitude¹¹⁷.

v. Considérer la géographie des lieux

Les médecins avancent que le lieu d'habitation des patients peut aussi présenter des caractéristiques favorables à la dépense énergétique, comme le vallonnement ou la proximité de la plage. En effet, la présence d'espaces verts à proximité des zones résidentielles a été associée à une diminution de la prévalence de l'obésité et du surpoids¹¹⁸. Une étude espagnole a aussi montré que les enfants de 10 à 12 ans vivant proche de leur école (moins de 600m) font le trajet domicile-école plus souvent que les enfants vivant plus loin (plus de 800m). De plus, elle tend à dire que les enfants normo pondéraux vivent plus loin des installations sportives que les enfants en surpoids ou obèses¹¹⁹.

Parfois, si l'enfant ne pratique pas d'activité physique, le médecin peut conseiller la marche ou le vélo. C'est notamment le cas des médecins vivant en campagne (là où il y a peu de trafic) qui conseillent le vélo, alors que les médecins habitant dans une ville vallonnée vont conseiller la marche. Ainsi, la géographie des lieux, est un facteur important de la promotion qu'il convient de ne pas négliger en consultation.

vi. L'environnement familial : un facteur clé

1. Le poids des habitudes alimentaires dans le Nord-Pas de Calais

Les médecins interrogés ont la perception que particulièrement dans leur région, le comportement alimentaire est « désastreux ».

Nous pouvons encore ici rappeler l'étude qui rapporte que la proportion de « petits consommateurs » de fruits (personnes ayant consommé au plus un fruit la veille de l'entretien de l'étude) est plus élevée en région Nord-Pas de Calais que dans le reste de la France (respectivement 82,7% et 71,8%). Le même constat est retrouvé pour les « petits consommateurs » de légumes (au maximum un légume la veille de l'entretien) avec 54,1% en Nord-Pas de Calais contre 43,4% en France métropolitaine. Il semblerait également que la consommation de poisson soit beaucoup moins élevée dans le Nord-Pas de Calais qu'en France métropolitaine (respectivement 31,8% et 46,1% des personnes interrogées). De plus, cette étude révèle que 28,8% des personnes interrogées ont consommé une boisson sucrée (sirop, soda) au moins une fois la veille de l'entretien. Ce chiffre est plus élevé que dans le reste de la France (18,9%) et ne varie pas avec le revenu.

L'indice de diversité alimentaire correspond au nombre de groupes d'aliments consommés dans une journée parmi les cinq groupes suivants : fruits, légumes, viandes – poissons – œufs, féculents, produits laitiers. Dans le Nord-Pas de Calais 37,5% des personnes interrogées ont un indice de diversité alimentaire maximal (égal à 5) la veille de l'entretien, ce qui est moins que dans le reste de la France (environ 50%)¹²⁰.

Rappelons également que pour les médecins, bas niveau socio-économique et faible niveau de consommation de légumes et de fruits sont liés (par souci économique). Effectivement, cette étude montre aussi que dans le Nord-Pas de Calais, les proportions de « petits consommateurs » de fruits ou de légumes sont plus élevées chez les personnes ayant un faible statut socio-économique que chez celles ayant un statut socio-économique élevé¹²¹.

C'est pourquoi, les médecins déclarent souvent donner des conseils diététiques, mais qu'ils ne sont hélas suivis que par une minorité de patients. Les chiffres avancés ci-dessus semblent donc bien corroborer l'idée selon laquelle, le régime diététique des personnes vivant dans le Nord-Pas de Calais est moins bon que celui de la population générale en France métropolitaine.

2. L'importance de convaincre les parents

Plusieurs interventions structurées sont bénéfiques afin de soigner les enfants obèses et en surpoids. La pression des parents vis-à-vis de la nourriture, et les restrictions qui vont avec parfois, peuvent expliquer objectivement les variations d'indice de masse corporelle et le pourcentage de masse grasse chez des enfants de 4 à 6 ans¹²². De plus, le fait d'approcher la famille entière semble le moyen le plus efficace dans l'amélioration des faits¹²³. Ainsi, les médecins interrogés s'accordent

unanimement sur l'importance de convaincre les parents sur le bienfondé de la pratique d'une activité physique afin d'obtenir des résultats dans la prévention. Une étude a aussi montré que lorsque l'on réalise des interventions de prévention en soins primaires chez les enfants en surpoids de 2 à 5 ans, ainsi que chez les parents, on obtient de meilleurs résultats sur la diminution de l'indice de masse corporelle qu'avec des interventions de préventions chez l'enfant seul¹²⁴. Une autre étude a suggéré également qu'un programme de changement d'habitudes des enfants couplé à une participation active des parents peut conduire à une perte de poids significative des enfants obèses, et que la nature de la participation parentale est probablement très importante¹²⁵.

Dans la littérature, il est dit qu'en général, parler du poids de leurs enfant aux parents ne les offensent pas, mais qu'ils préfèrent, afin de réellement changer les habitudes de vie, entendre des conseils personnalisés (plutôt que des paroles standards) et discuter avec des professionnels de santé avec qui une confiance s'est installée¹²⁶¹²⁷.¹²⁸ En pratique, les médecins proposent des petits changements d'habitudes, comme par exemple ne plus déposer leurs enfants à l'école mais de les accompagner à pied. En effet, le fait d'aller et de revenir de l'école à pied ou en vélo aurait un impact positif sur la diminution de l'indice de masse corporelle¹²⁹. En revanche, une autre étude a montré qu'aucune différence notable en matière de lien entre indice de masse corporelle et pratique de l'activité physique n'a été retrouvée entre les enfants qui vont tous les jours à l'école en vélo ou à pied et ceux qui font l'aller-retour en voiture¹³⁰. Il convient donc de nuancer cet argumentaire. Par ailleurs, il semblerait que les parents aient parfois peur de laisser se promener seules leurs filles, par manque de sécurité. Une étude a ainsi montré que le taux de sécurité élevé du voisinage pouvait être un facteur positif dans la pratique d'une activité physique

régulière chez les jeunes filles de 7 à 9 ans¹³¹. Un autre exemple, les médecins interrogés conseillent de ne pas acheter d'aliments hypercaloriques lors des courses. A ce sujet, une étude a montré que la disponibilité de la nourriture à la maison, ainsi que le régime des parents et les habitudes alimentaires de la famille semblerait jouer un rôle très important dans la qualité du régime alimentaire des enfants¹³².

En parcourant la littérature, j'ai aussi trouvé une autre piste de recherche intéressante selon laquelle éduquer les femmes enceintes et les nouveaux parents sur la diététique et l'activité physique pourrait présenter des bénéfices à terme¹³³.

3. Et de considérer si les parents sont sportifs ou non

Les médecins avancent que lorsque les parents sont sportifs, les enfants vont aussi l'être, par admiration parentale ou par éducation. A l'inverse, lorsque les parents ne pratiquent pas d'activité physique régulière, il semble alors difficile d'en démontrer l'intérêt à l'enfant, de surcroît si les parents sont obèses. La littérature confirme le fait que lorsque les parents se perçoivent comme actifs, les enfants ont tendance à avoir un indice de masse corporelle plus faible que lorsque les parents se perçoivent comme inactifs, et c'est encore plus vrai lorsque les deux parents sont actifs. Lorsque les parents se disent inactifs, les enfants ont tendance à être en surpoids ou obèses¹³⁴. Les enfants vivant avec des parents ou des grands-parents obèses ont plus de risques de développer un surpoids ou une obésité, sans que le statut socio-économique ne joue¹³⁵.

Il en résulte qu'il est alors très important de prendre en compte l'hygiène de vie des parents afin d'influencer dans le bon sens celle de l'enfant. Un médecin a bien résumé cela lors des focus group en disant que la prévention de l'obésité chez l'enfant prend beaucoup de temps car il faut convaincre l'enfant et aussi les parents.

4. Et lutter contre les croyances parfois erronées des parents

Les médecins estiment qu'une grande partie de leur temps est consacré à lutter contre certaines croyances, comme par exemple le fait que l'obésité ne soit pas forcément perçue comme une pathologie. Certaines remarques entendues par les médecins, comme l'incompréhension des parents suite à la confiscation de friandises à l'école, ou le retrait des distributeurs automatiques dans les écoles, montrent à quel point il y a encore un gros travail d'éducation à fournir en la matière. Alors qu'une étude démontre elle aussi que l'on vend trop de bonbons hypercaloriques à l'école¹³⁶. Rappelons de nouveau les résultats d'une étude irlandaise, selon laquelle seulement 18.2% des parents ont su dire que leur enfant était en surpoids et 0% que leurs enfants étaient obèses¹³⁷. En Angleterre, le *National Child Measurement Programme* a révélé que 79% des parents d'enfants en surpoids n'en ont pas conscience, et que 41% n'en perçoivent même pas le risque pour la santé¹³⁸. Et en Australie, les parents d'enfants obèses (avant l'adolescence) rapportent que dans la majorité, ils ne se sentent pas concernés par le poids de leurs enfants¹³⁹. Ces résultats édifiants montrent bien que le regard que portent les parents envers leur enfant peut être biaisé, et donc qu'il faut trouver un moyen de faire venir en consultation les enfants, afin de pouvoir dépister et traiter ce surpoids « caché ». On comprend dès lors la frustration exprimée par certains médecins qui ont le sentiment que les parents viendraient davantage en consultation afin de trouver une solution face aux moqueries des camarades de classe, plutôt que pour les risques de l'obésité pour la santé.

Par ailleurs, les médecins estiment qu'il y a une vraie méconnaissance des bases de l'art culinaire et qu'encourager les parents à avoir recours des certains sites de

cuisine faisant la promotion d'aliments peu chers et de recettes faciles et équilibrées serait une bonne chose.

Alors que ces « bonnes idées » ont eu le mérite d'émerger de mes entretiens, je me demande comment garantir leur réalisation en pratique ? Le libre-arbitre de chaque patient est une valeur fondamentale à mes yeux, et si l'on pourrait les inciter en autorisant des plaquettes en salle d'attente faisant la promotion de ces sites, cela pourrait aussi s'apparenter à de la publicité, ce que nous interdit le code de déontologie¹⁴⁰. Il en est de même à mon sens de l'idée avancée par un médecin d'inciter les familles à avoir leur potager. Cela me semble bien compliqué à concevoir en pratique et pour de multiples raisons (manque de place en milieu urbain, temps, capacité et/ou motivations à entretenir ce potager) outre le respect de la liberté individuelle. Est-ce vraiment là le rôle du médecin généraliste ?

5. Prise en compte des grands-parents.

De la même manière l'influence des grands-parents est un facteur à ne pas négliger dans la promotion de l'activité physique et la promotion de l'obésité chez les enfants et les adolescents. Les médecins estiment même que les grands-parents jouent un rôle néfaste sur la nutrition en matière d'obésité. Une étude chinoise vérifie cette hypothèse¹⁴¹, alors qu'une autre étude espagnole a montré au contraire que lorsque les grands-mères sont impliquées dans la garde de leurs petits-enfants, il n'y avait pas de différence significative concernant l'indice de masse corporelle que lorsque les grands-mères n'y sont pas impliquées¹⁴². A ce stade de mes recherches, il semble donc plus difficile de pouvoir conclure sur le rôle des grands-parents.

c) Les autres outils et moyens à disposition du médecin généraliste

i. La pesée et la mesure des enfants en consultation

Après l'âge de deux ans, la plupart des médecins interrogés ne pèsent, ni ne mesurent les enfants à chaque consultation. Similairement, une étude réalisée aux Etats-Unis montre que le calcul de l'indice de masse corporelle n'est effectivement pas réalisé à chaque consultation^{143 144 145} et donc conduit à ne pas prendre en charge les risques sanitaires du surpoids et de l'obésité puisqu'ils sont sous-diagnostiqués¹⁴⁶. Il est donc intéressant de constater que malgré l'importance de l'épidémie d'obésité et ses graves conséquences pour la santé, elle peut être sous-diagnostiquée en pratique. En réponse, les médecins du Nord-Pas de Calais évoquent un problème de surcharge de travail et le manque de temps (cf. § problème de temps en médecine générale).

Ensuite, plusieurs études ont montré que les médecins peuvent avoir des équipements anthropométriques inadaptés, ce qui peut conduire à un mauvais calcul de l'IMC de l'enfant, et donc une mauvaise prise en charge¹⁴⁷. Cette méfiance vis-à-vis des matériels de mesure n'a pourtant jamais été évoquée par les médecins interrogés. Alors que beaucoup de posologies pédiatriques sont en fonction du poids, ils reconnaissent volontiers qu'il arrive que le pharmacien ait à les contacter trouvant un poids sur l'ordonnance qu'ils jugent incompatible avec celui de l'enfant.

Au fil des focus groups, plusieurs solutions simples ont été soulevées afin d'améliorer la fréquence de la pesée. Tout d'abord placer la balance à l'entrée de la salle d'examen ou dans un endroit bien visible, permettant à la pesée en début de

consultation de devenir un rituel ; ou encore créer avec les enfants de véritables « jeux » conduisant à prendre les mensurations à chaque consultation.

On remarque enfin qu'à l'étranger, une étude montre que les médecins généralistes sont partagés sur l'acceptabilité par les parents de la pesée systématique alors que l'immense majorité des parents (et des enfants obèses) est convaincue de son intérêt¹⁴⁸.

ii. Utilisation des courbes de corpulence

Les médecins interrogés reconnaissent ne pas calculer l'indice de masse corporelle à chaque consultation, contrairement aux recommandations de la Haute Autorité de Santé¹⁴⁹. Ils reconnaissent également ne pas renseigner systématiquement la corpulence mesurée en consultation dans le carnet de santé ou dans le logiciel informatique, soit par manque de compétence informatique, soit par manque de temps. En outre, une thèse d'exercice démontre que les médecins généralistes ne dépistent pas suffisamment l'obésité infantile car ils n'ont pas intégré dans leur pratique quotidienne le tracé systématique de la courbe de corpulence pour tous les enfants de la naissance à 15 ans, entraînant une perte de chance de prise en charge¹⁵⁰. Je conclus qu'en pratique, les médecins ont recours à l'estimation visuelle afin de classer leurs jeunes patients en surpoids ou obèses, et leur proposer la thérapeutique adaptée. J'ai également retrouvé cette problématique dans une étude nationale aux Etats-Unis qui montre que l'indice de masse corporelle est sous-utilisé par les médecins de familles car beaucoup croient qu'ils peuvent prévenir le surpoids sans calculer l'indice de masse corporelle¹⁵¹. Même si je comprends que le principal problème est le temps disponible en consultation, le calcul de l'indice de

masse corporelle devrait être à mon avis fait à chaque consultation. Pour repère, la Haute Autorité de Santé préconise les fréquences suivantes pour effectuer les mesures : de la naissance à 2 ans : au minimum 3 fois par an ; après l'âge de 2 ans : au minimum 2 fois par an¹⁵².

Les médecins trouvent par ailleurs utile d'utiliser ces courbes comme un support visuel. Une étude montre qu'un support visuel couplé à la parole est plus efficace que la parole seule¹⁵³. A ce propos, les médecins aimeraient que l'assurance maladie distribue des courbes aux patients (en plus de celles disponibles dans le carnet de santé) et au praticien afin de lui permettre d'une part, de montrer aux parents comment remplir les courbes et mieux les impliquer dans cette maîtrise de l'indice de masse corporelle, d'autre part d'avoir un support pour montrer aux enfants.

iii. Utilisation du carnet de santé

Le carnet de santé est un outil jugé très utile pour que tous les intervenants de santé puissent avoir les informations de santé des enfants regroupées au même endroit. Si le procédé est très efficace, le carnet est parfois oublié. Le nouveau modèle du carnet de santé, en vigueur depuis le 1er janvier 2006, a rajouté une colonne spécifique pour noter l'indice de masse corporelle au niveau des différents examens et des repères du Programme National Nutrition Santé sur l'alimentation et l'activité physique, mais un rapport montre que 33% des médecins généralistes ne l'ont pas repérée. Ce rapport tend à dire que c'est le nombre d'enfants que voient les médecins par semaine qui détermine si le remplissage du carnet de santé est

systematique¹⁵⁴, ce qui pointe à nouveau la problématique de temps disponible (cf. § problème de temps en médecine générale).

En pratique, le carnet de santé semble néanmoins, dans la majorité des cas, être fidèlement rempli à chaque consultation jusqu'à l'âge de deux ans.

iv. Le recours à un questionnaire

Les médecins ont souvent évoqué que la relation qu'ont les patients avec la nourriture est de l'ordre de l'intime. C'est pourquoi, certains d'entre eux ont recours au questionnaire ou enquête alimentaire.

D'un point de vue personnel, je pense que l'écueil majeur de ce genre de procédé est qu'il faut pouvoir faire confiance au patient sur sa capacité ou sa volonté à remplir honnêtement, sans tricher et sans minorer ses apports dans le questionnaire. En particulier, s'il fait une (ou plusieurs) entorse(s) à son régime : ne va-t-il pas omettre de le rapporter au médecin ?

v. La formation des praticiens

Je suis personnellement convaincu que la formation des médecins généralistes constituerait un levier efficace en matière de prévention de l'obésité infantile. Une étude a ainsi montré que les professionnels de santé peuvent changer leurs pratiques actuelles et améliorer leurs conseils afin de prévenir la prise de poids¹⁵⁵. Par ailleurs, les médecins interrogés font le constat d'un déficit de formation (initiale et continue) sur ce sujet-là. Et ce constat ressort aussi des études

internationales^{156 157}. Autre illustration, certains médecins ont été étonné d'apprendre qu'un bilan biologique simple pouvait être demandé devant toute obésité. Et en cas d'échec des mesures hygiéno-diététiques simples, les médecins interrogés ne savent pas à quel professionnel demander de l'aide. Or, l'amélioration de la formation devrait aussi permettre aux médecins d'être plus efficaces dans la prise en charge multidisciplinaire lorsqu'ils sont confrontés à des situations d'échec.

On pourrait dès lors par exemple renforcer la formation initiale des jeunes médecins lors de l'externat en créant par exemple un item précis sur la promotion de l'activité physique afin de prendre en charge l'obésité. Si l'item 263 intitulé «Obésité de l'enfant et de l'adulte » existe déjà, les médecins interrogés, même jeunes, avouent ne plus se souvenir de son contenu.

vi. Le réseau des professionnels de la santé et de l'enfance : pour une prise en charge multidisciplinaire

Les médecins du Nord-Pas de Calais affirment que le travail d'équipe permettait une répétition des conseils et donc, une meilleure mémorisation et application de ceux-ci par les patients. Ils trouvent intéressant le concept de maison médicale permettant de regrouper toutes les spécialités au même endroit. Une étude illustre que le travail d'équipe permettrait de diminuer les risques de l'obésité infantile, comme les spécialistes, les psychologues, les travailleurs sociaux, les kinésithérapeutes et les diététiciens¹⁵⁸. L'on pourrait ainsi militer pour la création de centres de santé pour enfants centrés sur la nutrition et l'activité physique¹⁵⁹.

1. Le diététicien

Les médecins jugent généralement utile le recours au diététicien à l'adolescence, mais finalement les jeunes patients le sollicitent peu en pratique car il n'est pas remboursé par la sécurité sociale lorsqu'il est libéral.

Selon les recommandations nationales, le recours au diététicien est conseillé en deuxième recours, lors d'une prise en charge multidisciplinaire, c'est-à-dire en cas d'échec par la prise en charge seul par le médecin traitant et/ou en surpoids avec une ascension brutale de la courbe d'indice de masse corporelle et/ou présentant une obésité avec d'éventuelles comorbidités associées et/ou dont le contexte familial est défavorable et/ou avec une problématique psychologique et sociale identifiée¹⁶⁰. Ils conseillent le recours aux diététiciens aux enfants et aux adolescents, et non seulement aux adolescences comme le font les médecins généralistes. En pratique, les médecins généralistes semblent bien essayer une éducation seuls avant d'avoir recours en second lieu aux diététiciens.

Une étude anglaise a montré que la plupart des diététiciens qui discute avec l'enfant préadolescent dans leur consultation utilise des aides diététiques visuelles en complément de la parole, un peu comme le suggéraient certains médecins lors des entretiens (cf. § outils que possèdent les médecins généralistes pour assurer la promotion de l'activité physique en prévention de l'obésité, dans la partie sur les résultats). Elle ouvre aussi sur le fait qu'il serait possible d'imaginer des e-ressources en diététique¹⁶¹.

