

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Vécu des médecins généralistes lors de la consultation d'enfants
ou adolescents en situation d'obésité : étude qualitative menée par
entretiens semi-dirigés dans les Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 4 avril 2024 à 16 heures
Au Pôle Formation
par **Emeline RAULT**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Frédéric GOTTRAND

Assesseur :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Marc POULAIN

AVERTISSEMENT

« La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leur auteur »

LISTE DES ABRÉVIATIONS

APA : Activité physique adaptée

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

CSO : Centres spécialisés obésités

ETP : Éducation thérapeutique du patient

FAYR-GP : Association française de jeunes chercheurs en médecine générale

HAS : Haute autorité de santé

IMC : Indice de masse corporelle

IOTF: International obesity task force

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNNS : Plan national nutrition santé

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION.....	8
A. Définition :.....	8
B. Situation dans le monde :.....	8
C. Causes de l'obésité infantile :.....	8
1. Un déséquilibre de la balance énergétique.....	9
2. Le temps de sommeil.....	9
3. Une histoire familiale.....	9
4. Des facteurs psychopathologiques.....	10
5. Un gradient social.....	10
6. L'obésité s'aggrave en période de crise.....	10
7. Autres types d'obésité.....	10
D. Conséquences :.....	10
E. Plans d'action :.....	11
1. Au niveau mondial : Actions de l'OMS.....	11
2. En Europe.....	12
3. En France.....	13
F. La prise en charge en soins primaires :.....	14
1. Le médecin généraliste.....	14
2. L'ETP.....	15
3. La Mission : Retrouve ton cap.....	15
4. OBEPEDIA.....	16
G. Objectif de recherche :.....	17
II. MATÉRIEL ET MÉHODE.....	18
A. Approche théorique :.....	18
B. Participants :.....	18
1. Échantillonnage.....	18
2. Recrutement.....	18
C. Recueil des données :.....	19
D. Analyse des données :.....	19
E. Aspect éthique et réglementaire :.....	20
F. Grille de qualité :.....	20
III. RÉSULTATS.....	21
A. L'identité du médecin généraliste :.....	22
1. Médecin généraliste : le soignant.....	22
2. Médecin généraliste : l'individu.....	23

B. Le médecin généraliste et ses représentations stigmatisantes de l'obésité :	25
1. « Les familles ont un mode de vie inadapté »	25
2. « Les parents manquent de connaissances »	26
3. « Les parents ne s'inquiètent pas de l'obésité de leur enfant »	27
4. « Les parents manquent de motivation »	27
C. La construction d'une relation de confiance médecin-patient :	28
1. La relation médecin-patient : un lien privilégié	28
2. La relation médecin-patient influence la prise en charge	28
3. La prise en charge de l'obésité infantile : un travail d'équipe	29
D. La prise en charge l'obésité infantile :	29
1. La volonté d'aider	29
2. La peur de blesser	32
3. Avoir un comportement négatif	34
E. L'intérêt variable du médecin pour le sujet :	35
1. L'indifférence du médecin généraliste pour le sujet	35
2. L'Intérêt porté à l'obésité infantile	37
F. La perception de son intervention par le médecin :	38
1. Mécontentement concernant leur prise en charge	38
2. Satisfaction vis à vis de sa prise en charge	40
G. Des ressources existantes mais pas suffisantes :	40
1. Les ressources disponibles	40
2. Les connaissances des médecins	42
3. Le sentiment de solitude	44
H. Une prise en charge éprouvante pour les médecins généralistes	44
1. Faire face à des difficultés	44
2. Des médecins débordés	46
3. Des médecins qui ont peur pour l'avenir	47
IV. DISCUSSION	48
A. Modèle explicatif :	48
B. Forces et limites de l'étude :	51
1. Les limites	51
2. Les forces	51
C. Comparaison à la littérature :	52
1. Identité du médecin généraliste	52
2. Représentations de l'obésité infantile	54
3. Une relation de confiance qui facilite l'adhésion	57
4. La prise en charge de l'obésité infantile en médecine générale	57
5. Importance accordée au sujet	60
6. Les ressources les plus utilisées	61
7. La perception du médecin de son intervention:	62
8. Un sentiment d'inefficacité	62