Certains médecins suggèrent que de rembourser ces professionnels libéraux permettraient d'en augmenter le recours. De plus, en 2003, la Haute Autorité de Santé avait formulé la proposition de prendre en charge financièrement le coût des

consultations chez le diététicien dans le cadre d'une entente préalable¹⁶². D'autres médecins interrogés pensent que le fait de payer fait partie de la thérapeutique.

Dans la littérature internationale, des médecins rapportent aussi un remboursement inadéquat^{163 164}. Il n'est pas facile de conclure sur ce point, mais il semble évident qu'une personne de bas niveau socio-économique ne devrait pas consulter un professionnel de santé, s'il n'est pas remboursé.

2. Le pédiatre

Contrairement au recours aux diététiciens, celui aux pédiatres est plus facilement fait afin d'aider les médecins généralistes pour un enfant, et plus souvent dans une optique de dépistage de pathologie organique sous-jacente. Dans le cadre du pédiatre hospitalier, la Haute Autorité de Santé considère qu'il peut être sollicité selon les cas pour leurs compétences particulières dans les situations complexes¹⁶⁵. Les médecins généralistes ont donc raison de leur demander de l'aide lors de la suspicion de problème organique chez le patient jeune.

Mais, les médecins du Nord-Pas de Calais regrettent le manque de pédiatres libéraux, ainsi que dans les petits centres hospitaliers. Selon l'institut national de la statistique et des études économique (Insee), il y aurait, au 1^{er} janvier 2014, 7 710 pédiatres, c'est-à-dire 63 pour 100 000 enfants de moins de 15 dont 3 132 médecins libéraux ou mixtes¹⁶⁶.

Enfin, s'il y avait un point négatif à évoquer quant au recours aux pédiatres, ce serait le manque de dialogue (de retour vers le médecin généraliste). En pratique, l'on devrait pouvoir remédier facilement à cet écueil.

3. Les services hospitaliers spécialisés

Les médecins ne pensent que très rarement à envoyer leurs jeunes patients dans les services hospitaliers spécialisés et seulement en dernier recours.

Ceci correspond néanmoins aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, qui ne conseille ce recours qu'en cas d'échec de la prise en charge de deuxième recours et/ou lorsqu'il existe des comorbidités sévères et/ou en cas de handicap dans la vie quotidienne généré par l'obésité et/ou lorsque le contexte familial est très défavorable (carence éducative, maltraitance, composante psychiatrique et/ou sociale majeure)¹⁶⁷.

4. Le psychologue

Selon les médecins interrogés, l'obésité déjà installée chez un jeune patient peut le déstabiliser car ils ont peur de stigmatiser les jeunes patients. Pourtant, les médecins généralistes ont très rarement recours à l'aide des psychologues. Or, selon la Haute Autorité de Santé, le psychologue peut intervenir dans la prise en charge multidisciplinaire des enfants et adolescents en surpoids ou obèses, en complément de la prise en charge médicale. Mais la sécurité sociale ne rembourse pas son activité lorsque celui-ci exerce en libéral, mais uniquement lorsque son activité s'inscrit au sein d'un dispositif hospitalier¹⁶⁸. Le non-remboursement par la sécurité sociale est un frein majeur (de manière analogue aux diététiciens) pour les médecins généraliste concernant son utilité.

Pourtant, une étude montre que les enfants obèses développent très souvent une faible estime de soi voire de véritables dépressions¹⁶⁹. Dans la mesure où le psychologue serait susceptible d'aider les enfants obèses à être mieux dans leur

peau et à mieux supporter les moqueries, y avoir recours devrait être systématique et facilité et donc remboursé par l'assurance maladie, comme l'a aussi proposé la Haute autorité de Santé en 2003¹⁷⁰.

5. Le kinésithérapeute

Les médecins estiment que le recours au kinésithérapeute permettrait à l'enfant ou à l'adolescent obèse de renouer avec son image corporelle. La Haute Autorité de Santé indique quant à elle que l'aide du kinésithérapeute est plus spécifiquement indiquée pour les enfants et adolescents ayant une contre-indication transitoire au sport ou à l'effort, une pathologie associée, un trouble orthopédique ou lorsqu'il existe une désadaptation à l'effort (obésités majeures, dyspnée d'effort, etc.)¹⁷¹. Pourtant, selon la littérature, l'expertise des kinésithérapeutes est sous-reconnue et sous utilisée dans la prévention de l'obésité et la promotion de l'activité physique¹⁷², alors que son utilité a été démontrée¹⁷³. Enfin, on peut noter qu'à la différence du diététicien ou du psychologue, les prescriptions de kinésithérapie libérale sont prises en charge par l'assurance maladie.

6. L'endocrinologue

Les médecins interrogés ont exceptionnellement recours aux endocrinologues en pratique. Selon la Haute Autorité de Santé, ils doivent être sollicités selon les cas pour leurs compétences particulières dans les situations complexes¹⁷⁴.

7. L'assistant social

Les médecins interrogés n'ont pas l'air d'avoir recours aux assistants sociaux. Ils pourraient pourtant être utiles pour les familles présentant des difficultés sociales ou économiques¹⁷⁵.

8. La médecine scolaire et Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Lors des entretiens, des médecins ont spontanément évoqué le manque de formation de la médecine scolaire et des PMI sur la connaissance des méfaits de l'obésité et du surpoids, alors que l'intérêt de la prévention à l'école a déjà été démontré (cf. § améliorer le rôle de l'école dans la prévention). Pourtant, la Haute Autorité de Santé indique elle aussi que le rôle des infirmiers et médecins de l'Éducation Nationale est d'être, de par leurs missions, particulièrement impliqués dans le repérage et le dépistage du surpoids et de l'obésité dans le cadre des bilans médicaux ou infirmiers qui donnent lieu à la mesure du poids et de la taille ainsi qu'au calcul et au tracé de la courbe de l'indice de masse corporelle. Dans certains cas, si la famille est demandeuse, un projet d'accueil individualisé peut être établi, avec des objectifs limités, concrets et accessibles et un accompagnement régulier. L'infirmière et le médecin de l'Éducation Nationale sont également observateurs des conditions de vie de l'enfant à l'école et conseillers techniques des enseignants, personnels de restauration scolaire, gestionnaires. Ils sont aussi impliqués dans des actions d'éducation à la santé et de prévention¹⁷⁶.

9. L'école

Nous nous autorisons une digression en faveur du rôle de l'Ecole dans la prévention de l'obésité et la promotion de l'activité physique, cette dernière institution ayant été évoquée à de multiples reprises. Comme évoqué *supra* (et cf. § améliorer le rôle de l'école dans la prévention), les médecins généralistes interrogés estiment que c'est à l'école maternelle que les enfants ont la meilleure capacité d'apprentissage, notamment à long terme. Des études britanniques tendent aussi à

démontrer qu'effectivement, l'âge préscolaire (3 à 5 ans) pourrait être un moment important afin d'intervenir dans l'apprentissage des mouvements aussi tôt que ces mouvements se développent^{177 178}. De plus, des études réalisées au sein d'un échantillon d'enfants appartenant à ce groupe d'âge, ont démontré l'association entre la capacité de réaliser les mouvements fondamentaux et l'activité physique^{179 180} et montrent que la capacité de réaliser les mouvements fondamentaux est un potentiel déterminant à la pratique de l'activité physique¹⁸¹.

L'école peut ainsi avoir son rôle à jouer dans le développement des stratégies de prévention de l'obésité en créant des environnements sains pour les enfants où ils pourraient avoir une alimentation équilibrée et une activité physique régulière¹⁸². N'oublions pas que l'immense majorité des enfants vont à l'école, qu'ils y passent une majorité de leur temps et qu'ils y ont l'opportunité d'y manger et de pratiquer de l'activité physique. Ils ont aussi l'occasion d'y apprendre les règles de bonne santé¹⁸³. Par ailleurs, l'école me semble être un lieu idéal pour de nouveau sensibiliser les parents, en créant des journées d'information diététique et d'activité physique avec les parents et les enfants. Sans négliger le fait que les écoles sont généralement équipées d'installations sportives qui pourraient être davantage accessibles¹⁸⁴.

10. L'outil informatique et les nouvelles technologies

Les médecins disent apprécier l'aide informatique lorsque cela leur fait gagner du temps. Un médecin généraliste du Nord-Pas de Calais explique même avoir un logiciel de nutrition, mais qu'il n'a en revanche pas le temps d'utiliser dans sa pratique quotidienne. Ils estiment également que les nouvelles technologies, comme internet, et les consoles vidéoludiques qui font bouger (exemple la console « Wii »

de Nintendo), pourraient être un plus dans la prévention de l'obésité et dans la promotion de l'activité physique.

Un programme électronique ciblant spécifiquement les enfants et qui estime les risques pour leur santé afin de permettre une prise en charge personnalisée de leur problème de poids a été développé par *Paediatric Research in Obesity Multi-modal Intervention and Service Evaluation*¹⁸⁵. Un autre programme, *Child Health and Obesity Informatics System* (CHOIS) développé dans l'Illinois, permettrait en entrant des données telles que le lieu, la taille et le poids, de calculer l'indice de masse corporelle, mais aussi donner un risque d'obésité future et ainsi aider à la surveillance¹⁸⁶. On constate également une augmentation de l'utilisation des technologies comme les sites internet de recherche d'information de santé^{187 188} et les sites thérapeutiques. Le recours à ces derniers et le suivi des conseils qui y sont formulés permettraient même d'obtenir une diminution significative de l'indice de masse corporelle¹⁸⁹. C'est en particulier le cas d'un site internet thérapeutique (*Next.Step*) ayant pour but le changement de comportement afin d'améliorer l'état de santé d'adolescents. Il a été testé au Portugal et a eu des résultats prometteurs¹⁹⁰. En revanche, soulignons que ces « e-thérapies » doivent être employées en complément et non pas en remplacement des interventions physiques avec les professionnels de santé¹⁹¹.

Les instances françaises pourraient-elles aussi développer une aide informatique comme celles citées *supra* et soutenir les médecins généralistes du territoire dans la prise en charge des jeunes patients obèses. Par ailleurs, il conviendrait de développer des sites internet interactifs qui offriraient la possibilité de répondre aux questions posées par les enfants, les adolescents et leur entourage.

Certains médecins ont également proposé en entretien que les jeux vidéo « actifs » (exemple : jeux sur la console « Wii » de Nintendo) pourraient aussi bénéficier de subvention. Une étude tend en effet à prouver que les incorporer dans un programme de perte de poids aurait des effets bénéfiques sur la perte de poids et sur la pratique de l'activité physique chez les enfants¹⁹².

11. L'amélioration des campagnes publicitaires à la télévision

Les médecins ayant participé aux focus groups dénoncent le fort impact des campagnes publicitaires dans le style de vie des patients et l'hypocrisie de certaines publicités de l'industrie agro-alimentaire qui vendent des produits hypercaloriques en précisant qu'il faut faire du sport pour éliminer. Une étude montre l'importance des règles et des comportements des parents envers les publicités. Si les parents sont critiques envers les publicités de nourriture, alors les préférences alimentaires des enfants seront plus saines. Toujours dans cette étude, l'accès des enfants aux médias ne semble pas avoir d'effet. En revanche, lorsque les enfants sont amusés par les publicités, ils ont une connaissance sur les aliments plus faibles. Enfin, il ne semble pas y avoir de corrélation entre le temps passé par les enfants devant la télévision et le régime alimentaire¹⁹³. Pour conclure, il semblerait donc que l'éducation critique des parents soit le facteur le plus important sur l'impact des publicités (cf. § importance de convaincre les parents).

12. Utilisation de supports visuels en cabinet de médecine générale

Plus modestement, un médecin a évoqué utiliser des panneaux de liège dans sa salle d'attente afin d'informer ses patients. Le procédé (simple et peu coûteux) permet de porter à la connaissance de ses patients des informations sans

que cela n'empiète forcément sur le temps de consultation. Une étude a également montré que pour des parents d'enfants rentrant de l'hôpital, coupler les informations orales d'écrits sur la santé serait plus efficace que le simple énoncé de conseils oraux¹⁹⁴.

13. La sécurité sociale : un rôle à jouer en matière de prévention

Enfin, le rôle de la sécurité sociale en matière de prévention vis-à-vis du grand public à bien entendu été évoqué au cours de mes entretiens. Pour illustration, une portion significative d'adolescents avec des problèmes de santé comme l'obésité ne consulte pas de professionnels de santé, même s'il existe des traitements pour lesdits problèmes¹⁹⁵. Comme le suggère un des médecins interrogés, c'est peut-être le rôle de l'assurance maladie de réaliser des campagnes nationales dans la même veine que les campagnes pour l'hygiène buccodentaire. Alors que les médecins généralistes interrogés militent en faveur d'une plus grande implication de la Sécurité Sociale en la matière, une étude menée à Bristol a montré que, lorsque la santé publique a dépisté des adolescents en surpoids et envoyé une lettre à leur domicile les invitant à consulter leur médecin généraliste, seulement 47 % s'y sont effectivement rendu et seulement 15% ont discuté de leur problème de poids à cette consultation¹⁹⁶.

Tout au long de cette étude, la problématique du manque de temps lors des consultations de médecine générale s'est invitée dans les discussions et a même été pointée comme l'un des principaux freins à la prévention selon les médecins. Les patients ne viennent en effet que très rarement consulter pour le problème de l'obésité. Sans oublier qu'en pratique, l'emploi du temps d'un médecin généraliste

est très souvent surchargé, surtout en période épidémique. En pratique, les médecins se limitent le plus souvent à distiller des conseils lors des consultations, mais ne peuvent se permettre d'entamer un échange approfondi avec le patient. Ce sentiment de « manque de temps » qu'éprouvent l'ensemble des praticiens interrogés et les contraintes qui en découlent a également été souligné par des études¹⁹⁷. Une des solutions évoquées serait de créer une consultation spécifique, par exemple à un âge donné, afin d'une part de voir les jeunes patients que les médecins n'ont jamais en consultation et d'autre part avoir un peu de temps pour rentrer dans les détails de la prévention. Un médecin propose qu'elle soit suffisamment bien rémunérée pour qu'elle soit attractive pour les médecins et obligatoire. Une autre solution serait de réévaluer le tarif de la consultation actuellement fixée à 23 € en France métropolitaine. Son augmentation permettrait aux médecins libéraux de prendre plus de temps afin de réaliser cette prévention. On pourrait également s'inspirer de l'Australie où il existe des infirmières de médecine générale qui peuvent faire de la prévention en plus de leur temps consacré aux soins¹⁹⁸.

A l'inverse, un médecin avance que le manque de prévention réalisé en consultation serait davantage le fait d'un manque de connaissance que d'un manque de temps. Cette idée fait écho à notre argumentaire développé *supra* (cf. § la formation des praticiens) en faveur du renforcement de la formation des médecins généralistes sur ces thématiques.

Enfin, les médecins trouvent inadmissible que la sécurité sociale ne rembourse pas les consultations de prévention. Il est vrai que par nature, une consultation de prévention permettrait que certaines pathologies très coûteuses pour la société ne surviennent. Dans un contexte d'économie des dépenses de santé, on peut souligner

que certains pays réussissent à modérer leurs dépenses de santé sur des interventions concernant des patients en surpoids ou obèse, en mettant le médecin généraliste au centre du dispositif¹⁹⁹.

CONCLUSION

L'ampleur de l'épidémie d'obésité et ses conséquences néfastes en matière de morbidité et de mortalité est une problématique qui préoccupe les professionnels de santé, et parmi eux le médecin généraliste. Alors que l'activité physique semble également être reconnue comme un puissant vecteur de lutte contre l'obésité, on constate qu'elle n'est pas systématiquement abordée en consultation de médecine générale, notamment vis-à-vis des enfants normo pondéraux. Dès lors, j'ai souhaité comprendre, pourquoi un médecin généraliste, pourtant convaincu des méfaits de l'obésité, ne réalise pas davantage de prévention vis-à-vis de sa jeune patientèle.

Mes postulats de recherche étaient les suivants : la prévention est insuffisamment réalisée en consultation par les médecins généralistes faute de temps ; alors que la pesée et la mesure des enfants se font généralement systématiquement jusqu'à l'âge de 2 ans, la pratique semble plus disparate chez les patients plus âgés ; lorsque les médecins généralistes diagnostiquent une obésité ou un surpoids, ils privilégient en premier lieux l'enquête alimentaire afin de faire disparaître les aliments hypercaloriques. A la nutrition, j'ai privilégié orienter mes recherches sur le second levier de lutte contre l'obésité qu'est la pratique d'une activité physique régulière et j'ai délibérément souhaité éviter traiter les problématiques de nutrition (i.e. dans le « manger-bouger », j'ai préféré axer mes recherches sur le « bouger »).

L'ensemble de mes postulats de recherche de recherche rappelés supra ont été vérifiés au cours de mes recherches. Et tout particulièrement la problématique du manque de temps qui a émergé dès l'origine et n'a eu de cesse de ponctuer les propos que j'ai pu recueillir : manque de temps pour réaliser une prévention efficace,

mais également pour se former et se tenir informé des progrès de la médecine en la matière. Par ailleurs, le volet nutritionnel s'est aussi systématiquement invité aux échanges. Ce que j'ai d'abord, il est vrai, considéré comme un « hors-sujet », m'est ensuite apparu comme une des conclusions clés de ma recherche : l'activité physique ne fait pas maigrir ; seul le régime hypocalorique peut induire une perte de poids significative chez le sujet obèse ou en surpoids. Dès lors, afin de traiter de la prévention de l'obésité chez les enfants via la promotion de l'activité physique, il convient également d'y associer le volet nutritionnel (i.e. reconstituer le duo « manger-bouger »).

Désireux de cerner la réalité des pratiques en cabinet, j'ai souhaité me mettre à l'écoute des médecins généralistes. J'ai ainsi retenu la méthode dite du focus-group, séduit par la proximité avec les praticiens que m'offrait cette méthode et curieux de voir émerger des discussions entre professionnels exerçant dans un même secteur géographiques (et donc confrontés aux mêmes réalités sociales, environnementales, culturelles etc.) des solutions pratiques à mettre en œuvre. A posteriori, la réalisation des 4 focus groups m'a bien permis d'atteindre mes objectifs initiaux, bien que la méthode ait aussi ses limites et ne soit pas sans difficultés à mettre en œuvre. Pour illustrer mon propos, j'ai en particulier été confronté à l'écueil du taux de participation. A nouveau, si les praticiens ont généralement accueilli très positivement ma démarche (le sujet d'actualité les intéressant), dans 9 cas sur 10, ils n'ont malheureusement pas pu se rendre disponibles afin de participer aux sessions en focus group. Ici encore le manque de temps et les agendas surchargés des praticiens sont à pointer. En revanche, les médecins généralistes qui ont fait l'effort de se déplacer, témoignant ne serait-ce que par leur présence et participation de leur vif intérêt pour le sujet, m'ont réellement permis de dresser cet état des lieux des

différences entre ce qu'il faudrait faire et ce qui est fait, compte tenu des contraintes auxquelles sont confrontés les médecins généraliste dans leur quotidien. L'émulation obtenue grâce aux focus groups a également favorisé l'émergence de solutions concrètes, solutions qui n'auraient peut-être pas été formulées via l'envoi de questionnaires écrits par exemple.

Parmi les solutions proposées, la prise en charge multidisciplinaire des patients me semble particulièrement pertinente. Les pistes évoquées en ce sens ont été multiples : encourager la création de réseaux de soins centrés sur les médecins généralistes ou au moyen de maisons médicales spécialisées regroupant plusieurs professionnels de santé (diététiciens, kinésithérapeutes, psychologues). Ces propositions ont le mérite de répondre aux problèmes du manque de temps et de formation, le médecin généraliste n'étant en effet plus seul et pouvant s'appuyer sur un réseau de professionnels davantage spécialisés. Pour autant, ne pas sous-estimer le rôle du médecin généraliste, qui en tant que médecin de famille, bénéficie d'un contact privilégié avec les parents de ses jeunes patients : or impliquer l'entourage est clé dans la réussite du projet de prévention de l'obésité et dans la pratique d'une activité physique régulière chez les plus jeunes. Le support des pouvoirs publics, de l'école et en particulier de l'assurance maladie a également été réclamé (revalorisation et prise en charge des honoraires ; création d'un forfait prévention ou d'une consultation obligatoire ; subvention de matériels et d'infrastructures ; diffusion de campagnes à destination du grand public ; édition de supports visuels, de logiciels, de sites internet dédiés etc.).

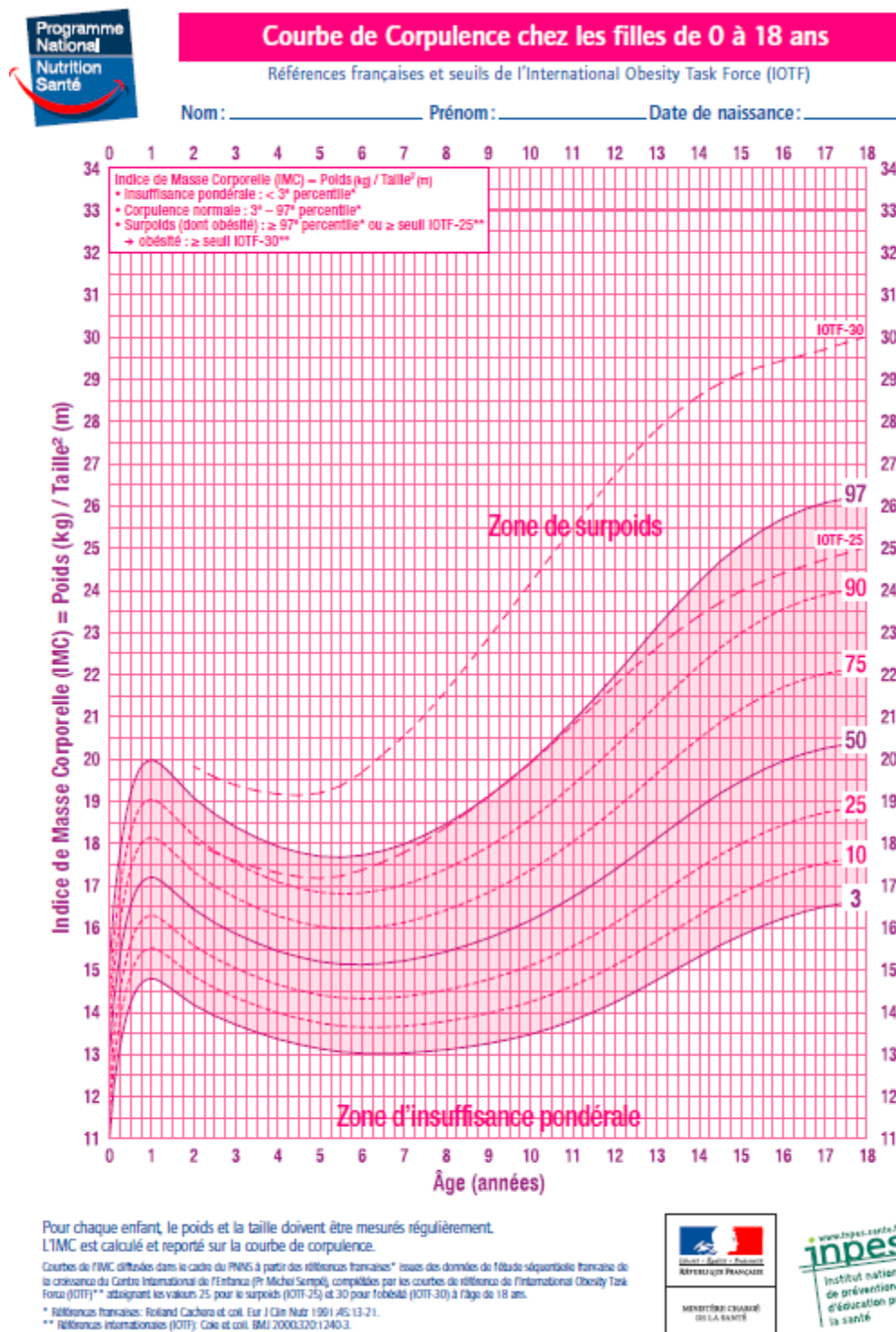
Je reconnais que le déploiement des solutions proposées ci-dessus n'est hélas pas du seul ressort des médecins généralistes. Nous pouvons en revanche retenir des mesures simples comme le recours aux panneaux de liège dans la salle d'attente ou

le positionnement de la balance à l'entrée de la salle d'examen, comme un passage « obligé » lors de la consultation. Car si le temps ou les moyens peuvent manquer dans la pratique quotidienne, ces outils, aussi modestes soient-ils, devraient permettre à tous médecins d'informer sa patientèle sur la nécessité de pratiquer une activité physique régulière et de suivre la courbe de poids des patients. Par ailleurs, ces propositions ayant émergées, un autre objectif de recherche serait d'éprouver ces solutions. On pourrait par exemple mener une étude comparative entre un groupe de médecins généralistes qui auraient recours aux panneaux de liège dans leur salle d'attente d'une part, et un second groupe qui ne les utiliseraient pas, afin d'examiner les résultats sur la fréquence de la pratique d'une activité physique par les enfants dans leurs patientèles respectives. Une seconde étude comparative pourrait aussi chercher à analyser la corrélation entre pratique d'une activité physique, dans l'objectif de lutter contre l'obésité et la consultation d'e-ressources, en confrontant les patientèles des médecins conseillant systématiquement ces e-ressources et celles de ceux qui ne les mentionneraient pas afin d'évaluer l'efficacité de telles mesures.

A l'issue de ce travail de recherche, dont le principal objectif était de dresser un état des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité chez les enfants en consultation de médecine générale dans le Nord-Pas de Calais, je dresse donc à nouveau le constat que le sujet demeure d'actualité et les pistes de recherche encore très nombreuses.

ANNEXES

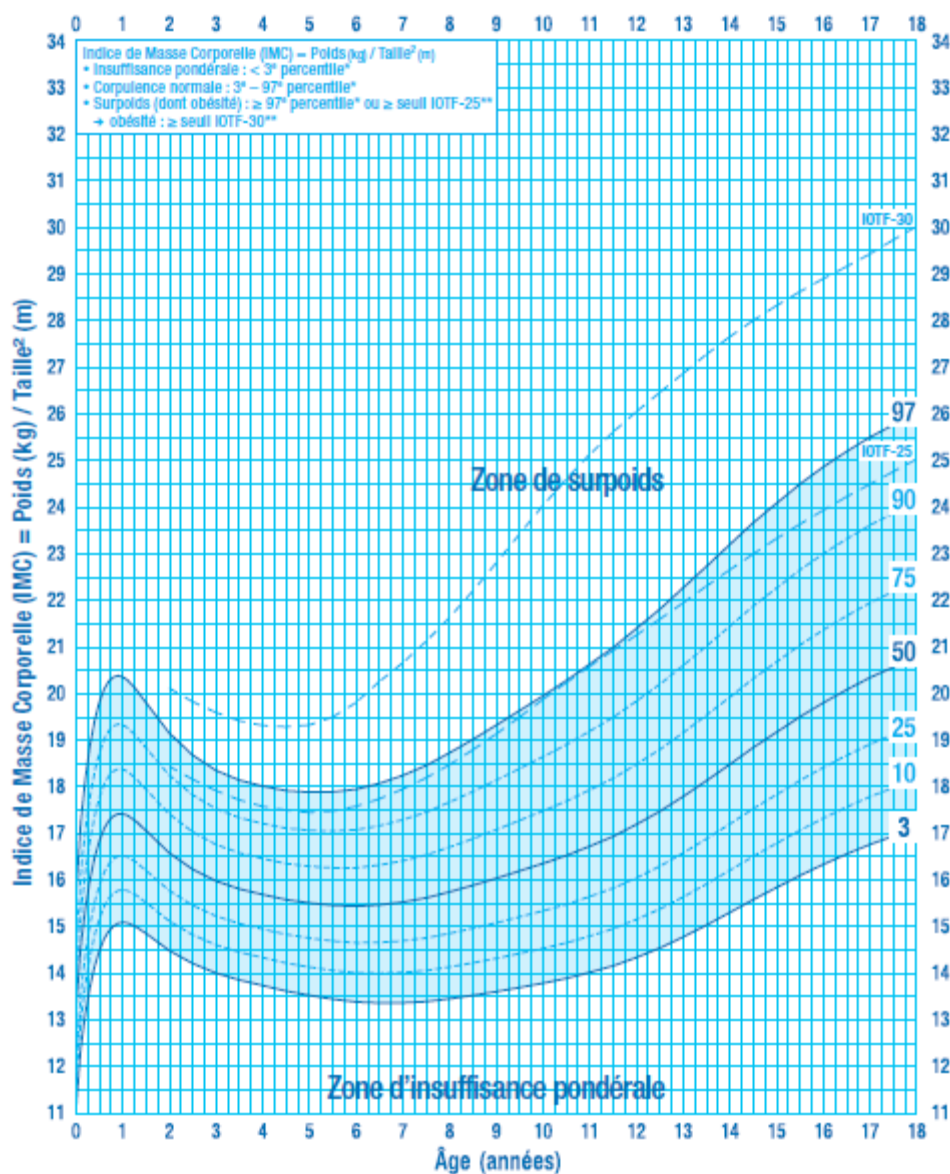
a) Courbes de corpulence du Programme National Nutrition Santé 2010



Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



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

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

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

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



b) Tableaux de l'analyse du premier focus group, Maubeuge, 9 participants le 17 janvier 2012

i. Les connaissances des médecins généralistes sur l'activité physique et la prévention de l'obésité. (focus group 1)

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.
<u>L'importance de l'activité physique chez les enfants par les médecins généralistes :</u> - Primordiale dans la prévention de l'obésité, ainsi que dans l'amélioration des relations sociales des patients. - Mais la pratique de l'activité physique intensive entraîne des pathologies (ostéo-articulaires principalement.)
<u>Les consultations pour les certificats de non contre-indication :</u> - Donc pas « entre deux portes », c'est-à-dire prendre 15 minutes de consultation lorsque le motif est une demande de rédaction d'un certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport. - Permettant de prendre du temps d'assurer la promotion de l'activité physique. - Un médecin le fait déjà. Les autres ne peuvent pas faire la promotion par manque de temps.
<u>L'obésité :</u> - L'obésité peut ne pas être le principal motif de consultation. Exemple de l'enfant qui vient consulter pour des gonalgies et ne veut pas comprendre le lien avec son surpoids. Il veut donc simplement être guéri de sa douleur du genou et ne comprend pas lorsqu'on l'insiste à perdre du poids. - Chez les familles de rugbyman : l'obésité constitue plutôt une force qu'une faiblesse et est appelée « force physique ». Chez ces familles-là, il est très difficile de leur faire comprendre les méfaits de l'obésité.
<u>La pesée et la mesure des enfants en consultation :</u> - Un médecin est étonné de la recommandation de la HAS en inéquation avec sa pratique quotidienne (par manque de temps). - Un autre médecin pèse et mesure à chaque fois. - Un autre pèse et mesure à chaque fois jusqu'à l'adolescence, puis arrête par manque de temps. - Par contre, tous les médecins s'accordent à dire qu'ils ne pèsent jamais si l'enfant semble maigre. - Mais le médecin qui pèse systématiquement ses patients rapporte que ces derniers sont « conditionnés » à monter sur la balance et en cas d'oubli, réclament la pesée au médecin.
<u>Conseils dans le choix du sport :</u> - Les médecins généralistes de sexe masculin prescrivent plus des sports collectifs qu'individuels pour ajouter à la dépense énergétique, la notion d'équipe et améliorer les rapports sociaux. - Un médecin femme avoue préférer les activités artistiques comme la danse, le patinage qui ont pour avantage d'éveiller les sens.
<u>La promotion de l'activité physique au cabinet de médecine générale :</u> - La recommandation d'exercice physique est facile (grâce par exemple à une affiche dans la salle d'attente) mais la prescription est rarement faite car plus dure et demande plus de temps. - En cas d'échec des mesures hygiéno-diététiques simples, les médecins généralistes de Maubeuge ne savent pas vers qui se tourner, à part envoyer les patients chez les diététiciens.

Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.

Améliorer la formation des médecins :

- Dans leur pratique quotidienne, devant une obésité, les médecins avouent ne pas penser souvent à dépister des causes organiques chez les enfants, comme par exemple l'hypothyroïdie.
- Les médecins pensent qu'elle est due à un manque de formation.
- L'activité physique est proposée lorsque l'IMC dépasse 25, mais jamais systématiquement. Il serait une bonne chose de proposer systématiquement la prévention.

Favoriser le travail d'équipe :

- Il manque des réseaux de prise en charge de l'obésité à Maubeuge, donc les médecins généralistes trouvent que la création de réseaux supplémentaires de prise en charge de l'obésité serait utile afin d'avoir une équipe pluridisciplinaire autour du jeune patient obèse.

Réévaluer le coût de la consultation de prévention :

- Lors d'une consultation, pour 23 euros et en 15 minutes, il faut peser, mesurer, examiner, vérifier les vaccins et l'absence de contre-indication au sport que l'on va promouvoir.
- La valorisation de cette activité augmenterait sa fréquence chez les médecins généralistes. (en créant un acte spécifique.)
- Un médecin propose même de créer des consultations spécifiques de prévention de l'obésité, avec un tarif particulier.

ii. L'adaptation de la promotion de l'activité physique en fonction du patient (focus group 1)

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.
<u>En fonction de pathologies particulières :</u> - Les médecins adaptent le type d'activité physique aux pathologies du patient. Chez un patient scoliotique, ils prescrivent de la natation et non pas un sport asymétrique. - Les médecins réfléchissent aussi aux changements ponctuels d'activité physique ou de sport lors de consultations pour une blessure due à l'activité physique ou au sport actuel. - Parfois, les patients avec une pathologie spécifique ne pratiquent pas d'activité physique par méconnaissance de leur pathologie. En effet, il existe pour la plupart des pathologies des activités physiques adaptées (par exemple pour le patient asthmatique).
<u>En fonction de l'indice de masse corporelle :</u> - Difficulté à proposer de l'activité physique en équipe aux patients obèses. Il ne faut pas les mettre en situation d'échec par rapport aux enfants qui ne sont pas en surpoids. - Exemple du joueur de football obèse en permanence sur le banc car moins bon que ses coéquipiers sans surpoids, ce qui revient à ne pas pratiquer d'activité physique. - Si l'IMC est normal, un médecin ne propose pas d'activité physique car il considère que c'est le rôle des parents dans ce cas-là et qu'il outrepasserait le rôle du médecin.
<u>En fonction du niveau social :</u> - Pour un des médecins, il n'y a pas de différence entre les enfants d'un milieu défavorisé et d'un milieu favorisé car le coût des équipements sportifs et de l'accès aux structures ne joue pas sur l'activité physique des enfants. - Ce qui compte, c'est la motivation. - Exemple de l'enfant favorisé, victime de la pub, à qui les parents ont acheté des paires de chaussures de football que portent les grands joueurs et qui les jettent en fin de saison car elles sont devenues trop petites. L'enfant défavorisé va jouer au football avec des chaussures moins chères, mais va jouer plus souvent s'il est motivé par un groupe d'amis ou autre. - Concernant l'alimentation, il faut accentuer l'éducation diététique chez les patients issus d'un milieu social défavorisé car manger équilibré nécessite un savoir, une connaissance plus difficile à acquérir chez les patients d'un milieu social défavorisé, les médecins doivent donc adapter leur discours.
Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.
<u>Chez les patients d'un milieu défavorisé :</u> - Insister sur la promotion des activités gratuites (entrée gratuite à la piscine un certain jour, site internet d'information gratuit.) - Un médecin est en désaccord car il pense que la gratuité enlève l'investissement des parents, et donc diminue l'observance.
<u>Création d'une équipe de sport pour les enfants obèses :</u> - Permettant de diminuer les sarcasmes des enfants normo-pondéraux et d'améliorer le plaisir de pouvoir se comparer à des enfants de même handicap. - Copier le judo où il existe des catégories de poids. - Par exemple pour le football.

- iii. Les outils que possèdent les médecins généralistes pour assurer la promotion de l'activité physique en prévention de l'obésité (focus group 1)

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.
<u>Disponibilités des infrastructures sportives :</u> - Le Nord est défavorisé par rapport aux autres régions (affirmation débattue). - Un médecin du groupe n'est pas d'accord car il rédige parfois des certificats pour des sports qu'il ne connaît pas.
<u>Utilisation de l'outil informatique :</u> - Le sport pratiqué est toujours marqué dans le dossier médical lors des certificats d'aptitude. Ainsi, des questions ciblées sur sa pratique peuvent être posées si le médecin détecte une prise de poids. - Etre informatisé permet la visualisation de la courbe d'indice de masse corporelle générée automatiquement par ordinateur.
<u>Utilisation des courbes de corpulences :</u> - La plupart des médecins calculent l'indice de masse corporelle par un logiciel qui le calcule automatiquement. D'autres, non informatisés, notent sur le carnet de santé.
<u>Utilisation de l'aide du diététicien :</u> - Permettre aux patients de se rendre compte de la notion de calories, de celle de l'alimentation équilibrée et d'avoir une base sur laquelle fonder la discussion en consultation. - Mais difficile à mettre en œuvre dans l'Avesnois car il y a peu de réseau disponibles. - Prescription de consultation diététique non suivie. Par expérience, les jeunes patients et leurs parents ne vont pas consulter un diététicien, malgré les conseils de leur MT. - Surtout avant l'adolescence, le développement de l'image du corps amène les patients obèses à d'avantage avoir recours à une nutritionniste afin d'améliorer l'image de leur corps et donc, leur séduction vers autrui. - Les médecins de Maubeuge ont le sentiment qu'il n'y a pas suffisamment de diététiciens dans la région, donc les médecins déplorent l'absence de prises en charge pluridisciplinaires pouvant être bénéfiques pour le patient.
Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.
<u>Améliorer la prise en charge hospitalière :</u> Les médecins généralistes se plaignent aussi du manque de communication entre eux et les pédiatres hospitaliers, préjudiciable dans la prise en charge du patient. Il faudrait s'astreindre à rédiger des courriers rapidement ou prendre le temps d'un appel téléphonique à notre collègue afin de pouvoir réagir rapidement.
<u>Améliorer l'accès aux soins des professionnels de santé de proximité de l'obésité :</u> - Augmenter l'accès à distance en prenant l'exemple des ECG télétransmis aux cardiologues qui peuvent ainsi donner leur avis sur un grand nombre de patients et rapidement. - Créer aussi des réseaux de soins permettant aux patients de recevoir des conseils, démocratiser les réseaux de soins permettant aux patients de recevoir des conseils personnalisés de diététiciens, de pédiatres sans grand délai.
<u>Utilisation de supports visuels :</u> - Comme des affiches dans la salle d'attente pouvant susciter l'intérêt des patients pour la pratique de l'activité physique. - Ou avoir des plaquettes explicatives sur le bureau qui permettraient aux médecins d'avoir une base visuelle expliquant les avantages et les inconvénients de chaque sport et permettraient d'être plus attentif pour répondre aux questions particulières des parents.

iv. Prise en compte des parents dans la promotion de l'activité physique (focus group 1)

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.
<u>Manque d'autorité des parents :</u> - Inscription dans un sport par les parents "par décharge", ce qui démotive l'enfant. - Mais attention de ne pas outrepasser le rôle de médecin et s'immiscer dans l'éducation que donnent les parents.
<u>Côté autoritaire des parents :</u> - Si l'activité sportive est le rêve du père, l'enfant n'y adhère pas et nous nous retrouvons en situation d'échec thérapeutique (exemple du football). - Donc un des médecins demande en consultation directement à l'enfant ce qu'il souhaiterait faire.
<u>Importance de convaincre les parents :</u> - Parfois, les médecins trouvent que les parents invoquent toujours un motif pour que leur enfant ne fasse pas d'activité physique, (par exemple, il fait froid pour la piscine). Donc les médecins doivent dans ce cas-là insister sur l'importance de la pratique de l'activité physique régulière. - Lorsque les parents ne font pas d'efforts au long court afin d'améliorer la pratique de l'activité physique de leur enfant, les médecins se sentent épuisés et finissent par abandonner. Parfois, les conseils marchent et les parents changent complètement leur habitudes de vie et accompagnent l'enfant dans une activité physique régulière.
<u>Si les parents ne sont pas sportifs :</u> - Parfois, le médecin n'arrive pas à convaincre les parents de la nécessité de faire pratiquer une l'activité physique à leur enfant en surpoids. Parfois, cela s'arrange à l'adolescence ou les enfants ont l'esprit rebelle. - La prescription de l'activité physique chez les enfants de parents sédentaires n'est quasiment jamais suivie.
<u>Lutter contre les croyances erronées des parents :</u> - Dans le Nord, à l'école, beaucoup d'enfants sont en surpoids. Un des médecins a déjà eu en consultation des parents qui voulait une prescription de vitamines car l'enfant n'était pas en surpoids par rapport à ses camarades de classes.
Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.
<u>Proposer aux parents de changer certaines habitudes :</u> - Par exemple ne pas déposer les enfants à l'école, mais les faire y aller en marchant. - Mais problèmes de sécurité dans certains endroits, notamment chez les jeunes filles.
<u>Intégrer les parents dans la promotion de l'activité physique :</u> - En proposant aux parents de questionner leurs enfants lors du retour de l'activité physique afin de leur en montrer l'intérêt et de créer une émulation avec leurs enfants.