V. CONCLUSION.....	66
VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	67
VII. ANNEXES.....	71
A. Annexe 1 : Premier guide d'entretien :	71
B. Annexe 2 : Guide d'entretien définitif:.....	72
C. Annexe 3 : Lettre d'information destinée aux participants.....	73
D. Annexe 4 : Attestation de déclaration de protection des données	74
E. Annexe 5 : Traduction française de la liste de contrôle COREQ :	75
F. Annexe 6 : Modèle explicatif	76

I. INTRODUCTION

A. Définition :

L'OMS définit l'obésité de l'enfant comme une accumulation excessive de graisse corporelle (1).

Un enfant est en surpoids lorsque son IMC se situe au-delà de la courbe IOTF-25.

Il est obèse lorsque son IMC se situe au-dessus du seuil de l'IOTF-30 (2).

La corpulence varie au cours de la croissance. Le rebond d'adiposité, qui correspond à la remontée physiologique de l'IMC, est normalement observé vers l'âge de 6 ans.

L'âge du rebond d'adiposité est corrélé à la corpulence à l'âge adulte. Plus il est précoce, plus le risque d'être obèse à l'âge adulte augmente (3).

B. Situation dans le monde :

Depuis 1975, le taux d'obésité chez les enfants et adolescents du monde entier a été multiplié par 10 (4).

En Europe en 2022, 1 enfant sur 3 souffre de surpoids ou d'obésité. La prévalence est plus importante chez les garçons (31%) que chez les filles (28%) (5).

En France, entre 2006 et 2015 la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants s'est stabilisée mais reste importante (17% des enfants de 6 à 17 ans, dont 4% en situation d'obésité) (6).

C. Causes de l'obésité infantile :

L'obésité infantile est complexe et multifactorielle (7).

1. Un déséquilibre de la balance énergétique

L'obésité de l'enfant s'explique principalement par une augmentation des apports alimentaires et une diminution des dépenses d'énergie.

Une alimentation déséquilibrée est une alimentation trop riche en aliments gras, sucrés ou salés. L'apport calorique important, associé à une diminution de l'activité physique, entraîne une augmentation du poids.

L'OMS recommande que les enfants et adolescents pratiquent en moyenne 60 minutes d'activité physique modérée par jour (8).

Chez les enfants et adolescents, l'étude Esteban 2014-2016 montre que seulement la moitié des garçons et un tiers des filles atteignent les recommandations d'activité physique journalière (6).

En parallèle, 80% des garçons et 73% des filles passent 2 heures ou plus devant un écran chaque jour (6).

2. Le temps de sommeil

Il existe une corrélation négative entre le temps de sommeil et l'IMC des enfants (9).

3. Une histoire familiale

Le surpoids ou l'obésité parentale, surtout chez la mère en début de grossesse est un facteur de risque d'obésité infantile. La prise de poids excessive pendant la grossesse et la diabète gestationnel augmentent le risque de développer une obésité chez l'enfant.

La corpulence d'un enfant est associée à son poids de naissance. Les bébés de 4 kg ou plus à la naissance sont plus nombreux à être en surcharge pondérale à l'âge de 5-6 ans que les autres (10).

4. Des facteurs psychopathologiques

Dépression, négligences ou abus physiques sont associés à un risque accru d'obésité chez l'enfant (11). Des troubles des conduites alimentaires peuvent être associés et sont à rechercher.

5. Un gradient social

À l'âge de 6 ans, il y a plus d'enfants d'ouvriers obèses que d'enfants de cadres obèses (6% contre 1%) (10).

Plus les parents sont diplômés, plus les enfants font de l'activité physique et moins ils passent de temps devant les écrans et consomment des boissons sucrées (12).

6. L'obésité s'aggrave en période de crise

L'obésité des enfants a augmentée pendant la pandémie de Covid-19 (13).

7. Autres types d'obésité

Les obésités génétiques et les obésités secondaires (hypothyroïdie, hypercorticisme, prise de médicaments) doivent être éliminées (7).