c) Tableaux de l'analyse du deuxième focus group, Cambrai, 4 participants le 10 mai 2012

i. Les connaissances des médecins généralistes sur l'activité physique et la prévention de l'obésité (focus group 2)

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité 1/2
<u>Importance de l'activité physique :</u> - Notamment si le médecin pratique lui-même une activité physique régulière. - 30 minutes par jour suffisent. - Si les patients font simplement un régime, ils vont perdre du poids en perdant du gras et du muscle. S'ils pratiquent une activité physique régulière, ils ne perdent que du gras et gagnent du muscle. Au repos, le gras ne consomme pas de calories, alors que le muscle oui. - Cela amène un cercle vertueux sur la consommation énergétique de base.
<u>L'obésité :</u> - Forte prévalence à Cambrai. - Pourvoyeuse de nombreuses pathologies (articulaires, cardio-vasculaires). C'est une « usure prématurée de l'organisme. » - Part de génétique : les parents obèses auront plus de risque d'avoir des enfants obèses. - Dans le Nord, le patient obèse inspire la confiance, notamment dans les régions où les grands-parents ont connu la guerre et la famine. Le patient anorexique fait penser à la maladie.
<u>La promotion de l'activité physique lors de la consultation en médecine générale :</u> - Les médecins ne font pas de promotion de l'activité physique systématique si l'enfant est normo-pondéral mais en parle facilement s'il y a des problèmes familiaux d'obésité ou d'enfants obèses. Les médecins n'utilisent généralement pas d'ordres directifs mais ils demandent comment cela se passe afin d'améliorer la pratique. Un médecin tient même avec ses patients un discours non moralisateur, centré sur la santé (les pathologies induites par l'obésité) et non sur la stigmatisation de l'esthétisme de l'obésité. - Les médecins s'accordent pour dire que la répétition des conseils fonctionne, mais il faut au moins 4 ans (fonctionne mieux après l'adolescence, ou l'IMC va rentrer dans les normes suite à la poussée de croissance.) Il ne faut donc pas perdre patience. Les conseils sont promulgués comme dans un entonnoir, c'est-à-dire que les grandes lignes des médecins restent générales, puis ils adaptent en fonction de l'âge, du niveau socio-culturel. - Dans un petit village, lorsque au moment des visites le médecin aperçoit un enfant en train de faire une activité physique, ce médecin va l'encourager lors de la prochaine consultation. - Lorsqu'il n'y a pas de pratique sportive, il est important de comprendre pourquoi car parfois, on peut dépister des troubles psychologiques, l'enfant a envie de pratiquer un sport mais à cause de la moquerie, il ne va pas le faire.
<u>Conseils dans le choix du sport :</u> - La notion de plaisir est importante dans l'activité physique. Donc les médecins ne conseillent pas de sport en particulier. (Le but est de ne pas devenir « une star du sport » mais de s'amuser même sans être performant.) - Il est plus facile d'encourager une activité physique car il y a la notion positive d'autorisation alors que dans un régime il y a la notion négative d'interdiction. - Pour l'inactif, les médecins conseillent par commencer à aller à l'école à pied, puis de pratiquer ¼ d'heure d'activité physique par jour, puis d'allonger la durée progressivement. Il ne faut pas « viser trop haut » dès la reprise du sport.

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité 2/2

Les consultations pour les certificats de non contre-indications :

- Refus par un médecin de signer « entre 2 portes ».
- Un médecin en profite pour faire un examen complet (orthopédique, croissance, calcul de l'IMC.)
- Pas d'encouragement promulgué lors de ces certificats car cela signifie qu'il pratique déjà une activité physique.
- Si les enfants viennent tous les ans pour un certificat de non contre-indication et que, brusquement, il n'en demande plus, les médecins vont poser des questions sur la pratique, notamment afin de trouver d'autres sports.

Conseils nutritionnels :

- Ne pas grignoter entre les repas et de ne pas repasser au fast-food en cas de faim.
- Problème d'observance (environ 1 sur 10 suivent les conseils nutritionnels, mais ces derniers fonctionnent !)
- Problème de temps en consultation de médecine générale.
- La nutrition est un métier à part entière, il faut les conseiller, leur prescrire le régime dans les règles de l'art, les revoir pour assurer le suivi : ce qu'ils ont réussi à faire ou non.

Mesure de l'efficacité des conseils :

- A chaque consultation, sur les courbes de poids et de taille, notamment après l'adolescence.
- De plus, les enfants sont fiers lorsque les conseils du médecin sont suivis et fonctionnent. Ils en parlent lors des consultations suivantes.

Problème de temps en médecine générale

- Utilisation de consultations rapides comme les rappels de vaccins afin de mesurer, peser et d'aborder l'hygiène de vie.
- Mais c'est parfois tous les 5 ans.

Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité 1/2

Réévaluer le coût de la consultation de prévention :

- Création d'une cotation spécifique d'un acte pour le suivi nutritionnel d'un enfant obèse car les logiciels d'aide médicale et de conseils à la nutrition coûtent chers, donc ils sont non rentabilisés et non utilisés par les médecins.
- Augmenter le coût de la consultation permettrait aux médecins de dégager du temps afin de faire une consultation diététique (qui prend au minimum 30 min.) En plus, les enfants viennent pour un motif différent et c'est en remplissant la courbe IMC en consultation qu'on bascule sur le problème de l'obésité.
- Ou alors créer un forfait annuelle pour tous les enfants inscrits chez le médecin, avec à la clé une consultation de synthèse annuel, suffisamment rémunérée pour que ce soit attractif pour les médecins, et obligatoire pour l'enfant, permettant de voir ceux qui ne sont pas motivés. Ce serait une consultation qui serait utile pour les patients qui n'ont pas de pathologie particulière, une consultation de prévention dans laquelle il serait possible de tirer de toute la population une statistique anonyme avec telle et telle pathologie, un peu comme les consultations bucco-dentaires obligatoires, mais malheureusement ce sont les patients déjà suivis et donc déjà soignés qui s'y rendent.
- Les médecins de Cambrai n'ont pas le temps de faire de la nutrition (c'est un métier à part entière). Il faut suivre les patients sur le plan nutritionnel pour leur prodiguer des conseils lors des entorses au régime.

Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité 2/2

Ajouter des consultations obligatoires qui concerneraient la prévention de l'obésité :

- Comme il existe des consultations obligatoires à 9 mois, à 24 mois.
- Après les consultations obligatoires, l'enfant ne consulte plus s'il n'est pas malade.
- De plus, on pourrait calculer l'IMC dès 1 mois (1ère consultation) et à chaque consultation, afin de montrer aux parents que l'obésité peut-être un problème et que le médecin traitant y est attentif.
- Permettrait de faire venir en consultation les enfants jamais vus par les médecins, et qui ne pratiquent pas de sport.

Améliorer la formation des médecins :

- Les médecins installés ne se rappellent plus avoir eu des cours sur l'obésité et comment l'aborder en consultation de médecine générale, notamment chez les enfants. Cela leur pose des préjudices dans leur pratique quotidienne.
- Créer un diplôme universitaire prise en charge de l'obésité de l'enfant permettant aux médecins intéressés d'améliorer leurs connaissances. En effet, il existe le diplôme universitaire général, mais il n'est pas spécifique à l'enfant.

ii. L'adaptation de la promotion de l'activité physique en fonction du patient (focus group 2)

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.

En fonction du sexe :

- En général, les garçons font du football et les filles du vélo.
- Dans les villages, les filles ont moins accès au sport que les garçons. En effet, il existe un club de foot dans chaque village mais pas un club de danse ou de gymnastique.
- Un médecin trouve qu'il y a plus de garçons obèses que de filles obèses. Peut-être que les jeunes filles sont plus sensibles à leur esthétisme. Un garçon obèse fait aussi musclé.
- C'est à partir de l'adolescence (12 ans) que les filles font attention à leur esthétisme. Avant 12 ans, il y a plus de problèmes d'obésité chez les jeunes filles.
- Beaucoup de filles disent ne faire du sport qu'à l'école et que par obligation en cours d'EPS.

En fonction de l'indice de masse corporelle :

- Lors des consultations avec un enfant obèse, un médecin essaie de centrer son éducation en appliquant directement l'enfant. Il demande à l'enfant d'observer les personnes obèses et leurs pathologies qui débutent vers les 35 ans.
- C'est une bonne idée chez les enfants obèses quand il est possible de profiter de la poussée de croissance à l'adolescence pour revenir à un IMC normal, notamment si l'enfant arrête les excès de nourriture.
- Des médecins ont des difficultés pour aborder le problème de l'obésité avec des patients obèses. Si un médecin leur dit qu'il faut faire plus de sport, manger moins d'aliments hypercaloriques, il fabrique une véritable dépression qui va avoir l'effet inverse. Il existe une peur de stigmatiser les enfants.
- Difficultés physiques pour les patients obèses. Un enfant obèse est moins dérangé par son physique s'il pratique du judo par rapport au football. lorsqu'un enfant obèse pratique un sport, par exemple le football, (la danse ou la gymnastique pour les filles), il est méprisé par ces camarades, vite essoufflé, n'est jamais pris dans les équipes. Il est difficile de trouver un sport où être gros est un avantage, donc des enfants obèses se sont inscrits au football et n'y sont allés que quelques fois.

En fonction de l'âge :

- Vers 15 ans, les enfants commencent à donner leur avis et à se prendre en charge donc prévention et action plus efficaces à cet âge. Mais il faut faire attention à la crise de l'adolescence car les interventions médicales peuvent être mal prises.
 - Les plus jeunes font de l'activité physique en restant à la maison, en jouant dans le jardin et en allant à pied à l'école. Les adolescents ont besoin d'émulation.
 - Les jeunes enfants font naturellement de l'activité physique et n'ont donc pas besoin d'être encadrés. Un enfant qui fait du vélo se dépense.
- C'est à partir de 6-7 ans que les médecins recommandent de pratiquer un sport, jamais avant.

En fonction du niveau social :

- Si difficultés financières, ils conseillent le vélo et le roller.
- Attention à la méprise sur le niveau socio-culturel. Parfois, des patients bien habillés ont peu de moyens et des patients mal habillés sont riches.

Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.

Chez les patients d'un milieu défavorisé :

- Distribuer des subventions par les collectivités serait une bonne chose pour les médecins car le sport coûte cher, entre l'inscription et l'équipement qu'il faut changer régulièrement car les enfants grandissent, (et l'équipement peut être spécifique, donc non utilisable dans la vie de tous les jours). En effet, pour une famille nombreuse, si un enfant fait du foot, l'autre du cheval, le troisième un autre sport, c'est très cher (en plus des coûts et du temps de transport le mercredi).

- iii. Les outils que possèdent les médecins généralistes pour assurer la promotion de l'activité physique en prévention de l'obésité (focus group 2)

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité 1/2.

Utilisation des courbes de corpulences :

- Les courbes du carnet de santé permettent de montrer visuellement aux parents quand il y a un problème, mais il est parfois oublié par les parents.
- Les médecins essaient de calculer l'indice de masse corporelle systématiquement grâce à l'informatique.
- Parfois, ce sont les parents eux même qui remplissent la courbe, quand il y n'y a pas eu de consultation chez le médecin généraliste depuis longtemps.
- Un médecin possède une courbe d'indice de masse corporelle effaçable en consultation afin de bien montrer aux parents l'indice de masse corporelle mesuré.
- Un médecin distribue lui-même de courbes photocopiées. Ainsi, les parents les remplissent à la maison, sauf pour l'IMC car nécessité d'un calcul).
- Les logiciels de calculs automatiques sont une bonne chose et permettent de faire gagner du temps aux médecins pour les calculs d'IMC.

Utilisation de l'aide du pédiatre :

- Envoyé chez ce praticien lorsqu'il y a un problème d'obésité chez un patient jeune (généralement avant 12 ans), pour faire un bilan avec des examens complémentaires.
- Mais les médecins trouvent que, parfois, il manque des retours vers le médecin traitant, probablement par manque de temps.
- Un médecin trouve les pédiatres hospitaliers plutôt bons, car il lui manque du temps pour faire un bon travail sur l'obésité, notamment sur le plan psychologique.
- Manque de pédiatres hospitaliers spécialisés dans l'hôpital le plus proche.
- Les parents pensent que, être envoyé à l'hôpital, cela va corriger les problèmes plus facilement que d'être restés en soin primaire. Mais ce sont les patients (et les parents) les plus motivés qui y vont.

Disponibilités des infrastructures sportives :

- Il existe une grande différence de structures sportives entre campagne et grande ville. Il y a plus de choix en ville pour contenter tous les enfants, avec des sports comme le trampoline, la natation donc les parents sont motivés pour emmener leur enfant au sport.
- Il manque des structures sportives dans les environs de Cambrai, obligeant les enfants à dépendre des parents pour être véhiculés, manque de diversité.
- Pour les tout-petits, l'initiation au sport se fait en ville.
- Un médecin n'est pas d'accord et souhaiterait comparer le pourcentage d'enfants qui font du sport en ville avec celui en campagne.
- L'avantage de la campagne est de pouvoir reconnaître les enfants qui font de l'activité physique en les apercevant pendant les visites, puis de les encourager en consultation.
- Ils peuvent voir aussi, quand ils vont chercher leurs enfants à l'école, les jeunes qui y vont à pied.
- Mais c'est surtout aux enfants qu'elle connaît personnellement qu'elle va proposer une activité physique.
- Dans les villages, on peut proposer le roller ou jouer avec un ballon car peu de voitures. Quand ils courent ou font du vélo, les médecins sont contents.

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité 2/2.

Utilisation de l'outil informatique :

- L'acquisition d'un logiciel de nutrition même traitant de l'obésité, du régime du sportif, de la phénylcétonurie, est très utile car les adultes ont une grosse demande en nutrition. Chez les enfants, le médecin s'est déjà servi de ce logiciel afin de délivrer de véritables conseils personnalisés, lesquels sont imprimables, amorçant la discussion. Mais il est très couteux en temps et donc peu utilisé finalement de nos jours.

Aide de la médecine scolaire et PMI :

- Les professionnels de santé vont être interpellés pour un trouble de l'audition, problèmes ophtalmiques ou orthopédiques mais jamais pour une obésité. Il faut donc faire de la formation pour attirer l'attention sur cette pathologie. Donc les médecins parlent de l'obésité dans une consultation pour un autre motif.
- Pas d'incitation, ni de contrainte à aller voir le médecin traitant lors qu'une pathologie est dépistée par ces professionnels, donc les médecins voient les plus motivés.

Utilisation des services hospitaliers spécialisés :

- Il y a un effet placebo car les parents pensent que le fait d'envoyer leur enfant à l'hôpital, va corriger les problèmes plus facilement que d'être restés en soin primaire. Mais ce sont les patients (et les parents) les plus motivés qui y vont.

Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité 1/2

Augmenter l'offre de sport dans les régions défavorisées :

- Installer plus de structures sportives, afin d'offrir une diversité suffisante pour donner envie aux enfants de choisir l'activité physique qui leur plaît le mieux car dans la région de Cambrai en dehors du football, il y a peu de choix, notamment pour les filles. Il existe néanmoins quelques clubs de gymnastiques. Par exemple, il n'y a plus de club de judo près de Cambrai, alors que cette discipline pourrait favoriser la pratique d'une activité physique pour les enfants obèses car elle est classée par poids.
- Pour créer un club de sport, comme toute association, il faut un président, un trésorier, et un secrétaire au minimum. Le problème est le manque de moyens financiers.
- Les médecins se demandent s'il ne serait pas judicieux de demander des subventions à la collectivité. De plus, lorsque les infrastructures sont construites et le matériel acheté, il manque d'animateurs sportifs pour montrer le fonctionnement des installations et encadrer les enfants. La majorité des petites mairies manque de budget pour les embaucher. Les médecins se demandent donc aussi si l'aide de la collectivité ne serait pas une bonne chose. De plus, après 25 ans, les jeunes animateurs quittent les villages pour faire leurs études dans les grandes villes. Donc il faudrait augmenter l'attractivité des villages afin de les garder.

Développer l'utilisation de nouvelles technologies.

- On peut aussi imaginer des subventions pour les nouvelles consoles qui font bouger les enfants, comme la Wii par exemple.

Favoriser les lignes de transport public :

- Permettrait aussi aux enfants de moins dépendre des parents pour se rendre dans les infrastructures sportives.
- Beaucoup d'enfants manquent d'activité physique car ils ne sont pas véhiculés surtout si l'activité physique n'est pas dans le village même mais dans la ville à côté, soit par manque de moyen (pas de voiture ou de permis de conduire), soit par manque d'envie des parents. C'est aussi un coût de se déplacer en voiture (essence, entretien, etc...).

Utilisation de supports visuels :

- Les médecins pourraient distribuer des courbes envoyées par courrier par la sécurité sociale ou les instances de santé. Cela permettrait de mieux responsabiliser les parents sur la nécessité de rester dans un IMC convenable et d'éduquer les parents à leur domicile.

Améliorer la prise en charge hospitalière :

- Promouvoir l'hôpital de semaine afin de réunir tous les intervenants de l'obésité, en une semaine (pédiatre, nutritionniste, coach sportif, etc...). En effet, les médecins trouvent que le pédiatre est tellement demandé qu'il donne des rendez-vous très espacés, ce qui n'est pas idéal dans la prise en charge.

Améliorer les campagnes publicitaires à la télévision :

- Les médecins ont trouvé que les campagnes nationales publicitaires comme « manger cinq fruits et légumes par jour, » plutôt utiles.
- Mais il faudrait insister plus sur l'activité physique avec des conseils facilement réalisables quotidiennement.

Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité 2/2

Améliorer l'accès aux soins des professionnels de santé de proximité de l'obésité :

- En remboursant les consultations chez les professionnels de santé, notamment chez les diététiciens. On pourrait créer une ALD (ou un tiers payant) pour l'obésité. Un médecin est contre car il considère le paiement comme une source de motivation. Mais sans remboursement, c'est seulement les plus motivés qui consultent.
- Améliorer les recours de proximité en ville car à Cambrai, ni les diététiciens, ni les pédiatres libéraux ne reçoivent les enfants obèses, par exemple, avec des incitations financière à l'installation. Les médecins sont donc obligés de les envoyer à l'hôpital pour une consultation. De plus, les diététiciens ne sont pas conventionnés, donc non remboursés par la sécurité sociale.
- Améliorer la communication en entre le médecin généraliste et le pédiatre, car elle améliorerait le résultat sur les enfants.

Améliorer le rôle de l'école dans la prévention :

- Proposer des cours d'éducation civique et citoyenne à l'école afin d'instruire sur la santé, la diététique. Les médecins trouvent, qu'à part la journée du goût, il n'existe pas d'éducation diététique ou les enfants apprennent à trier les étiquettes selon les classes d'aliments afin d'obtenir un repas équilibré. Un médecin se demande si c'est à l'école de le faire, ou à un expert une heure par semaine. Les médecins se demandent même si on ne pourrait pas réintroduire des cours qui ressemblent à l'éducation ménagère des jeunes filles des années 60, mais pour les deux sexes.
- Insister pour la pratique de jeux ludiques dans l'école, les jeux qui donnent du plaisir aux enfants, comme la corde à sauter, le diabololo, le football. Si les enfants ont la possibilité de jouer à des jeux qui leur plaisent à l'école, ils vont plus se dépenser. Les médecins ont remarqué, que pour une question d'assurance et de responsabilité, beaucoup de jeux ont été interdits. (Exemple d'un maire condamné car les buts de football n'étaient pas assez serrés, et donc qui a blessé un élève.)

iv. Prise en compte des parents dans la promotion de l'activité physique (focus group 2)

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.
<u>Si les parents sont sportifs :</u> - Famille sportive où l'enfant va de lui-même pratiquer une activité physique par admiration parentale. - Si les parents sont obèses, ils ne voient sans doute pas que leur enfant est obèse. De plus, les enfants ne voient pas l'intérêt de la pratique sportive si les parents n'en font pas, image parentale à suivre). - A la sortie de l'école, les médecins voient les parents en voiture et les autres debout qui sont venus à pieds. - Un enfant qui fait quatre fois par jour le chemin qui sépare l'école du domicile, c'est positif dans la prévention de l'obésité.
<u>Lutter contre les croyances erronées des parents :</u> - Exemple : des parents se sont plaint : « vous vous rendez compte, ils ont confisqué les chips et donné de la soupe à mon enfant ». Il faut donc éduquer les parents en consultation de médecine générale. - Les parents sont plus inquiets parce qu'on se moque de leur enfant obèse à l'école que pour une pathologie mauvaise pour la santé. - Il est difficile de montrer le problème de l'obésité chez une famille obèse. Donc les médecins utilisent le carnet de santé pour montrer que l' Indice de Masse Corporelle est hors courbe. - Par contre, si l'enfant est le seul obèse, les parents et la famille vont être mécontent d'être au régime. Et l'enfant va se sentir stigmatisé. - Protestations lors du retrait des distributeurs automatiques dans les écoles, une directrice d'école a supprimé la collation de 11H dans son école, les parents ont fait un scandale, donc il y a du travail à faire.
<u>Contre-exemple :</u> - Une maman a fait un syndrome dépressif après une perte de 30 kg par sa fille adulte car elle lui en voulait de l'avoir mal fait mangé, mal éduqué lorsqu'elle était enfant alors que pour elle, elle est une bonne mère puisqu'elle cuisinait beaucoup, donnait une collation.
<u>Changement de regard des médecins en devenant parents :</u> - Avant, un médecin donnait des conseils qu'il a eu du mal à faire appliquer à ses enfants (manger des fruits et légumes et arrêter les aliments hypercaloriques.) - Pour les enfants anorexiques, il est plus facile de prouver que c'est une pathologie. Pour les enfants boulimiques, c'est plus dur. - Un enfant n'a pas eu de difficulté à manger équilibré car le médecin fait son potager. - Le sport a été privilégié chez les enfants d'un médecin, mais elle reconnaît que ça lui prenait beaucoup de temps le mercredi. Mais c'est possible de faire du sport malgré une vie professionnelle bien remplie. - En tant que médecin, il ne faut pas dévoiler toute sa vie personnelle, mais on peut prendre des exemples, par exemple si le médecin est sportif et est dans le journal local lors des résultats d'une course.

Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.

Proposer des séances d'éducation alimentaire aux parents :

- Les médecins ont remarqué que, souvent les parents manquent de temps dans la vie quotidienne, donc utilisent beaucoup les plats préparés et le micro-onde, et rêvent devant les émissions télévisuelles culinaires.
- Les médecins aimeraient bien mettre en place du temps dans leur consultation afin de discuter de ce sujet avec les parents. Mais ils manquent de temps.
- Avec certains sites internet comme « Marmite » , les patients ont accès à des recettes équilibrées avec peu d'aliments, peu chères et faciles. Il faudrait que les médecins encouragent les parents à les utiliser.

d) Tableaux de l'analyse du troisième focus group, Boulogne-sur-Mer, 13 septembre 2012, 4 participants

i. Les connaissances des médecins généralistes sur l'activité physique et la prévention de l'obésité (focus group 3)

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité 1/2

La promotion de l'activité physique au cabinet de médecine générale :

- Faite chez tous les enfants, pas seulement les obèses en félicitant tous les jours les enfants qui pratiquent une l'activité physique, notamment lors des certificats de non contre-indication à la pratique sportive, mais ils sont rédigés pour des enfants déjà sportifs.
- Le meilleur moyen pour la plupart des médecins est de distiller des conseils à chaque consultation, pour une prise de conscience progressive. Un médecin paternaliste et autoritaire n'obtient pas de résultat. Le but étant d'obtenir l'adhésion du patient sans le contraindre. Dialoguer, expliquer. Cela prend du temps, mais les médecins pensent que cela fonctionne. Les médecins avouent que la promotion de l'activité physique est difficile en pratique, et même un peu désespérante.
- Attention, il ne faut pas que les conseils amènent l'enfant à penser que ses parents l'éduquent mal, créant une opposition parent/enfant, Il ne faut pas frustrer les parents en demandant un changement d'hygiène de vie draconien à toute la famille.
- La relation des patients avec l'alimentation est de l'ordre de l'intime. Donc il ne faut pas brusquer les patients car ils vont se refermer sur eux-mêmes. Un peu comme avec la relation des patients adultes avec l'alcool où les patients sont tout de suite « touchés à vif. »)
- Ils recherchent aussi souvent une pathologie grâce à un bilan biologique (comme une dysthyroïdie.)

La pesée et la mesure des enfants en consultation :

- Parfois, c'est le pharmacien qui rappelle le médecin car, avec les logiciels de prescription automatique, le poids indiqué est obsolète parfois pour les enfants, même de plusieurs années. C'est donc à ce moment-là que les médecins pensent généralement à peser les enfants qui ne sont pas en surpoids.

Habitudes/Croyances du Pas de Calais :

- Autrefois, les instituteurs demandaient de mettre un goûter (matin et après-midi) dans le sac de l'enfant car certains de mangeaient pas le matin, sinon, les parents étaient considérés comme mauvais. Donc l'habitude a été prise et reproduite à la génération d'après avec leur enfant. En effet, un médecin se souvient que, lorsqu'elle était maman, elle préparait tous les gouters à mettre dans les sacs de ses enfants tous les matins. Maintenant, le goûter est interdit par l'école.
- Inviter, recevoir, c'est gâter les invités en nourriture et alcool, surtout pour la génération des grands-parents qui a connu la famine de la guerre. donc les parents ne veulent pas que leurs enfants manquent de nourriture.
- Comme il y a beaucoup de population de bas niveau socio-économique à Boulogne-sur-Mer et que les légumes et les fruits sont chers, les enfants ont de très mauvaises habitudes alimentaires, mangent trop souvent des frites, des glaces, Chips/Coca au goûter, bonbons à la récré à 10H.

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité 2/2

L'obésité :

- C'est préoccupant car 15% de surpoids, 2 à 3% sont obèses environ dans les patientèles.
- Plus forte chez les jeunes adultes que chez les enfants et les adultes.
- Les enfants de parents obèses partent avec un handicap car les facteurs génétiques sont primordiaux, en plus des habitudes alimentaires de la famille généralement très mauvaises.
- Devant une surcharge pondérale, ne pas confondre le début du rebond d'adiposité avec un véritable surpoids. En effet, il existe un rebond vers 6 ans et un autre vers 12-13 ans.

Problème de temps en médecine générale :

- La médecine curative requière tellement de travail que les médecins généralistes n'ont plus le temps pour la médecine préventive.
- Donc la prévention ne se fait pas sur une consultation spécifique, mais est distillée en petites touches à chaque consultation lors de consultations dont les médecins savent qu'elles ne vont pas durer longtemps (angines, vaccinations ou autre).
- Parfois, pour une consultation sur rendez-vous qui dure 1/4 d'heure, les patients viennent à trois. Les médecins ne peuvent pas renvoyer chez eux les patients, et donc accélèrent le rythme de ces consultations en se concentrant sur le motif principal.

Les consultations pour les certificats de non contre-indications :

- L'occasion de faire le point sur la statique rachidienne, la tension artérielle.
- Examen complet, donc acte remboursé. Les médecins ne font pas un acte de prévention non remboursé.
- Sentiment de mieux examiner que lorsqu'ils viennent pour des rhinopharyngites.
- Parfois, les enfants ne viennent pas en consultation pour un certificat de non-contre-indication. Ce sont les parents qui le demandent. Il y a donc une méconnaissance de l'importance de ce certificat.

Conseils dans le choix du sport :

- Aucune influence sur le choix du sport que va choisir l'enfant. C'est le goût de l'enfant et les sports pratiqués par les copains qui vont influencer son choix.
- Un médecin ne promeut pas le sport en particulier mais plus l'activité physique tous les jours.
- Le médecin doit respecter la liberté des personnes, simplement apporter un éclairage et des conseils.
- La marche, économique et efficace car Boulogne-sur-Mer est une ville très vallonnée.
- Le foot, basket, arts martiaux, tennis de table pour les petits garçons.
- La danse pour les filles.
- Ils pensent aussi à L'UNSS (le sport du lycée) permettant aux familles défavorisées de pratiquer du sport à moindre coût.
- Boulogne-sur-Mer est une ville qui offre des sport très diversifiés, avec beaucoup d'infrastructures.
- Les médecins ne conseillent pas de sport en particulier, sauf quand il existe une pathologie (par exemple des gonalgies.) Ils informent sur les clubs existants en fonction des choix des jeunes patients.

Conseils nutritionnels :

- Eviter les boissons sucrées, les chips et les sucreries, boire de l'eau à la maison, éviter la télé trop longtemps.

Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.

Démocratiser la pesée en début de consultation :

- Permet d'avoir un point d'accroche en cas de surpoids pour parler de la pratique de l'activité physique.

Réévaluer le coût de la consultation de prévention :

- Par exemple en instaurant un forfait annuel pour une consultation de prévention de l'obésité. Mais les médecins ne sont pas persuadés de son efficacité. En effet, pour le forfait ALD déjà en place, beaucoup de médecins n'ont pas le temps de réaliser la consultation de synthèse, et reçoivent quand même 40 € chaque année. Ils pensent que c'est plus un manque de temps disponible.
- Certains médecins considèrent que la prévention est non rémunérée, donc non motivante.

ii. L'adaptation de la promotion de l'activité physique en fonction du patient (focus group 3)

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité

En fonction de l'indice de masse corporel :

- Pour un enfant obèse, il est plus difficile de pratiquer une activité sportive. A la piscine, il ne veut pas se déshabiller. dans un sport collectif, il est le dernier pris dans l'équipe. Donc chez les patients obèses, les médecins de Boulogne sur mer font la promotion de l'activité physique (comme la marche) plutôt que le sport.
- Attention à la taille. Un enfant qui était obèse avant l'adolescence a fini par mesurer 1m95 et est donc devenu normo-pondéral. Il faut relativiser les nouvelles obésités chez un enfant et attendre la fin de la croissance (quand ils sont au-dessus de la courbe taille et poids, l'IMC sera normal en général.)

En fonction de l'âge :

- Avant l'adolescence, l'enfant n'est pas sensible aux moqueries sur son physique. Entre devenir gros et manger, les enfants préfèrent manger.
- Après l'adolescence apparaît la connaissance de l'image du corps à l'adolescence, l'enfant se pose la problématique « d'être normal », de plaire. L'enfant obèse devient complexé par son physique. Les médecins peuvent beaucoup plus sensibiliser les enfants en surpoids après l'adolescence.
- Lors de la période de croissance de l'enfant, il est difficile de conseiller un régime afin d'éviter les carences, donc les médecins prodiguent seulement des conseils et incitent à pratiquer une activité sportive.
- Lorsqu'il y a un surpoids ou une obésité vers 3-4 ans, les médecins pensent qu'ils ne peuvent pas proposer d'activité physique à cet âge, donc ils traitent l'enfant essentiellement par une réduction alimentaire.
- C'est surtout à partir 6-7 ans qu'on commence à leur parler de la promotion de l'activité physique, avant cet âge, les médecins considèrent qu'ils bougent naturellement.

- iii. Les outils que possèdent les médecins généralistes pour assurer la promotion de l'activité physique en prévention de l'obésité (focus group 3)

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité 1/2
<u>Utilisation de la géographie des lieux :</u> - Boulogne-sur-Mer est située au bord de la mer, donc les médecins conseillent le plus souvent aux patients d'aller se dépenser à la plage, car c'est gratuit, des transports en commun permettent de s'y rendre. Mais les parents sont réticents. - Un autre médecin dit avoir une large proportion de ses patients qui vont à la plage. (De 10H le matin à 18H.) - Boulogne-sur-Mer est une ville très vallonnée pour marcher, par exemple.
<u>Utilisation du centre aérée :</u> - Très utilisé par les patients, les médecins le trouvent efficace pour l'activité physique des enfants. - Très bien pour les milieux défavorisés car peu cher, voir gratuit. De plus, pour y aller, ils doivent traverser tout Boulogne à pied. La mairie finance en plus des vacances d'une semaine pour les plus défavorisés.
<u>Utilisation des courbes de corpulences :</u> - Chaque patient est pesé et mesuré à chaque consultation. - Certains médecins préfèrent le remplissage du carnet de santé à l'outil informatique. Pour d'autres, c'est l'inverse.
<u>Utilisation du carnet de santé :</u> - Le carnet de santé est utilisé à chaque consultation. - Le carnet de santé permet à plusieurs professionnels de santé de regrouper les informations, et d'être tous les plus efficaces possibles. - Les parents ont l'habitude de prendre le carnet de santé à chaque consultation. - Les écoles maternelles et primaires vérifient sur les carnets de santé que les vaccins sont bien à jour afin de les accueillir et dans le cas échant, demandent aux familles de revoir le médecin généraliste.
<u>Utilisation de l'aide du pédiatre :</u> - A Boulogne sur Mer, un pédiatre libéral prend en charge l'obésité. Les médecins trouvent qu'il a de bons résultats, et sont contents d'avoir cette solution. - Le principal problème est toujours l'adhésion de la famille. Tant que la famille est motivée, le pédiatre va pouvoir travailler. Une famille non motivée n'ira pas à la deuxième consultation.
<u>Utilisation d'une enquête alimentaire.</u> - Lors des consultations pour enfant en surpoids, les médecins de Boulogne-sur-Mer demandent en premier lieu une enquête alimentaire, limitée à une semaine, sinon non réalisée par la famille. Mais ils ont l'impression que les patients minimisent leurs habitudes alimentaires néfastes. - L'idéal, c'est la faire pendant une semaine. Permettrait de limiter les erreurs et oublis, de faire concentrer les patients plus longtemps. - Le mieux est d'en faire une sur toute la famille, pour de voir s'il existe un problème personnel à l'enfant, ou familial. - Un médecin trouve qu'il y a toujours au moins un membre de la famille du jeune patient obèse qui fait des excès alimentaires, et qui entraîne l'enfant. - Un médecin avoue ne pas faire d'enquête alimentaire pour les obèses, seulement pour les jeunes femmes avant l'été.

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité 2/2

Aide de la sécurité sociale :

- Prévention peu importante de la part de la sécurité sociale ressentie de la majorité des médecins.
- Ne rembourse pas les consultations de prévention. Une case « consultation de prévention » est apparue sur les feuilles de soin et si les médecins la coche, les personnes ne sont pas remboursées. Les médecins ne cochent donc jamais la case.
- La prévention permettrait à la sécurité sociale de faire des économies.
- Cela agace les médecins, mais ils profitent d'une pathologie rapide comme une rhinopharyngite pour faire une consultation de prévention remboursée.

Utilisation de l'aide du diététicien :

- Honoraires non remboursés, donc inaccessible pour les personnes de bas niveau socio-économique. Il faut donc envoyer les patients à l'hôpital.

Utilisation des services hospitaliers spécialisés.

- L' hôpital de Boulogne sur Mer, c'est plus long, plus compliqué mais il y a bonne équipe pluridisciplinaire dans la prise en charge de la surcharge pondérale, des dyslipidémies, du diabète. Par contre, il faut que les patients soient sérieux car il y a de multiples consultation et de nombreuses demandes pour y participer. A la moindre erreur, ils sont exclus du programme.

Utilisation de l'aide de l'endocrinologue :

- A Boulogne-sur-Mer, il ne peut être contacté directement pour une obésité chez l'enfant, c'est le service de l'hôpital de semaine qui contacte toutes les spécialités.

Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité

Améliorer le rôle de l'école dans la prévention :

- Proposer une éducation alimentaire à l'école comme des ateliers cuisines. Les médecins pensent que l'école maternelle est le meilleur moment où l'enfant est le plus perméable à l'information. C'est donc à ce moment-là qu'on peut faire une vraie prévention.
- Installer des distributeurs de fruits et d'eau minérale à l'école. Ce serait une bonne chose pour les médecins mais les fruits pourrissent rapidement. De plus, l'enfant qui mange un fruit à la récré va être jaloux de son camarade et de son gâteau.
- Former les médecins ou infirmières scolaires afin d'éviter la stigmatisation des enfants obèses (car les médecins ont reçu plusieurs fois des enfants chez qui les médecins ou infirmières scolaires ont dit d'aller voir leur médecin traitant pour « problème de poids », ce qui est désastreux psychologiquement pour l'enfant, et qui fait débiter le travail avec un déficit de confiance pour l'enfant.)

Améliorer les campagnes publicitaires à la télévision :

- Les publicités actuelles montrent des enfants partant à l'école avec des barres chocolatées, avec pour message que ce sont des bonnes friandises qui sont «source de santé», alors que c'est une des raisons de l'obésité. (Avec en bas et en petit, mangerbouger). Les médecins ont un sentiment d'hypocrisie.
- La publicité a une influence énorme sur les enfants, il faudrait donc faire des spots de télévision publique expliquant aux enfants l'importance de pratiquer une activité physique régulière, et augmenter l'impact du manger-bouger dans les publicités pour les aliments. Les médecins trouvent que, le message de prévention dans les publicités n'est pas assez important.
- Les médecins ont l'impression que les parents sont plus influencés par les publicités télévisuelles que par les conseils des médecins.

Améliorer l'accès au soin des professionnels de santé de proximité de l'obésité :

- Rembourser les honoraires des diététiciens libéraux afin de donner la capacité aux personnes ayant peu de moyens financiers d'aller les consulter.

Favoriser les lignes de transports publics :

- Peu chers et efficaces.
- Permet aux familles d'aller marcher en ville, de se rendre à la plage.
- Permettrait aussi aux enfants de moins dépendre des parents pour se rendre dans les infrastructures sportives.
- Les médecins pensent que cela fonctionne, beaucoup de patients les utilisent.

Interdire le camion vendeur de bonbon à la sortie de l'école :

- Existe encore et exaspère les médecins car il ruine leurs conseils alimentaires.

iv. Prise en compte des parents dans la promotion de l'activité physique (focus group 3)

<u>Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité</u>
<u>Importance de convaincre les parents :</u> - En priorité. - Notamment s'ils ne sont pas sportifs. Ensuite ils vont éduquer leurs enfants. Convaincre les enfants seuls est inutile selon les médecins. - Demander aux parents, lors des courses, de ne pas acheter trop de chocolat, gâteaux, de chips, de coca. S'il en manque à la maison, les enfants ne pourront pas en consommer. C'est une des méthodes les plus efficaces.
<u>Manque d'autorité des parents :</u> - Parfois, les médecins assistent à ce qu'ils appellent le phénomène de « l'enfant roi », c'est-à-dire les enfants qui prennent les décisions quant aux loisirs de la famille, qui n'obéissent jamais aux parents, qui sont livrés à eux-mêmes, avec des loisirs minimums, beaucoup d'activités sédentaires (console de jeu et télévision) et pas d'activités avec les parents. - Un médecin est choqué par le nombre « d'enfants rois. »
<u>Si les parents sont sportifs :</u> - Si famille sportive, les médecins ne parlent jamais d'activité physique.
<u>Lutter contre les croyances erronées des parents :</u> - Mamans qui ont peur d'être des mauvaises mères si leur enfant ne part pas à l'école avec des sucreries ou des biscuits.
<u>Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.</u>
<u>Proposer des séances d'éducation alimentaire aux parents :</u> - Les médecins aimeraient prendre une consultation pour cela, mais il leur manque du temps dans la pratique. - En effet, beaucoup de parents méconnaissent les légumes, ils ne vont pas les cuisiner et donc, pas éduquer leurs enfants à en manger. Cela va se répéter la génération suivante. Même si les parents manquent de temps dans la vie quotidienne, il faut leur expliquer l'importance de ne pas donner des plats tout préparés et ne pas passer souvent au fast-food.
<u>Donner les moyens pour que chaque personne cultive un potager :</u> - Difficilement réalisable en milieu urbain par manque de place.

e) Tableaux de l'analyse du quatrième focus group, Calais, 9 avril 2014, 6 participants

i. Les connaissances des médecins généralistes sur l'activité physique et la prévention de l'obésité (focus group 4)

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.