D. Conséquences :

L'obésité provoque dès l'enfance des difficultés respiratoires, des troubles musculo-squelettiques avec un risque augmenté de fractures, des troubles métaboliques, ou encore de l'hypertension artérielle. Les enfants obèses sont souvent harcelés. Ils sont moins épanouis, ont une moins bonne image de leur corps.

L'obésité entraîne chez l'enfant un risque accru d'obésité, de décès prématuré et de handicap à l'âge adulte (14).

La prise en charge doit être la plus précoce possible. La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie de 20 à 50% avant la puberté mais passe de 50 à 70% après la puberté (14).

E. Plans d'action :

1. Au niveau mondial : Actions de l'OMS

a) Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé

L'OMS a mis en place en 2004 et renouvelé en 2011, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Elle a pour objectif de réduire les facteurs de risques des maladies non transmissibles en encourageant les gens à adopter une alimentation saine et faire régulièrement de l'activité physique (15).

b) Plan d'action mondial pour l'activité physique et la santé 2018-2030

En 2018, L'OMS lance le Plan d'action mondial pour l'activité physique et la santé 2018-2030. Ce programme recommande des mesures gouvernementales pour augmenter l'activité physique partout dans le monde (16).

c) Plan de mise en œuvre pour mettre fin à l'obésité de l'enfant

Il est établi en 2017 par l'OMS. Il repose sur 6 recommandations (17) :

- Informer les consommateurs sur la valeur nutritionnelle des aliments et boissons.
- Donner à la population des informations sur la corpulence, l'activité physique et le sommeil et aménager des installations adaptées à l'activité physique.

- Agir sur les futurs parents : prise en charge du diabète gestationnel, maîtriser la prise de poids pendant la grossesse, donner des conseils sur l'alimentation de l'enfant à naître.
- Promouvoir une bonne alimentation chez le petit enfant : encourager l'allaitement maternel, contrôle des substituts de lait maternel, fournir des informations claires sur la diversification.
- Action au sein de l'école : établir des normes en matière de nutrition, arrêter de distribuer des aliments nocifs, intégrer l'éducation nutritionnelle au programme scolaire.
- Action sur l'enfant en surpoids ou obèse : améliorer la prise en charge pour éviter les complications.

2. En Europe

a) Stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité

Il s'agit d'une approche européenne mise en place en 2007 et qui a pour objectif de réduire les problèmes de santé liés à une mauvaise nutrition, à la surcharge pondérale et à l'obésité (18). Elle établit un certain nombre de mesures qui visent à réduire les conséquences liées à une mauvaise alimentation et à un manque d'exercice. Les mesures concernent les différents pays de l'union européenne.

b) Plan d'action européen sur l'obésité de l'enfant 2014-2020

Il s'agit d'une action conjointe européenne sur la nutrition et l'activité physique. Son objectif est de stopper l'augmentation du surpoids et de l'obésité des enfants et adolescents (19).

c) Le projet européen OBELISK

Il s'agit d'un projet européen dont l'ambition à terme est de diminuer de 35% le nombre d'enfants et d'adolescents européens en surpoids (20).

Les objectifs du projet sont (21) :

- Découvrir les mécanismes moléculaires impliqués dans l'évolution du statut pondéral chez l'enfant.
- Identifier des gènes impliqués dans l'obésité de l'enfant.
- Démontrer l'utilité des approches ciblées pour prévenir l'obésité infantile.
- Étudier l'efficacité de certaines molécules sur la réduction pondérale des enfants présentant des prédispositions génétiques.
- Utiliser les découvertes issues du projet pour optimiser la prise en charge de l'obésité infantile.
- Faciliter les échanges avec d'autres projets pour optimiser les connaissances.

3. En France

a) PNNS

En 2001, le Programme National Nutrition Santé a vu le jour en France. Son objectif est d'améliorer la santé de l'ensemble de la population par la nutrition. Le PNNS a pour but de transmettre des informations scientifiques actualisées et analysées par des groupes d'experts indépendants. Le site « mangerbouger.fr » est créé (22).

Le PNNS a été reconduit en 2006 (PNNS-2), 2011 (PNNS-3) et 2019 (PNNS-4).

b) Stratégie nationale Sport Santé 2019-2024

Elle vise à améliorer la santé de chacun en favorisant l'activité physique et sportive, à tous les moments de la vie (23).

c) Recommandations nutritionnelles établies par Santé Publique France

En 2019, Santé Publique France a formulé de nouvelles recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité. Les informations sont simplifiées pour faciliter la compréhension et leur appropriation (24).

L'utilisation du Nutri-Score, inventé en 2017 se développe pour aider au choix des aliments.

F. La prise en charge en soins primaires :

1. Le médecin généraliste

Il a un rôle central dans la prise en charge de l'obésité infantile en soins primaires (25):

- Il dépiste précocement le surpoids ou l'obésité grâce à l'examen systématique de l'enfant ou l'adolescent.
- Il évalue les habitudes de vie (alimentation, activité physique, sédentarité, sommeil).
- Il recherche une obésité de cause rare.
- Il évalue le retentissement psychologique et les complications de l'obésité.
- Il s'appuie sur d'autres professionnels de santé pour une évaluation multidimensionnelle de la situation (diététicien(ne), kinésithérapeute, ergothérapeute, enseignant en activité physique adapté, psychologue) afin de co-construire un projet de soin personnalisé.
- Il accompagne les familles tout au long de la prise en charge.

2. L'ETP

L'éducation thérapeutique est réalisée après accord de l'enfant et de ses parents. Elle permet d'accompagner les changements de mode de vie.

Les recommandations internationales préconisent une éducation thérapeutique du patient dès le diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité (3).

L'ETP est le plus souvent réalisée par une équipe pluri-professionnelle à laquelle l'enfant et les parents ont été adressés. Les séances peuvent être collectives ou individuelles. Leurs durées et leurs fréquences peuvent varier en fonction de la structure qui propose l'ETP ou la complexité de la situation de l'enfant.

Les objectifs de l'ETP sont (26) :

- Obtenir un changement des comportements de l'enfant et de sa famille.
- Rendre l'enfant ou l'adolescent autonome dans la gestion de son obésité.
- Obtenir une meilleur appropriation du projet de soin par l'enfant et sa famille.

Les parents sont accompagnés pour favoriser la mise en œuvre des changements et développer leurs compétences parentales.

Les séances d'ETP ont démontrées leur efficacité. Elles permettent d'obtenir une diminution de l'IMC, de limiter la prise de poids ou de stabiliser le poids. Elles permettent aussi d'améliorer l'estime de soi de l'enfant (25).

3. La Mission : Retrouve ton cap

Il s'agit d'un dispositif mis en place par la sécurité sociale pour prévenir le surpoids et l'obésité infantile. Il permet aux enfants de 3 à 12 ans, en surpoids ou en obésité non complexe, de bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire (diététique, psychologique, activité physique), remboursée à 100% par l'Assurance maladie, sans

avance de frais (27). La prise en charge est prescrite par le médecin de l'enfant. Les séances ont lieu au sein de centres de santé ou maison de santé pluri-professionnelles référencées.

En fonction de ses besoins, l'enfant peut bénéficier sur 2 ans de :

- 3 bilans : diététique, psychologique et activité physique.
- 6 séances de suivi psychologique et/ou nutritionnel, à renouveler 2 fois si besoin.

L'expérimentation de la « Mission : retrouve ton cap » a mis en évidence une amélioration de la corpulence, ainsi que des changements dans les habitudes de vie suite à la prise en charge (27).

4. OBEPEDIA

Il s'agit d'un dispositif de soins et d'accompagnement personnalisé qui fait appel à une coordination ville-hôpital. Il concerne les enfants et adolescents de 2 à 16 ans, souffrant d'une obésité sévère. L'enfant et sa famille sont reçus par l'équipe pédiatrique du CSO le plus proche pour réaliser un bilan initial.

Le reste du suivi se fait par le médecin généraliste, par un coordinateur de proximité et par des professionnels de santé (diététicien(ne), psychologue, enseignant APA). La prise en charge se déroule sur 2 ans.

L'objectif de ce projet est de permettre un accompagnement personnalisé en prenant en compte l'environnement familial de l'enfant et de mettre en place un projet personnalisé de soins (28).