La promotion de l'activité physique au cabinet de médecine générale :

- Est importante pour tous les médecins.
- Les médecins pensent plus à faire la promotion de l'activité physique chez les enfants obèses que chez les normopondéraux. Ils y pensent facilement chez les asthmatiques, chez les fumeurs mais pas chez le tout-venant, pas chez les personnes pour lesquelles il n'existe pas de fragilité médicale.
- Les médecins généralistes ne vont pas inciter spontanément les enfants à faire de l'activité physique comme ils incitent les adultes dans le cadre de la prévention cardio-vasculaire, et donc y pensent rarement en cas d'enfant normo-pondérale.
- Lorsque les médecins reçoivent en consultation un jeune enfant en surpoids, ils commencent par une enquête alimentaire afin de promulguer des conseils spécifiques. Puis les médecins vont pousser l'interrogatoire sur l'activité physique, et ensuite inciter l'enfant à faire du sport en plus de l'école, pour éviter les moqueries des camarades à l'école. En club, ils semblent mieux encadrés. Par contre, les enfants obèses sont limités dans le choix du sport.
- Quand il s'agit d'un enfant, il faut convaincre deux personnes : le parent (s'il n'est pas convaincu par la pratique d'une activité physique régulière) et l'enfant.
- Les conseils progressifs fonctionnent le mieux, avec des encouragements mais pas les blâmes.
- Un médecin est parfois très accusateur afin de réaliser un électrochoc dans la famille (en insistant sur l'aspect médical.) mais les autres médecins trouvent que c'est contre-productif.
- Les médecins ont constaté des modes selon les années. Par exemple beaucoup de licences de rugby une année, de football l'autre année.
- Lorsque l'on connaît bien la famille, on rentre plus dans les détails, notamment, on comprend plutôt le choix d'un sport particulier pour problème financier, mais c'est rare dans la pratique courante.
- Les médecins ont l'impression qu'une fois les consultations terminées, leurs efforts sont restés vains.

Problème de temps en médecine générale :

- Inciter à faire du sport chez les jeunes les moins motivés demande beaucoup de temps.
- Si la consultation se déroule en pleine épidémie, et qu'il vient pour un autre motif que l'activité physique, les médecins ne vont pas aborder la promotion de l'activité physique. C'est pourquoi la prévention est plus facilement faite en septembre, période la plus calme dans l'agenda des médecins.
- Les médecins ont l'impression de survoler les choses car, dans une même consultation, il peut y avoir plusieurs motifs, donc ils n'ont pas ou peu de temps pour la prévention.
- Un médecin se demande si ce n'est pas une question d'incompétence plutôt que de manque de temps. En effet, après avoir passé une heure à discuter de l'activité physique avec un patient, il lui a semblé être arrivé à ses propres limites (c'est-à-dire avoir abordé toutes les choses qu'il connaît) et à celles du patient aussi (ce qu'il est capable d'accepter).
- Constat d'échec selon un médecin, car il trouve que réaliser une bonne prévention n'est pas possible.

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.

Conseils dans le choix du sport :

- Un médecin pense qu'on a plus de facilité à convaincre les jeunes patients de faire du sport en dehors de l'école, parce qu'ils vont s'acheter de l'équipement comme un vélo, que de faire du sport à l'école, parce qu'ils vont être confronté aux copains donc il va y avoir un défi, une compétition.
- Les médecins peuvent conseiller un peu de vélo ou des ballades avec les copains, car c'est motivant.
- Même promener le chien quand ils veulent vraiment ne pas faire d'activité physique. Le but, c'est de sortir, s'aérer, bouger. Ce sont les derniers conseils si l'enfant ne veut pas faire d'activité physique.
- Un médecin préfère proposer des sports collectifs pour l'épanouissement personnel, pour améliorer la confiance en soi lorsque les enfants n'ont pas d'idée.
- On ne va pas imposer des sports. Il faut trouver des compromis.
- Le rôle du médecin n'est pas de conseiller un sport en particulier, mais de conseiller un sport qui procure du plaisir car il faut être motivé pour pratiquer une activité physique régulière. Les seules fois où un sport spécifique est conseillé est lorsqu'il y a un problème physique.

La rédaction des certificats de contre-indication :

- Les enfants venant en consultation pour un certificat de contre-indication (avis d'inaptitude) à la pratique sportive intriguent les médecins. Ils vont donc approfondir pour connaître les raisons de l'arrêt du sport.
- Généralement ce sont les parents qui viennent en consultation avec leur enfant pour demander ces certificats, suite à des moqueries à la piscine : parfois le début des règles, parfois un risque infectieux sur les verrues plantaires, parfois les risques saisonniers (il va prendre froids à la sortie, c'est l'hiver.)
- Les médecins ne contre-indiquent jamais tous les sports, seulement s'il y a la présence d'une pathologie interdisant un type de sport.
- Par contre, il est arrivé que les médecins rédigent un certificat d'inaptitude chez un enfant mal dans sa peau, car les problèmes psychologiques, c'est délicat. Les médecins parlent donc, dans le certificat, de scoliose ou de problèmes de pied. Mais ils sont toujours rédigés pour une durée limitée.

La pesée et la mesure des enfants en consultation :

- Jusqu'à deux ans, elle est systématique.
- Après deux ans, cela dépend si le carnet de santé est présent, si le médecin n'est pas en retard. Parfois, c'est un jeu avec l'enfant lorsque le médecin l'accueille en disant : « tu as encore grandi », alors l'enfant saute sur la balance !
- La plupart des adolescents et des personnes en surpoids refusent de monter sur la balance, une anorexique aussi...
- Chez certains médecins, la balance est à côté de la porte et est un passage obligé, à chaque consultation, comme un rituel.

Les certificats de non contre-indication :

- Un médecin trouve que le seul avantage trouvé est de revoir les jeunes. Mais il faut insister pour que les jeunes patients se déplacent car ces certificats sont souvent demandés entre deux portes.
- Mais ceux qui viennent chercher un certificat de non contre-indication ne sont pas obèses.
- Un médecin en profite pour parler du sport, des problèmes de dos, et peser et mesurer le patient.

Habitudes dans le Nord/Pas de Calais :

- Dès le plus jeune âge, il y a souvent une mauvaise éducation nutritionnelle. Ils grignotent beaucoup, mangent souvent des frites le midi et le soir, partent à l'école avec un paquet de chips et sans avoir déjeuné, les parents attendent leurs enfants à la sortie avec des petits pains (d'ailleurs, boulangerie à côté de chaque école à Calais). Donc il y a un travail très chronophage à faire pour les médecins.

Conseils dans le choix du sport :

- Un médecin pense qu'on a plus de facilité à les convaincre de faire du sport en dehors de l'école, parce qu'ils vont s'acheter de l'équipement comme un vélo, que de faire du sport à l'école, parce qu'ils vont être confrontés aux copains donc il va y avoir un défi, une compétition.)
- Les médecins peuvent conseiller un peu de vélo ou des ballades avec les copains, car c'est motivant, un partage dans une activité peut amener du plaisir, une émulation.
- Il faut trouver une activité physique plaisante pour l'enfant afin qu'il persiste dans l'activité physique choisie. Le sport à l'école est souvent vécu comme quelque chose de contraignant.
- Même promener le chien quand ils veulent vraiment ne pas faire d'activité physique. Le but, c'est de

sortir, s'aérer. Bouger. Ce sont les derniers conseils si le l'enfant ne veut pas faire d'activité physique.

- Un médecin préfère proposer des sports collectifs pour l'épanouissement personnel, pour améliorer la confiance en soi lorsque les enfants n'ont pas d'idée.
- On ne va pas imposer des sports. Il faut trouver des compromis.

Mesure de l'efficacité des conseils :

- Chez l'enfant : lorsqu'il est souriant en consultation, fier de dire au docteur qu'il a suivi ses conseils, changé ces habitudes. Pas besoin de voir sur la balance, même si c'est un bon moyen de voir l'efficacité, et encourager l'enfant dans ce sens-là.
- Chez l'adolescent : il se fie beaucoup à la balance.

Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité

Favoriser le travail d'équipe :

- C'est l'éducation du patient qui est le plus rentable dans la promotion de l'activité physique, ainsi que la répétition des conseils par plusieurs soignants. Mais il y a un souci de temps en médecine générale. Il faudrait organiser cette prévention en équipe pluridisciplinaire, chaque soignant apportant sa vision propre et répétant parfois les conseils pour que le patient les retienne plus facilement.
- Par exemple dans les maisons médicales avec des médecins généralistes, des infirmiers, des psychologues, des diététiciens, des kinésithérapeutes.
- Car cela ne peut pas être qu'un seul professionnel de santé, « trop lourd » et « trop de temps passé ».

Ajouter des consultations obligatoires qui concerneraient la prévention de l'obésité :

- Il faudrait faire venir en consultation les personnes qui ne viennent pas en consultation de non contre-indication, qui ne pratiquent probablement pas d'activités physiques régulières.

Réévaluer le coût de la consultation de prévention :

- Si on propose aux médecins généralistes d'augmenter le prix de cette consultation, ils pourraient y passer plus de temps.
- Cela est très débattu. Pour certains, augmenter le prix de la consultation peut être une motivation pour aborder plus de choses, avoir plus de temps. Un médecin n'est pas convaincu car, dans sa pratique, même s'il est payé plus, il pense ne jamais pouvoir physiquement dégager le temps nécessaire.

ii. L'adaptation de la promotion de l'activité physique en fonction du patient (focus group 4)

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.

En fonction de l'âge :

- Chez l'enfant, les médecins s'adressent plus aux parents alors que chez l'adolescent, ils pensent qu'il faut directement encourager l'adolescent.
- Pas de régime avant l'adolescence, il faut simplement corriger le comportement alimentaire.
- Les médecins commencent à conseiller le sport vers 5-6 ans, jamais avant. Il y a la baby-gym, la piscine. Mais les médecins avouent ne pas trop y penser car il semble évident pour eux qu'avant cet âge, les enfants se dépense naturellement.
- Le patient adolescent va plus comprendre les risques alors que l'enfant, il fait ce qu'on lui dit. Mais attention aux ados rebelles qui font le contraire de ce que dit le médecin, par exemple qui fument. De plus, contrairement à l'adolescent, l'enfant n'a pas conscience de son poids
- La reprise de l'activité physique, à 12-13 ans, demande un gros effort surtout s'ils l'ont abandonnée parce que l'on s'est moqué d'eux.
- Avant l'adolescence, les médecins encouragent en disant qu'il va grandir lors de sa poussée de croissance, mais sans prendre de poids et donc va retrouver un IMC normal.

Selon le niveau-social :

- Les enfants d'un haut niveau social ont tendance à être normo-pondérale, alors que les enfants d'un bas niveau social ont une prévalence de l'obésité plus importante, mangent plus de frites et de pâtes, moins de légumes.
- Le niveau social n'est pas un obstacle : les enfants d'un haut niveau social ont tendance à faire du tennis et les enfants d'un bas niveau social semble faire plus de football car parfois, c'est le seul moyen d'occuper l'enfant. (plus vrai pour les garçons que pour les filles).
- Parfois, à partir d'un certain niveau socio-économique, les parents vont faire faire du sport, de la musique à leurs enfants, à un rythme trop soutenu, ce qui peut amener à un dégoût, voir des blessures.

Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.

Augmenter l'éducation lorsque les patients sont jeunes :

- Les patients retiennent mieux les informations quand ils sont jeunes. Par exemple, le fils d'un médecin, victime d'une otite qui ne voulait pas prendre des antibiotiques car ce n'est pas automatique !) et lorsque l'information est répétée. Mais les médecins ont l'impression qu'elle a disparu au collège. (par exemple, à l'école, il avait appris les 5 fruits et légumes, les couleurs des aliments pour l'équilibre, et il a oublié ces informations à l'adolescence.)
- Il faudrait donc sensibiliser plus sur l'importance de l'activité physique et de la nutrition lorsqu'ils sont à l'école maternelle, car après, cela semble moins efficace.

- iii. Les outils que possèdent les médecins généralistes pour assurer la promotion de l'activité physique en prévention de l'obésité (focus group 4)

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité 1/2
<u>Disponibilités des infrastructures sportives :</u> - Calais comprend un grand nombre d'infrastructures sportives Les médecins trouvent que c'est une bonne chose car les enfants ne sont pas limité dans le choix de l'activité physique. C'est donc au niveau familial que cela se joue.
<u>Utilisation des courbes de corpulence :</u> - Les médecins en général font rarement la cinétique de la courbe. - Un médecin ne regarde jamais l'Indice de Masse Corporelle. Il trace la courbe de poids et la courbe de taille et intervient s'il apparaît un décalage entre la croissance et la prise de poids. -Le logiciel de gestion de cabinet médical calcule l'Indice de Masse Corporelle directement dès que l'on entre la taille et le poids. - Un médecin a, sur le bureau de l'ordinateur, les courbes de corpulence. Il peut ainsi montrer directement où est l'enfant en consultation lorsqu'il veut une prise de conscience, un électrochoc. En plus, les enfants adorent l'informatique. - Un médecin n'est pas d'accord, il pense que le fait de montrer est accusateur. - Un médecin paramètre son logiciel afin de réaliser une cinétique des courbes pour les analyser. Mais paramétrer l'outil informatique prend du temps et nécessite des compétence parfois. - Lorsqu'ils n'utilisent pas l'outil informatique, les médecins calculent l'IMC seulement lorsqu'ils estiment visuellement que l'enfant est en surpoids.
<u>Utilisation de l'aide du diététicien :</u> - Les diététiciens libéraux sont peu nombreux à Calais et non remboursés. (Donc les médecins donnent les coordonnées, mais les patients ne s'y rendent pas.) - Sauf à l'hôpital, où les patients obèses sont contents des conseils promulgués par les diététiciens hospitaliers. De plus, les honoraires ne sont pas à la charge du patient. A la sortie du patient, on leur propose une poursuite de la prise en charge diététique remboursée. - Utile car ils ont le temps d'apporter des conseils sur le sujet spécifique. Et s'ils répètent les mêmes conseils déjà entendu chez le médecin, cela a un impact fort chez le patient. (« Lorsqu'il y a plusieurs personnes différentes qui disent la même chose, ce n'est peut-être pas que des bêtises. ») - Pour les patients obèses adolescents, les médecins discutent un peu plus, prennent le temps d'avoir des résultats, font beaucoup d'éducation avant d'envoyer consulter un diététicien quand c'est possible. A cet âge, ses habitudes vont conditionner toute sa vie, donc c'est important, et les médecins considèrent l'adolescent capable de prendre en charge son régime alimentaire.
<u>Utilisation de l'aide du pédiatre :</u> - Proposé chez les jeunes avant l'adolescence, lorsque les parents sont inquiets, on peut proposer une consultation chez le pédiatre. - Pour les patients obèses jeunes, les médecins envoient en pédiatrie. - Permet la répétition des conseils, ce qui est le mieux pour qu'une information dure chez les patients.
<u>Utilisation des services hospitaliers spécialisés :</u> - Utilisé par les médecins généralistes en dernier recours, après avoir consulté le pédiatre, le diététicien, etc... - Mais quand l'obésité devient un problème majeur les patients vont directement à l'hôpital. (sans passer par les diététiciens car ils ne sont pas remboursés.) - Les médecins de Calais envoient au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille dans le service de la prise en charges des adolescents en surpoids, car ils trouvent la prise en charge très bonne, mais ils envoient peu de patients finalement.

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité 2/2
<u>Utilisation de l'aide de l'endocrinologue :</u> - Les médecins en ont recours très rarement, pour éliminer une étiologie organique.
<u>Utilisation de l'aide du psychologue :</u> - Rarement car stigmatisant. Si l'enfant est déjà en surpoids, il peut être mal dans sa peau, donc il faut savoir proposer le psychologue sans heurter l'enfant. - Les médecins trouvent que le recours au psychologue est négatif, sauf un médecin qui trouve que cela peut être justifié pour certains patients.
<u>Utilisation de l'aide du kinésithérapeute :</u> - Permet aux enfants obèses de renouer avec l'image corporelle, en se confrontant à leur physique, ainsi que de renouer avec l'activité physique. Souvent, ils refusent de voir leur aspect physique. Là, ils sont obligés grâce aux miroirs. - Mais ce professionnel de santé est souvent oublié par les médecins.
<u>Utilisation de panneaux de liège :</u> - Dans sa salle d'attente, un médecin n'a pas de prospectus, pas de magazine mais des panneaux de liège informatif sur des pathologies médicales qu'il change régulièrement. Une fois rentré en consultation, les questions viennent spontanément des patients. La fabrication de ses panneaux prend du temps, mais le médecin trouve que c'est rentable. - Un autre médecin trouve que c'est du temps gagné dans la consultation. Au lieu de « tirer les vers du nez » du patient, c'est lui-même qui amène le sujet.
<u>Utilisation du carnet de santé :</u> - A partir de l'âge de deux ans, les parents ramènent moins souvent le carnet de santé. donc les médecins sont moins rigoureux sur le remplissage du carnet de santé après deux ans, au niveau des courbes. Les mesures sont dans le logiciel informatique généralement. - Le fait de voir l'évolution sur le carnet de santé est intéressant pour un médecin, souvent lorsqu'ils viennent pour leur vaccin.
<u>Utilisation d'une enquête alimentaire :</u> - premier réflexe pour les médecins pour soigner les patients obèses. - Les médecins trouvent qu'ils n'ont pas le temps d'approfondir, en premier lieu, on va supprimer toutes les boissons sucrées.
<u>Utilisation de l'outil informatique :</u> - Le logiciel de gestion de cabinet médical calcule l'Indice de Masse Corporelle directement dès que l'on entre la taille et le poids. - Un médecin a, sur le bureau de l'ordinateur, les courbes de corpulence. Il peut ainsi montrer directement où est l'enfant en consultation lorsqu'il veut une prise de conscience, un électrochoc. En plus, les enfants adorent l'informatique. - Un médecin n'est pas d'accord, il pense que le fait de montrer est accusateur. - Un médecin paramètre son logiciel afin de réaliser une cinétique des courbes pour les analyser. Mais paramétrer l'outil informatique prend du temps et nécessite des compétences parfois. - Lorsqu'il n'utilise pas l'outil informatique, les médecins calculent l'IMC seulement lorsqu'ils estiment visuellement que l'enfant est en surpoids.

Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.
<u>Améliorer la prise en charge hospitalière :</u> - Pourquoi ne pas prévoir des centres de réadaptation pour l'activité physique, comme pour les patients avec pathologie cardiaque ou respiratoire, en prévention secondaire, voir primaire.
<u>Augmentation du rôle préventif de la CPAM :</u> - Les médecins trouvent que c'est le rôle de l'assurance maladie d'informer, de sensibiliser les patients, mais aussi eux-même. - Améliorer les campagnes de prévention de la sécurité sociale., qu'elle puisse proposer des réunions de formation sur ce sujet-là, avec des médecins du sport, des diététiciens, etc.

iv. Prise en compte des parents dans la promotion de l'activité physique (focus group 4)

Etat des lieux des pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.
<u>Importance de convaincre les parents :</u> - Première chose à faire. - Il faut conduire et rechercher les enfants (deux soirs par semaine pour certains sports) être disponible, payer les équipements, les licences des clubs. Les parents préfèrent se concentrer sur l'avenir de leur enfant (comme la réussite du bac) plutôt que sur l'activité physique. - Lorsque les parents et les enfants sont obèses, les médecins essaient de comprendre le mécanisme qui a conduit à cette obésité. Généralement, ils arrivent à trouver une raison, (un grignotage excessif, des moqueries répétées).
<u>Beaucoup de réticence pour les sports dits « violents » :</u> - Surtout par les mamans. - Par exemple la boxe ou le rugby.
<u>Côté autoritaire des parents :</u> - Parfois, les parents sont trop agressifs avec leur enfants « tu as pris du poids, tu manges trop, tu dois faire attention et faire du sport. » Les médecins modèrent les propos des parents en disant : Ce n'est pas que tu manges trop mais c'est parce que tu ne choisis pas bien tes aliments. » afin que les enfants puissent entendre un discours sans être agressé afin qu'ils adhèrent au soin. En effet, ce type de réflexion pourrait conduire à de graves troubles alimentaires (comme l'anorexie). Exemple d'une patiente de 8 ans, de parents obèses, qui dit en consultation « je ne veux pas grossir. » La mère se reproche de ne pas réussir à maigrir et donc culpabilise son enfant. - Mais à l'inverse, il y a aussi parfois des parents obèses qui se posent des questions pour que leur enfant n'ait pas les mêmes soucis.
<u>Prise en compte des grands-parents :</u> - La garde des enfants s'effectue aussi par les grands parents, c'est une catastrophe car ils n'ont plus le rôle de l'éducateur. Ils sont donc là pour faire plaisir, donc ils donnent des bonbons et autres sucreries toute la journée. - Pour ceux qui ont connu la guerre, il est difficile de faire comprendre le danger de l'obésité.
<u>Manque d'autorité des parents :</u> - Ils se sentent impuissant demandent de l'aide au médecin car les enfants refusent de les écouter.