G. Objectif de recherche :

Le médecin généraliste a une place centrale dans le dépistage, la prise en charge et le suivi des enfants et adolescents en situations d'obésité. L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu des médecins généralistes, lors de la consultation d'enfants ou adolescents en situation d'obésité.

II. MATÉRIEL ET MÉHODE

A. Approche théorique :

Cette étude qualitative a été inspirée de la phénoménologie interprétative.

Ce type d'analyse semblait être le meilleur pour rechercher ce que vivent et ressentent les médecins lors des consultations avec des enfants ou adolescents obèses.

B. Participants :

1. Échantillonnage

Les critères pour participer à cette étude étaient d'être un médecin généraliste, d'exercer en libéral dans les Hauts-de-France et d'avoir déjà été confronté à l'obésité infantile lors de consultations.

La chercheuse n'a pas recherché la représentativité mais l'homogénéité des participants.

2. Recrutement

Les participants ont été recrutés par contact téléphonique, par e-mail et par effet boule de neige. Les trois premiers médecins étaient connus de la chercheuse et ont acceptés de participer à l'étude.

La chercheuse a envoyé un e-mail à 57 médecins généralistes prenant des gardes à la maison médicale de garde de Calais. Neuf médecins ont initialement répondu et accepté un entretien. Deux médecins n'ont plus répondu par la suite.

Les coordonnées de trois autres médecins ont été données à la chercheuse par un des participants de l'étude. Ces trois médecins ont accepté de participer.

C. Recueil des données :

Un guide d'entretien a été établi et testé avec le directeur de thèse. Il comprenait une dizaine de questions ouvertes (Annexe 1).

Après les cinq premiers entretiens, la chercheuse et le directeur de thèse ont fait un point. Les entretiens ont été considérés comme trop courts (20 minutes en moyenne) pour être de bonne qualité. Le guide d'entretien a été revu : les questions étaient moins nombreuses, plus générales et ouvertes afin de laisser les participants s'exprimer plus librement (Annexe 2). Les premiers entretiens ont été analysés malgré leur courte durée, mais il a été décidé d'augmenter leur nombre afin d'assurer la qualité de l'étude. La suffisance des données a été obtenue au bout de douze entretiens. Un dernier entretien l'a confirmé.

Les entretiens semi-dirigés ont eu lieu en présentiel, au cabinet du médecin généraliste pour la plupart, en dehors de leur plage de consultation. Deux entretiens ont été réalisés au domicile du participant. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Après anonymisation, les entretiens ont été retranscrits intégralement sur le logiciel de traitement de texte Word®. Un journal de bord a été tenu tout au long de l'étude.

D. Analyse des données :

Chaque entretien a été analysé de manière indépendante.

La chercheuse n'a pas utilisé de logiciel d'aide au codage. L'analyse manuelle a été menée sur Word®. L'analyse a fait émerger des thèmes, puis des thèmes super-ordonnés.

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation des données par la confrontation des résultats de deux chercheurs : CLABAUT Guillaume qui réalisait une thèse qualitative sur un autre sujet et RAULT Emeline, la chercheuse.

E. Aspect éthique et réglementaire :

Une lettre d'information a été donnée à tous les participants de l'étude en début d'entretien (Annexe 3). Celle-ci précisait le respect de la confidentialité et le droit de rétractation des participants. Les médecins interrogés ont donné leur consentement écrit en début d'entretien. Tous les entretiens ont été anonymisés en supprimant les noms propres. Un numéro a été attribué à chaque médecin.

L'étude a fait l'objet d'une déclaration portant le numéro 2021-293 au Registre des traitements de l'Université de Lille (Annexe 4).

La fiche de thèse, le guide d'entretien et la fiche d'informations pour les participants ont été validés auprès du service de protection des données personnelles de l'université de Lille.

La chercheuse et son directeur de thèse ne présentent pas de conflit d'intérêt en lien avec le sujet.

F. Grille de qualité :

La grille de qualité COREQ a été utilisée (Annexe 5).

III. RÉSULTATS

Au total, treize médecins généralistes libéraux ont été interrogés. Les entretiens ont eu lieu du 13 décembre 2021 au 24 avril 2023. La durée des entretiens allait de 14 à 52 minutes avec une durée moyenne de 31 minutes 53 secondes.

Médecin	Genre	Age	Temps d'exercice	Lieu d'exercice	Durée entretien
M1	M	63	37 ans	Rural	14 :32
M2	M	34	7 ans	Urbain	16 :14
M3	M	61	30 ans	Urbain	23 :02
M4	M	31	2 ans et demi	Urbain	15 :00
M5	M	32	5 ans	Urbain	30 :41
M6	M	64	35 ans	Urbain	29 :43
M7	F	34	2 ans et demi	Rural	27 :53
M8	M	46	20 ans	Urbain	47 :52
M9	M	34	2 ans	Urbain	43 :25
M10	M	45	2 ans	Urbain	36 :00
M11	F	32	2 ans et demi	Rural	26 :52
M12	F	34	5 ans	Rural	52 :18
M13	F	34	4 ans	Urbain	50 :58

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

A. L'identité du médecin généraliste :

Pour les participants, être médecin généraliste c'était être un soignant mais aussi et surtout être un individu.

1. Médecin généraliste : le soignant

Les médecins interrogés abordaient les différents rôles tenus lors de leur exercice.

a) Un rôle de dépistage

Le dépistage est le premier rôle évoqué par les médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité infantile. Le dépistage devait être précoce. C'est pour cela qu'ils trouvaient important de suivre les enfants régulièrement, en dehors de toute pathologie aigue.

M1 : « À mon sens, d'abord notre rôle de dépistage, il sera là, il serait l'examen de 4 ans qui pourrait être une bonne chose parce que 6 ans c'est bien beau, on les revoit à 6 ans pour le rappel vaccinal donc là on les pèse et mesure mais 6 ans c'est déjà tard. » (M1)

b) Un rôle de soins

Ils déclaraient avoir pour mission de prendre soins des patients.

*M12 : « Nous on est là pour, pour faire en sorte que nos patients, ils soient en bonne santé. Je leur dis toujours, je dis « mon rôle à moi, c'est que vous finissiez centenaires, sans pathologies ». Gros, challenge hein *rires*. »*

c) Une posture scientifique

Un participant insistait sur l'importance de délivrer des informations basées sur des preuves scientifiques, plutôt que de donner des conseils empiriques ou d'avancer des arguments esthétiques.

M12 : « *Et que moi, mon rôle en tant que médecin, c'est de donner des choses qui sont basées sur des preuves scientifiques* »

d) Un rôle de prévention

Les participants accordaient une grande valeur à leur rôle de prévention, qui commençait selon eux dès la naissance.

M7 : « *Alors souvent c'est des enfants que je suis donc globalement .. L'idéal c'est que je les vois dès la naissance et avec la maman enfin les parents on discute beaucoup d'alimentation.* »

e) Être le premier recours

Les participants relataient l'importance de leur statut car ils expliquaient être les seuls professionnels de santé à voir régulièrement les enfants et les familles.

M8 : « *Je pense que ça fait quand même partie de notre rôle puisqu'on a quand même un rôle de prévention puisqu'en fin de compte, c'est le seul médecin que les jeunes vont voir* »

2. Médecin généraliste : l'individu

Lors des entretiens, les participants abordaient leur vie personnelle et de la façon dont elle influençait leur pratique.

a) Le parent

Les femmes médecins parlaient facilement de leur expérience de mère.

Depuis qu'elles avaient des enfants, elles se trouvaient plus compétentes pour conseiller les parents sur l'alimentation, la diversification alimentaire et la pédiatrie de façon plus générale.

M13 : « mais moi j'étais bien incapable de répondre à certaines questions des parents avant d'avoir eu mes enfants. Alors depuis, j'ai mes enfants, c'est beaucoup plus simple. »

Elles expliquaient que les patients leur demandaient régulièrement des conseils non médicaux, plutôt axés sur l'éducation des enfants.