Suggestions afin d'améliorer les pratiques dans la promotion de l'activité physique dans la prévention de l'obésité.
<u>Intégrer les parents dans la promotion de l'activité physique :</u> - En donnant des astuces pour la vie quotidienne, comme par exemple, faire les courses au supermarché avec son enfant afin de lui apprendre les légumes et les fruits.

REFERENCES

-
- ¹ Serdula MK, Ivery D, Coates RJ, et al. Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Prev Med* 1993;22:167– 77.
- ² Baker JL, Olsen LW, Sorensen TI. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med* 2007;357:2329—37.
- ³ Duclos M, Duché P, Guezennec C-Y, Richard R, Rivière D, Vidalin H. Position de consensus : activité physique et obésité chez l'enfant et chez l'adulte. *Science & Sports*. 2010 Sep;25(4):207–25.
- ⁴ HAS. Reco2clics : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 34 pages. Page consultée le 03/10/2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_enfant_adolescent.pdf
- ⁵ Ministère de la santé et des solidarités. Deuxième Programme national nutrition santé, 2006-2010. Actions et mesures. Septembre 2006. 51 pages.
- ⁶ Reilly JJ, Dorosty AR. Epidemic of obesity in UK children. *Lancet*. 1999 Nov 27;354(9193):1874–5.
- ⁷ Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Plan Obésité 2010 2013. juillet 2011. 47 pages.
- ⁸ OMS. Promouvoir l'activité physique au service de la santé : cadre d'action dans la Région européenne de l'OMS. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité. Sept 2006. 41 pages.
- ⁹ Hills AP, King NA, Armstrong TP. The contribution of physical activity and sedentary behaviours to the growth and development of children and adolescents: implications for overweight and obesity. *Sports Med* 2007;37:533—45.
- ¹⁰ Kimm SY, Glynn NW, Obarzanek E, Kriska AM, Daniels SR, Barton BA, et al. Relation between the changes in physical activity and body-mass index during adolescence: a multicentre longitudinal study. *Lancet* 2005;366:301—7.
- ¹¹ General USPHSO of the S. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General [Internet]. S/N 017-023-00196-5. 1996 [cited 2014 Jan 14]. Available from: <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/ResourceMetadata/NNBBHB>
- ¹² DUBOT-GUAIS Pascale, La prévention de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent. Thèse de doctorat en Médecine. Rouen : Université de Rouen, 2005, 156 p. (ou Obésité de l'enfant et de l'adulte. Cahier de nutrition et diététique. 2001;36:63- 72)
- ¹³ Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998;101:518 –25.
- ¹⁴ U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001. [Available from: U.S. GPO, Washington.]

-
- ¹⁵ Warburton DER. Health benefits of physical activity: the evidence. Canadian Medical Association Journal. 2006 Mar 14;174(6):801–9.
- ¹⁶ Duclos M, Duché P, Guezennec C-Y, Richard R, Rivière D, Vidalin H. Position de consensus : activité physique et obésité chez l'enfant et chez l'adulte. Science & Sports. 2010 Sep;25(4):207–25.
- ¹⁷ HAS. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations pour la pratique clinique. In Site de l' HAS. *en ligne+. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1100688 . (Page consultée le 07/10/2011)
- ¹⁸ Cole et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000;320(7244):1240-3.)
- ¹⁹ HAS. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations pour la pratique clinique. In Site de l' HAS. *en ligne+. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1100688 . (Page consultée le 07/10/2011)
- ²⁰ Jiménez-Pavón D, Konstabel K, Bergman P, Ahrens W, Pohlabein H, Hadjigeorgiou C, et al. Physical activity and clustered cardiovascular disease risk factors in young children: a cross-sectional study (the IDEFICS study). BMC Medicine. 2013;11(1):172.
- ²¹ Association of physical activity with insulin sensitivity in children. , Published online: 27 September 2002; | doi:101038/sj.ijo0802137 [Internet]. 2002 Sep 27 [cited 2014 May 7];26(10). Available from: <http://www.nature.com.doc-distant.univ-lille2.fr/ijo/journal/v26/n10/full/0802137a.html>
- ²² Tounian P, Aggoun Y, Dubern B, Varille V, Guy-Grand B, Sidi D, et al. Presence of increased stiffness of the common carotid artery and endothelial dysfunction in severely obese children: a prospective study. The Lancet. 2001 Oct 27;358(9291):1400–4. A VERIFIER !!!
- ²³ Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APOP). Activité physique et obésité : bases pour une prescription. In : Ministère de la santé et des solidarités [en ligne]. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_obesite-2.pdf (Page consultée le 01/10/2011)
- ²⁴ Baranowski T, Bouchard C, Bar-Or O, et al. Assessment, prevalence, and cardiovascular benefits of physical activity and fitness in youth. Med Set Sports Exerc 1992;24:S237-S247.
- ²⁵ Timperio A, Salmon J, Ball K. Evidence-based strategies to promote physical activity among children, adolescents and young adults: review and update. Journal of Science and Medicine in Sport. 2004 Apr;7(1, Supplement 1):20–9.
- ²⁶ Wing RR. Physical activity in the treatment of the adulthood overweight and obesity: current evidence and research issues. Med Sci Sports Exerc 1999;31:S547—52.
- ²⁷ Epstein LH, Goldfield GS. Physical activity in the treatment of childhood overweight and obesity: current evidence and research issues. Med Sci Sports Exerc 1999;31:S553—9.
- ²⁸ Duclos M, Duché P, Guezennec C-Y, Richard R, Rivière D, Vidalin H. Position de consensus : activité physique et obésité chez l'enfant et chez l'adulte. Science & Sports. 2010 Sep;25(4):207–25.

²⁹ Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APOP). Activité physique et obésité : bases pour une prescription. In : Ministère de la santé et des solidarités [en ligne]. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_obesite-2.pdf (Page consultée le 01/10/2011)

³⁰ INVS. Étude nationale nutrition santé 2006, décembre 2007, 77p.

³¹ Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APOP). Activité physique et obésité de l'enfant : bases pour une prescription adaptée. In : Ministère de la santé et des solidarités [en ligne]. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_obesite-2.pdf (Page consultée le 01/10/2011).

³² Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APOP). Activité physique et obésité de l'enfant : bases pour une prescription adaptée. In : Ministère de la santé et des solidarités [en ligne]. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_obesite-2.pdf (Page consultée le 01/10/2011)

³³ Booth SL, Sallis JF, Ritenbaugh C, Hill JO, Birch LL, Frank LD, et al. Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: rationale, influences, and leverage points. *Nutr Rev.* 2001 Mar;59(3 Pt 2):S21–39; discussion S57–65.

³⁴ INVS. Étude nationale nutrition santé 2006, décembre 2007, 77p.

³⁵ Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APOP). Activité physique et obésité : bases pour une prescription. In : Ministère de la santé et des solidarités [en ligne]. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_obesite-2.pdf (Page consultée le 23/11/2012).

³⁶ INVS. Étude nationale nutrition santé 2006, décembre 2007, 77p.

³⁷ Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APOP). Activité physique et obésité : bases pour une prescription. In : Ministère de la santé et des solidarités [en ligne]. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_obesite-2.pdf (Page consultée le 23/11/2012).

³⁸ INVS. Étude nationale nutrition santé 2006, décembre 2007, 77p.

³⁹ Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APOP). Activité physique et obésité : bases pour une prescription. In : Ministère de la santé et des solidarités [en ligne]. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_obesite-2.pdf (Page consultée le 23/11/2012).

⁴⁰ Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APOP). Activité physique et obésité de l'enfant : bases pour une prescription adaptée. In : Ministère de la santé et des solidarités [en ligne]. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_obesite-2.pdf (Page consultée le 01/10/2011)

⁴¹ Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APOP). Activité physique et obésité de l'enfant : bases pour une prescription adaptée. In : Ministère de la santé et des solidarités [en ligne]. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_obesite-2.pdf (Page consultée le 01/10/2011)

⁴² Viner RM, Cole TJ. « Who Changes Body Mass between Adolescence and Adulthood ? Factors Predicting Change in BMI between 16 Years and 30 Years in the 1970 British Birth Cohort », International Journal of Obesity, 30, 1368-1374, 2006.

⁴³ HAS. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations pour la pratique clinique. In Site de l' HAS. 44 pages. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1100688 . (Page consultée le 07/10/2011).

⁴⁴ HAS. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations pour la pratique clinique. In Site de l' HAS. 44 pages. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1100688 . (Page consultée le 07/10/2011).

⁴⁵ HAS. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations pour la pratique clinique. In Site de l' HAS. 44 pages. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1100688 . (Page consultée le 07/10/2011).

⁴⁶ Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. Rev du Prat MG#; 18#: 382-384.

⁴⁷ Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. Rev du Prat MG#; 18#: 382-384.

⁴⁸ Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. Rev du Prat MG#; 18#: 382-384.

⁴⁹ Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. Rev du Prat MG#; 18#: 382-384.

⁵⁰ Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. Rev du Prat MG#; 18#: 382-384.

⁵¹ Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. Rev du Prat MG#; 18#: 382-384.

⁵² Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. Rev du Prat MG#; 18#: 382-384.

⁵³ Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. Rev du Prat MG#; 18#: 382-384.

⁵⁴ Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 3rd edition. Thousand Oaks-London-New Delhi : Sage publications, 2000 : 125-55 ; 195-206.

⁵⁵ Colette Baribeau. Analyse des données des entretiens de groupe. Recherches qualitatives, 2009, Vol. 28(1), pp. 133-148.

⁵⁶ Kohler Anne. Perceptions de la relation patient-médecin par les médecins généralistes remplaçants recherche qualitative par la méthode des focus groups. Médecine générale. Université de Strasbourg. 2010. 156 pages

⁵⁷ Barlow SE, Dietz WH. Obesity evaluation and treatment: expert committee recommendations. Pediatrics 1998; 102: E29.

⁵⁸ Gibson P, Edmunds L, Haslam DW, Poskitt E. An approach to Weight Management in Children and Adolescents (2–18 years) in Primary Care. J. Fam. Health Care 2002; 12: 108–9.

⁵⁹ National Health and Medical Research Council. Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents. Canberra: Commonwealth of Australia, 2003.

⁶⁰ HAS. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations pour la pratique clinique. In Site de l' HAS. *en ligne+. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1100688 . (Page consultée le 07/10/2011)

⁶¹ Hodgson C, Feldman W, Corber S, Quinn A. Adolescent health needs. II: Utilization of health care by adolescents. Adolescence. 1986;21(82):383–90.

⁶² Marks A, Malizio J, Hoch J, Brody R, Fisher M. Assessment of health needs and willingness to utilize health care resources of adolescents in a suburban population. J Pediatr. 1983 Mar;102(3):456–60.

⁶³ Saelens BE, Sallis JF, Wilfley DE, Patrick K, Cella JA, Buchta R. Behavioral weight control for overweight adolescents initiated in primary care. Obes Res. 2002 Jan;10(1):22–32.

⁶⁴ Taveras EM, Sobol AM, Hannon C, Finkelstein D, Wiecha J, Gortmaker SL. Youths' Perceptions of Overweight-related Prevention Counseling at a Primary Care Visit. Obesity. 2007 Apr 1;15(4):831–6.

⁶⁵ L. Machard, Rapport aux ministres des sports et de la famille « Sport, adolescence et famille » novembre 2003. 279 pages. Disponible sur <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000653/0000.pdf>.

⁶⁶ Baranowski T, Bouchard C, Bar-Or O, Bricker T, Heath G, Kimm SY, et al. Assessment, prevalence, and cardiovascular benefits of physical activity and fitness in youth. Med Sci Sports Exerc. 1992 Jun;24(6 Suppl):S237–247.

⁶⁷ U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon general. Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

⁶⁸ Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APOP). Activité physique et obésité : bases pour une prescription. In : Ministère de la santé et des solidarités [en ligne]. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_obesite-2.pdf (Page consultée le 01/10/2011)

⁶⁹ Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APOP). Activité physique et obésité : bases pour une prescription. In : Ministère de la santé et des solidarités [en

ligne]. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_obesite-2.pdf (Page consultée le 01/10/2011)

⁷⁰ Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (APOP). Activité physique et obésité : bases pour une prescription. In : Ministère de la santé et des solidarités [en ligne]. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_obesite-2.pdf (Page consultée le 01/10/2011)

⁷¹ INVS. Étude nationale nutrition santé 2006, décembre 2007, 77p.

⁷² Guo SS, Roche AF, Chumlea WC, Gardner JD, Siervogel RM. The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35 y. *Am J Clin Nutr*. 1994 Apr 1;59(4):810–9.

⁷³ Troiano RP, Flegal KM. Overweight Children and Adolescents: Description, Epidemiology, and Demographics. *Pediatrics*. 1998 Mar 1;101(Supplement 2):497–504.

⁷⁴ Harlan WR. Epidemiology of Childhood Obesity. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1993 Oct 1;699(1):1–5.

⁷⁵ Gittner LS, Ludington-Hoe SM, Haller HS. Utilising infant growth to predict obesity status at 5 years. *J Paediatr Child Health*. 2013 Jul 1;49(7):564–74.

⁷⁶ Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44.

⁷⁷ M.F. Rolland-Cachera, M. Deheeger, F. Bellisle, et al. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity *Am J Clin Nutr*, 39 (1984), pp. 129–135

⁷⁸ M. Rolland-Cachera, M. Deheeger, M. Maillot, et al. Early adiposity rebound: causes and consequences for obesity in children and adults *Int J Obes*, 30 (Suppl 4S) (2006), pp. S11–S17

⁷⁹ Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44.

⁸⁰ Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44.

⁸¹ Sobko T, Svensson V, Ek A, Ekstedt M, Karlsson H, Johansson E, et al. A randomised controlled trial for overweight and obese parents to prevent childhood obesity - Early STOPP (STockholm Obesity Prevention Program). *BMC Public Health*. 2011 May 18;11(1):336.

⁸² Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD001871.

⁸³ Snell EK, Adam EK, Duncan GJ: Sleep and the body mass index and overweight status of children and adolescents. *Child Dev* 2007, 78(1):309-323.

⁸⁴ Patel SR, Hu FB: Short sleep duration and weight gain: a systematic review. *Obesity (Silver Spring)* 2008, 16(3):643-653.

-
- ⁸⁵ Taveras EM, Rifas-Shiman SL, Oken E, Gunderson EP, Gillman MW: Short sleep duration in infancy and risk
- ⁸⁶ White A, O'Brien B, Houlihan T, Darker C, O'Shea B. Childhood obesity: parents fail to recognise, general practitioners fail to act. *Ir Med J.* 2012 Jan;105(1):10–3.
- ⁸⁷ Park MH, Falconer CL, Saxena S, Kessel AS, Croker H, Skow Á, et al. Perceptions of health risk among parents of overweight children: A cross-sectional study within a cohort. *Preventive Medicine.* 2013 Jul;57(1):55–9.
- ⁸⁸ Maron BJ, Thompson PD, Ackerman MJ, et al. Recommendations and Considerations Related to reparticipation Screening for Cardiovascular Abnormalities in Competitive Athletes: 2007 Update A Scientific Statement From the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism: Endorsed by the American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 2007;115:1643–55. Disponible sur: <http://circ.ahajournals.org/content/115/12/1643>.
- ⁸⁹ Collège national des généralistes enseignants. Visite de non contre-indication à la pratique du sport en compétition chez les sujets âgés de 12 à 35 ans : rien de nouveau depuis septembre 2012. 2014 Mar 31 [cited 2014 Sep 26]; Available from: http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/visite_de_non_contre_indication_la_pratique_du_spo/
- ⁹⁰ Corrado D, Pelliccia A, Bjørnstad HH, Vanhees L, Biffi A, Borjesson M, et al. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol Consensus Statement of the Study Group of Sport Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2005 Mar 1;26(5):516–24.
- ⁹¹ Collège national des généralistes enseignants. Visite de non contre-indication à la pratique du sport en compétition chez les sujets âgés de 12 à 35 ans : rien de nouveau depuis septembre 2012. 2014 Mar 31 [cited 2014 Sep 26]; Available from: http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/visite_de_non_contre_indication_la_pratique_du_spo/
- ⁹² Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44 pages.
- ⁹³ Rapport aux ministres des sports et de la famille « Sport, adolescence et famille » L. Machard, novembre 2003 Disponible sur <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000653/0000.pdf>
- ⁹⁴ Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44.
- ⁹⁵ Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44 pages.
- ⁹⁶ Cheng JK, Wen X, Coletti KD, Cox JE, Taveras EM. 2-Year BMI Changes of Children Referred for Multidisciplinary Weight Management. *International Journal of Pediatrics.* 2014 Jan 30;2014:e152586.
- ⁹⁷ Rapport aux ministres des sports et de la famille « Sport, adolescence et famille » L. Machard,

novembre 2003 Disponible sur
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000653/0000.pdf>

⁹⁸ Huurre T, Aro H, Rahkonen O: Well-being and health behaviour by parental socioeconomic status: a follow-up study of adolescents aged 16 until age 32 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003, 38:249-255.

⁹⁹ Bergstrom Hernell O, Persson LA: Cardiovascular risk indicators cluster in girls from families of low socio-economic status. *Acta Paediatr* 1996, 85:1083-1090.

¹⁰⁰ Sundquist J, Malmström M, Johansson S-E: Cardiovascular risk levels and the neighbourhood environment: a multilevel analysis. *Int J Epidemiol* 1999, 28:841-845.

¹⁰¹ Janssen I, Boyce WF, Simpson K, Pickett W: Influence of individual- and area-level measures of socioeconomic status on obesity, unhealthy eating, and physical inactivity in Canadian adolescents. *Am J Clin Nutr* 2006, 83:139-145.

¹⁰² Lioret S, Maire B, Volatier JL, Charles MA: Child overweight in France and its relationship with physical activity, sedentary behaviour and socioeconomic status. *Eur J Clin Nutr* 2007, 61:509-516.

¹⁰³ Ferreira I, Horst K van der, Wendel-Vos W, Kremers S, van Lenthe FJ, Brug J: Environmental correlates of physical activity in youth - a review and update. *Obes Rev* 2007, 8:129-154.

¹⁰⁴ Maher CA, Olds CS: Minutes, MET-minutes, and METs: Unpacking socioeconomic gradients in physical activity in adolescents. *J Epidemiol Community Health* in press.

¹⁰⁵ Drenowatz C, Eisenmann JC, Pfeiffer KA, Welk G, Heelan K, Gentile D, et al. Influence of socio-economic status on habitual physical activity and sedentary behavior in 8- to 11-year old children. *BMC Public Health*. 2010 Apr 27;10(1):214.

¹⁰⁶ Drass Nord-Pas de Calais. Nutrition, revenus et insécurité alimentaire en Nord-Pas de Calais. Mars 2010. 16 pages.

¹⁰⁷ CMU.fr. CMU complémentaire. Page consultée le 03/10/2014. Disponible sur :
<http://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>

¹⁰⁸ CMU.fr. Vous êtes étranger en situation irrégulière ? Page consultée le 03/10/2014. Disponible sur : http://www.cmu.fr/vous_etes_etranger_en_situation_irreguliere.php

¹⁰⁹ Rapport aux ministres des sports et de la famille « Sport, adolescence et famille » L. Machard,

novembre 2003 Disponible sur
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000653/0000.pdf>

¹¹⁰ Drass Nord-Pas de Calais. Nutrition, revenus et insécurité alimentaire en Nord-Pas de Calais. Mars 2010. 16 pages.

¹¹¹ INVS. Étude nationale nutrition santé 2006, décembre 2007, 77p.