M12 : « Des fois il y a les patients qui nous le demandent en disant « mais vous par exemple, vous faites comment avec votre fille? » Donc dans ces cas-là, je j'explique. »

Elles comprenaient plus facilement les difficultés vécues par les parents et se considéraient comme plus indulgentes envers eux.

M13 : « j'ai beaucoup plus d'indulgence depuis que j'ai des enfants que... Et j'ai beaucoup plus d'adaptabilité aussi.. De, depuis que j'ai des enfants. »

Les médecins hommes évoquaient moins fréquemment leurs enfants et ne considéraient pas qu'ils influençaient leur pratique.

M9 : « Elle n'est pas difficile sur la variété des aliments qu'on aime. Je ne suis pas embêté avec ça. Donc j'ai.. non. Mes enfants, pour l'instant, ne m'apportent rien. »

b) Son genre

Un des participants se questionnait sur l'influence de son genre sur la prise en charge de l'obésité infantile. Il suivait plusieurs adolescentes en situation d'obésité et se demandait si le fait d'être un homme influençait la parole des jeunes filles.

M10 : « Est-ce que le fait d'être un homme joue sur le fait qu'ils ont peut-être pas envie d'en parler parce que c'est des filles principalement? »

c) Sa corpulence

Un des médecins interrogés était lui-même en surpoids. Il pensait que sa corpulence le rendait plus conciliant envers les familles concernées par l'obésité infantile.

M10 : Ça ne fait pas peur le sujet. Alors après je sais pas si c'est parce que... Le fait que je sois moi un peu fort aussi, ça me pose pas de problème, ça peut jouer peut être j'en sais rien. Mais pas de sujet du tout tabou hein. On peut me parler de tout ça me pose pas de problème »

B. Le médecin généraliste et ses représentations stigmatisantes de l'obésité :

Tous les médecins interrogés avaient leurs propres représentations de l'obésité infantile, de ses causes et ses conséquences. Ils avaient des croyances souvent stigmatisantes à propos des habitudes familiales et des parents.

1. « Les familles ont un mode de vie inadapté »

L'alimentation et les activités familiales faisaient l'objet de beaucoup de croyances chez les médecins généralistes interrogés.

Ils estimaient que les enfants ne faisaient plus de sport, ni d'activités en plein air et qu'ils passaient leur temps devant la télévision et les jeux vidéo. Ils pensaient que l'alimentation était déséquilibrée et qu'il y avait beaucoup de grignotages.

M4 : « ils ne pratiquent plus de sport. Ils sont devant la console et puis devant la console ils mangent des chips. C'est facile. »

M12 : « Parce qu'il y a le sport à l'école, oui, mais une fois qu'ils sont rentrés chez eux, la majorité du temps ils sont dans le canapé devant la télé et voilà. Il n'y a pas de jeux, ils ne courent pas, ils font pas du vélo, il n'y a pas d'activités du tout. Et voilà, souvent il y a des grignotages »

2. « Les parents manquent de connaissances »

Les médecins pensaient que les parents manquaient de connaissances, étaient naïfs et estimaient bien faire en donnant des aliments inadaptés.

M10 : « Et puis les parents qui ne cuisinent pas par eux même, qui ne prennent pas le temps de le faire, quand on leur dit que ce qu'ils donnent à leurs enfants c'est plein de sucres, plein de gras, ils ont l'air fortement étonnés. Ouais, parce qu'ils savent pas lire les étiquettes, parce qu'ils savent pas les lire clairement. »

Les participants estimaient que les parents ne savaient pas lire le nutri-score.

M3 : « Après y a l'histoire du nutri-score, les personnes n'y comprennent rien »

Ils pensaient également que les parents ne savaient pas cuisiner.

*M6 : « Et puis bon je vais dire au niveau des familles, il y en a qui ne savent pas cuisiner. On n'a jamais appris à faire des légumes ou *silence*.. »*

3. « Les parents ne s'inquiètent pas de l'obésité de leur enfant »

La majorité des participants pensaient que les parents étaient dans le déni de l'obésité de leur enfant.

M7 : « J'amène la maman, au début les parents ont un petit déni, ils disent que l'enfant va bien, que l'enfant mange bien (...) »

Ils estimaient que la corpulence de l'enfant n'inquiétait pas les parents car l'obésité était souvent familiale.