¹¹² Rapport aux ministres des sports et de la famille « Sport, adolescence et famille » L. Machard,

novembre 2003 Disponible sur
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000653/0000.pdf>

¹¹³ Rapport aux ministres des sports et de la famille « Sport, adolescence et famille » L. Machard,

novembre 2003 Disponible sur
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000653/0000.pdf>

¹¹⁴ Hodgson C, Feldman W, Corber S, Quinn A. Adolescent health needs. II: Utilization of health care by adolescents. *Adolescence*. 1986;21(82):383–90.

¹¹⁵ Ziviani J, Wadley D, Ward H, Macdonald D, Jenkins D, Rodger S. A place to play: socioeconomic and spatial factors in children's physical activity. *Aust Occup Ther J*. 2008 Mar;55(1):2–11.

¹¹⁶ Machado-Rodrigues AM, Santana A, Gama A, Mourão I, Nogueira H, Rosado V, et al. Parental perceptions of neighborhood environments, BMI, and active behaviors in girls aged 7–9 years. *Am J Hum Biol*. 2014 Sep 10;26(5):670–5.

¹¹⁷ Chase MA. Children's Self-Efficacy, Motivational Intentions, and Attributions in Physical Education and Sport. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 2001 Mar 1;72(1):47–54.

¹¹⁸ Dadvand P, Villanueva CM, Font-Ribera L, Martinez D, Basagaña X, Belmonte J, et al. Risks and Benefits of Green Spaces for Children: A Cross-Sectional Study of Associations with Sedentary Behavior, Obesity, Asthma, and Allergy. *Environ Health Perspect*. 2014 Aug 26;

¹¹⁹ Gutiérrez-Zornoza M, Sánchez-López M, García-Hermoso A, González-García A, Chillón P, Martínez-Vizcaíno V. Active Commuting to School, Weight Status, and Cardiometabolic Risk in Children From Rural Areas: The Cuenca Study. *Health Educ Behav*. 2014 Sep 16;

¹²⁰ Drass Nord-Pas de Calais. Nutrition, revenus et insécurité alimentaire en Nord-Pas de Calais. Mars 2010. 16 pages.

¹²¹ Drass Nord-Pas de Calais. Nutrition, revenus et insécurité alimentaire en Nord-Pas de Calais. Mars 2010. 16 pages.

¹²² Wehrly SE, Bonilla C, Perez M, Liew J. Controlling parental feeding practices and child body composition in ethnically and economically diverse preschool children. *Appetite*. 2014 Feb 1;73:163–71.

¹²³ Visram S, Hall TD, Geddes L. Getting the balance right: qualitative evaluation of a holistic weight management intervention to address childhood obesity. *J Public Health*. 2013 Jun 1;35(2):246–54.

¹²⁴ Quattrin T, Roemmich JN, Paluch R, Yu J, Epstein LH, Ecker MA. Treatment Outcomes of Overweight Children and Parents in the Medical Home. *Pediatrics*. 2014 Aug 1;134(2):290–7.

¹²⁵ Brownell KD, Kelman JH, Stunkard AJ. Treatment of obese children with and without their mothers: changes in weight and blood pressure. *Pediatrics*. 1983 Apr;71(4):515–23.

¹²⁶ Saxena S, Lavery AA. Confronting child obesity in primary care. *British Journal of General Practice*. 2014 Jan 1;64(618):10–1.

-
- ¹²⁷ Falconer C, Park MH, Skow A, et al. Scoping the impact of the national child measurement programme feedback on the child obesity pathway: study protocol. *BMC Public Health* 2012; 12: 783. DOI:10.1186/1471-2458-12-783.
- ¹²⁸ O'Shea B, Ladewig EL, Kelly A, Reulbach U, O'Dowd T. Weighing children; parents agree, but GPs conflicted. *Arch Dis Child*. 2014 Jun;99(6):543–5.
- ¹²⁹ Heelan KA, Donnelly JE, Jacobsen DJ, Mayo MS, Washburn R, Greene L. Active commuting to and from school and BMI in elementary school children – preliminary data. *Child: Care, Health and Development*. 2005 May 1;31(3):341–9.
- ¹³⁰ Gutiérrez-Zornoza M, Sánchez-López M, García-Hermoso A, González-García A, Chillón P, Martínez-Vizcaíno V. Active Commuting to School, Weight Status, and Cardiometabolic Risk in Children From Rural Areas: The Cuenca Study. *Health Educ Behav*. 2014 Sep 16;
- ¹³¹ Machado-Rodrigues AM, Santana A, Gama A, Mourão I, Nogueira H, Rosado V, et al. Parental perceptions of neighborhood environments, BMI, and active behaviors in girls aged 7–9 years. *Am J Hum Biol*. 2014 Sep 10;26(5):670–5.
- ¹³² Santiago-Torres M, Adams AK, Carrel AL, LaRowe TL, Schoeller DA. Home Food Availability, Parental Dietary Intake, and Familial Eating Habits Influence the Diet Quality of Urban Hispanic Children. *Childhood Obesity* [Internet]. 2014 Sep 26 [cited 2014 Sep 30]; Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/chi.2014.0051>
- ¹³³ Saxena S, Lavery AA. Confronting child obesity in primary care. *British Journal of General Practice*. 2014 Jan 1;64(618):10–1.
- ¹³⁴ Erkelenz N, Kobel S, Kettner S, Drenowatz C, Steinacker JM, Research Group “Join the Healthy Boat – Primary School.” Parental Activity as Influence on Children's BMI Percentiles and Physical Activity. *J Sports Sci Med*. 2014 Sep;13(3):645–50.
- ¹³⁵ Lee H-S, Duffey KJ, Kim C-I, Popkin BM. The relationship between family and child weight status by household structure in South Korea: 2007-2010. *Nutr Diabetes*. 2013;3:e73.
- ¹³⁶ Story M, Nannery MS, Schwartz MB. Schools and Obesity Prevention: Creating School Environments and Policies to Promote Healthy Eating and Physical Activity. *Milbank Quarterly*. 2009 Mar 1;87(1):71–100..
- ¹³⁷ White A, O'Brien B, Houlihan T, Darker C, O'Shea B. Childhood obesity: parents fail to recognise, general practitioners fail to act. *Ir Med J*. 2012 Jan;105(1):10–3.
- ¹³⁸ Park MH, Falconer CL, Saxena S, et al. Perceptions of health risk among parents of overweight children: a cross-sectional study within a cohort. *Prev Med* 2013; 57(1): 55–59.
- ¹³⁹ Wake M, Salmon L, Waters E, Wright M, Hesketh K. Parent-reported health status of overweight and obese Australian primary school children: a cross-sectional population survey. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002 May;26(5):717–24.
- ¹⁴⁰ Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>. (Page consultée le 07/10/2014)

-
- ¹⁴¹ Li B, Adab P, Cheng KK. Family and Neighborhood Correlates of Overweight and Obesogenic Behaviors Among Chinese Children. *IntJ Behav Med*. 2014 Aug 1;21(4):700–9.
- ¹⁴² Pulgarón ER, Patiño-Fernández AM, Sanchez J, Carrillo A, Delamater AM. Hispanic children and the obesity epidemic: exploring the role of abuelas. *Fam Syst Health*. 2013 Sep;31(3):274–9.
- ¹⁴³ Dorsey KB, Wells C, Krumholz HM, Concato JC. Diagnosis, evaluation, and treatment of childhood obesity in pediatric practice. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005 Jul 1;159(7):632–8.
- ¹⁴⁴ Goldman RD, Modan-Moses D, Bujanover Y, Glasser S, Meyerovitch J. Physicians' attitude toward identification and management of childhood obesity in Israel. *Clin Pediatr (Phila)*. 2004 Oct;43(8):737–41.
- ¹⁴⁵ O'Shea B, Ladewig EL, Kelly A, Reulbach U, O'Dowd T. Weighing children; parents agree, but GPs conflicted. *Arch Dis Child*. 2014 Jun;99(6):543–5.
- ¹⁴⁶ Patel AI, Madsen KA, Maselli JH, Cabana MD, Stafford RS, Hersh AL. Underdiagnosis of pediatric obesity during outpatient preventive care visits. *Acad Pediatr*. 2010 Dec;10(6):405–9.
- ¹⁴⁷ Gerner B, McCallum Z, Sheehan J, Harris C, Wake M. Are general practitioners equipped to detect child overweight/obesity? Survey and audit. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2006 Apr 1;42(4):206–11.
- ¹⁴⁸ O'Shea B, Ladewig EL, Kelly A, Reulbach U, O'Dowd T. Weighing children; parents agree, but GPs conflicted. *Arch Dis Child*. 2014 Jun;99(6):543–5.
- ¹⁴⁹ Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44 pages.
- ¹⁵⁰ Stéphanie Leroux, Utilisation de la courbe de corpulence dans le dépistage de l'obésité infantile en médecine générale [Thèse d'exercice]. [[S.l.]]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2008.
- ¹⁵¹ Sesselberg TS, Klein JD, O'Connor KG, Johnson MS. Screening and Counseling for Childhood Obesity: Results from a National Survey. *J Am Board Fam Med*. 2010 May 1;23(3):334–42.
- ¹⁵² Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44 pages.
- ¹⁵³ Johnson A, Sandford J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. *Health Educ Res*. 2005 Aug 1;20(4):423–9.
- ¹⁵⁴ Duburcq A, Courouve L, Vanhaverneke. Évaluation du carnet de sante n°cerfa 12593*01 (modele en vigueur depuis le 1er janvier 2006). CEMKA-EVAL. 2010. 47 pages.
- ¹⁵⁵ Simkin-Silverman LR, Wing RR. Management of obesity in primary care. *Obes Res*. 1997 Nov;5(6):603–12.
- ¹⁵⁶ Wake MA, McCallum Z. Secondary prevention of overweight in primary school children: what place for general practice? *Med J Aust [Internet]*. 2004 [cited 2014 Sep 26];181(2). Available from:

<https://www.mja.com.au/journal/2004/181/2/secondary-prevention-overweight-primary-school-children-what-place-general>

¹⁵⁷ He M, Piché L, Clarson CL, Callaghan C, Harris SB. Childhood overweight and obesity management: A national perspective of primary health care providers' views, practices, perceived barriers and needs. *Paediatrics & Child Health*. 2010 Sep;15(7):419.

¹⁵⁸ Abeysekara P, Turchi R, O'Neil M. Obesity and children with special healthcare needs: special considerations for a special population. *Current Opinion in Pediatrics*. 2014 Aug;26(4):508–15.

¹⁵⁹ Henderson KE, Grode GM, Middleton AE, Kenney EL, Falbe J, Schwartz MB. Validity of a Measure to Assess the Child-Care Nutrition and Physical Activity Environment. *Journal of the American Dietetic Association*. 2011 Sep;111(9):1306–13.

¹⁶⁰ Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44.

¹⁶¹ Raaff C, Glazebrook C, Wharrad H. Dietitians' perceptions of communicating with preadolescent, overweight children in the consultation setting: the potential for e-resources. *J Hum Nutr Diet*. 2014 May 1;n/a–n/a.

¹⁶² Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44 pages.

¹⁶³ Sesselberg TS, Klein JD, O'Connor KG, Johnson MS. Screening and Counseling for Childhood Obesity: Results from a National Survey. *J Am Board Fam Med*. 2010 May 1;23(3):334–42.

¹⁶⁴ He M, Piché L, Clarson CL, Callaghan C, Harris SB. Childhood overweight and obesity management: A national perspective of primary health care providers' views, practices, perceived barriers and needs. *Paediatrics & Child Health*. 2010 Sep;15(7):419.

¹⁶⁵ Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44 pages.

¹⁶⁶ Insee. Médecins suivant le statut et la spécialité en 2014. Site disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102. (Page consultée le 02/10/2014.)

¹⁶⁷ Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44.

¹⁶⁸ Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44.

¹⁶⁹ Sheslow D, Hassink S, Wallace W, et al. The relationship between self-esteem and depression in obese children. *Ann N Y Acad Sci*. 1993; 699:289–291

¹⁷⁰ Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44 pages.

¹⁷¹ Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44 pages.

-
- ¹⁷² Schlessman AM, Martin K, Ritzline PD, Petrosino CL. The role of physical therapists in pediatric health promotion and obesity prevention: comparison of attitudes. *Pediatr Phys Ther.* 2011;23(1):79–86.
- ¹⁷³ Dwyer G, Baur L, Higgs J, Hardy L. Promoting Children's Health and Well-Being: Broadening the Therapy Perspective. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2009 Jan 1;29(1):27–43.
- ¹⁷⁴ Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44 pages.
- ¹⁷⁵ Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44 pages.
- ¹⁷⁶ Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. 2011 Sep;44 pages.
- ¹⁷⁷ Haubenstricker J, Seefeldt V: Acquisition of motor skills during childhood. In *Physical Activity and Well-Being*. Reston: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance; 1986:41–92.
- ¹⁷⁸ Clark JE, Metcalfe JS: The mountain of motor development: A metaphor. Reston: NASPE publications. National Association for Sport and Physical Education; 2002.
- ¹⁷⁹ Haubenstricker J, Seefeldt V: Acquisition of motor skills during childhood. In *Physical Activity and Well-Being*. Reston: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance; 1986:41–92.
- ¹⁸⁰ Clark JE, Metcalfe JS: The mountain of motor development: A metaphor. Reston: NASPE publications. National Association for Sport and Physical Education; 2002.
- ¹⁸¹ Zask A, Barnett LM, Rose L, Brooks LO, Molyneux M, Hughes D, et al. Three year follow-up of an early childhood intervention: is movement skill sustained? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity.* 2012 Oct 22;9(1):127.
- ¹⁸² Story M, Nannery MS, Schwartz MB. Schools and Obesity Prevention: Creating School Environments and Policies to Promote Healthy Eating and Physical Activity. *Milbank Quarterly.* 2009 Mar 1;87(1):71–100.
- ¹⁸³ Clarke J, Fletcher B, Lancashire E, Pallan M, Adab P. The views of stakeholders on the role of the primary school in preventing childhood obesity: a qualitative systematic review. *Obes Rev.* 2013 Dec 1;14(12):975–88.
- ¹⁸⁴ Clarke J, Fletcher B, Lancashire E, Pallan M, Adab P. The views of stakeholders on the role of the primary school in preventing childhood obesity: a qualitative systematic review. *Obes Rev.* 2013 Dec 1;14(12):975–88.
- ¹⁸⁵ Saxena S, Lavery AA. Confronting child obesity in primary care. *British Journal of General Practice.* 2014 Jan 1;64(618):10–1.
- ¹⁸⁶ Datta AK, Jackson V, Nandkumar R, Sproat J, Zhu W, Krahling H. CHOIS: enabling grid technologies for obesity surveillance and control. *Stud Health Technol Inform.* 2010;159:191–202.

-
- ¹⁸⁷ Andreassen HK, Bujnowska-Fedak MM, Chronaki CE, Dumitru RC, Pudule I, Santana S, et al. European citizens' use of e-health services: a study of seven countries. *BMC Public Health*. 2007;7:53.
- ¹⁸⁸ Lauterbach C. Exploring the usability of e-health websites. *Usability News*. 2010;12 [cited 15 Dec 2013]. Available from: <http://psychology.wichita.edu/surl/usabilitynews/122/ehealth.asp>.
- ¹⁸⁹ Sousa P, Fonseca H, Gaspar P, Gaspar F. Usability of an internet-based platform (Next.Step) for adolescent weight management. *Jornal de Pediatria* [Internet]. [cited 2014 Sep 25]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755714001272>
- ¹⁹⁰ Sousa P, Fonseca H, Gaspar P, Gaspar F. Usability of an internet-based platform (Next.Step) for adolescent weight management. *Jornal de Pediatria* [Internet]. [cited 2014 Sep 25]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755714001272>
- ¹⁹¹ Reed VA, Schifferdecker KE, Rezaee ME, O'Connor S, Larson RJ. The effect of computers for weight loss: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *J Gen Intern Med*. 2012;27:99--108.
- ¹⁹² Trost SG, Sundal D, Foster GD, Lent MR, Vojta D. Effects of a pediatric weight management program with and without active video games: A randomized trial. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2014 Mar 3 [cited 2014 Mar 20]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.3436>
- ¹⁹³ Reisch LA, Gwozdz W, Barba G, De Henauw S, Lascorz N, Pigeot I. Experimental Evidence on the Impact of Food Advertising on Children's Knowledge about and Preferences for Healthful Food. *Journal of Obesity*. 2013 Apr 17;2013:e408582.
- ¹⁹⁴ Johnson A, Sandford J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. *Health Educ Res*. 2005 Aug 1;20(4):423--9.
- ¹⁹⁵ Hodgson C, Feldman W, Corber S, Quinn A. Adolescent health needs. II: Utilization of health care by adolescents. *Adolescence*. 1986;21(82):383--90.
- ¹⁹⁶ Banks J, Sharp DJ, Hunt LP, Shield JP. Evaluating the transferability of a hospital based childhood obesity clinic to primary care : a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2012; DOI: 10.3399/bjgp12X616319.
- ¹⁹⁷ He M, Piché L, Clarson CL, Callaghan C, Harris SB. Childhood overweight and obesity management: A national perspective of primary health care providers' views, practices, perceived barriers and needs. *Paediatrics & Child Health*. 2010 Sep;15(7):419.
- ¹⁹⁸ Robinson A, Denney-Wilson E, Laws R, Harris M. Child obesity prevention in primary health care: Investigating practice nurse roles, attitudes and current practices. *J Paediatr Child Health*. 2013 Apr 1;49(4):E294--E299.
- ¹⁹⁹ Moodie M, Haby M, Wake M, Gold L, Carter R. Cost-effectiveness of a family-based GP-mediated intervention targeting overweight and moderately obese children. *Economics & Human Biology*. 2008 Dec;6(3):363--76.

AUTEUR : DUGROSPREZ Gaétan

Date de Soutenance : 4 novembre 2014

Titre de la Thèse :

Prévention de l'obésité et promotion de l'activité physique chez les enfants de 3 ans à 17 ans en consultation de médecine générale dans le Nord-Pas de Calais.

État des lieux des pratiques

à Boulogne-sur-Mer, Calais, Cambrai et Maubeuge

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Activité physique, Obésité infantile, Focus Group.

Contexte : L'obésité est une des causes de l'augmentation significative de la morbidité et de la mortalité. Il existe une forte probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte. L'activité physique est indiquée à tous les stades de la prise en charge de l'obésité chez l'enfant. L'étude dresse un état des lieux des pratiques des médecins généralistes du Nord-Pas de Calais en matière de promotion de l'activité physique chez les enfants dans l'objectif de prévenir l'obésité et propose des solutions afin d'améliorer les pratiques.

Méthode : 4 focus groups de médecins généralistes exerçant dans le Nord-Pas de Calais ont été organisés de janvier 2012 à avril 2014. Les entretiens, sous forme de 7 questions ouvertes, ont été intégralement enregistrés, puis analysés.

Résultats : L'activité physique est unanimement perçue comme primordiale, mais n'est pas systématiquement abordée en consultation, notamment pour les enfants normo pondéraux. La pesée et la mesure sont systématiques jusqu'à l'âge de 2 ans. Avant 4 ans, les médecins estiment que les enfants se dépensent naturellement et ne recommandent une pratique sportive qu'après 6 ans. Les médecins font le constat que les enfants d'un haut niveau social ont tendance à être normo pondéraux, alors que les enfants d'un bas niveau social sont plus souvent obèses. Selon eux, les filles semblent moins attirées par le sport que les garçons. Ils jugent utile l'aide du diététicien, mais regrettent que ses consultations ne soient pas remboursées par la sécurité sociale. Ils ont recours au pédiatre chez les plus jeunes patients. Pour les médecins, la disponibilité des structures sportives permet d'améliorer la prévalence de l'activité physique chez l'enfant en lui offrant un choix de sport très élargi. Ils apprécient le temps que permet de gagner l'outil informatique, notamment dans le calcul de l'indice de masse corporelle. Enfin, associer les parents à la prévention semble clé. Les autres solutions évoquées par les médecins sont de favoriser le travail multidisciplinaire ; revaloriser les honoraires de la consultation ou créer un forfait annuel spécifique ; que l'assurance maladie prenne en charge les honoraires des diététiciens libéraux ; former les praticiens ; intégrer davantage l'école (i.e. l'école maternelle) dans la prévention ; améliorer les campagnes publicitaires à la télévision et le développement des e-ressources.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Frédéric Gottrand

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Monsieur le Professeur Julien Girard

Monsieur le Docteur Alain Bardoux