M6 : « il y a une acceptation au niveau de la famille « ben voilà on est tous obèses dans la famille, moi j'ai pas envie de me mettre au régime pour différentes raisons » »

Les participants soulignaient la représentation culturelle de l'enfant rond « en bonne santé » .

M1 : « Et puis il y a un côté culturel, l'enfant qui mange bien, il va bien il est en forme et tout va bien et les parents viennent pas consulter. Il faut vraiment leur mettre le nez dessus. »

4. « Les parents manquent de motivation »

Les participants affirmaient que les parents n'avaient pas envie de modifier leurs habitudes de vie malgré le bénéfice pour la santé de leur enfant, car ces changements étaient considérés comme trop contraignants.

M2 : « Et puis la grosse difficulté du surpoids des enfants c'est que il faut que ça soit toute la famille complète qui prenne les habitudes. Donc ça fait chi** aussi les parents de changer les choses. »

Certains médecins considéraient les parents comme démissionnaires sur le plan alimentaire.

M13 : « Quand ils ont pas les notions alimentaires du tout et qu'ils font aucune éducation alimentaire et qu'ils lâchent complètement les rênes par rapport à leurs enfants, je trouve que c'est compliqué quand même. »

C. La construction d'une relation de confiance médecin-patient :

1. La relation médecin-patient : un lien privilégié

Plusieurs médecins déclaraient ressentir de l'affection pour leurs patients, qu'ils connaissaient souvent depuis de nombreuses années.

M8 : « C'est plus un message empathique, voire même sympathique parce que c'est quand même des gens que je connais depuis toujours. »

Certains participants pensaient tenir une place importante dans la vie des patients. Ils estimaient que les patients étaient attachés à la notion de « médecin de famille ».

M13 : « Je pense qu'il y a encore un peu, peut-être que c'est dans notre région, mais je pense qu'il y a encore un peu quand même la notion de famille, de médecin de famille et du médecin qui connaît les gens. »

2. La relation médecin-patient influence la prise en charge

Les médecins interrogés décrivaient une prise en charge plus facile lorsqu'ils connaissaient les patients depuis plusieurs années. Cela permettait de bien connaître

leurs représentations, d'adapter la prise en charge et favoriser une alliance thérapeutique.

M7 : « avec mes patients que je connais bien franchement ça se passe bien. Après quand c'est un suivi, quand c'est des patients que tu connais depuis le début, bah ils te connaissent en fait. »

M12 : « Il faut se mettre à la place du patient qui est en face de nous. Si on veut bien le soigner, il faut prendre en considération lui, comment il perçoit les choses, son ressenti, son vécu. Il y a que comme ça où au final on aura vraiment une relation médecin-patient qui sera de bonne qualité et on aura une confiance qui va s'installer et une adhésion à la prise en charge. »

3. La prise en charge de l'obésité infantile : un travail d'équipe

Les participants décrivaient la prise en charge de l'obésité infantile comme un travail d'équipe avec l'enfant et ses parents.

M6 : « On ne peut travailler que dans un travail de coopération que ça soit avec les familles ou avec les enfants »

D. La prise en charge l'obésité infantile :

1. La volonté d'aider

Tous les médecins interrogés essayaient d'aider les familles à instaurer des modifications durables de leur mode de vie.

a) Montrer l'obésité

Ils utilisaient les courbes de croissance pour montrer l'obésité à l'enfant et sa famille.

M12 : « Donc effectivement, les parents ils sont venus en consultation, on a mesuré, repesé l'enfant, où on voit qu'effectivement sur la courbe de poids, il est en décrochage, en bon décrochage. »

b) Interroger les habitudes familiales et le retentissement de l'obésité

Tous les participants interrogeaient les familles sur leur alimentation et leur niveau d'activité physique.

M4 : « je lui demande si il grignote pas entre les repas, si il fait une activité physique régulière, ces choses-là »

M5 : « On essaye déjà de faire l'état des lieux de l'alimentation à la maison, pour voir un petit peu les règles diététiques qui peuvent être adaptées ou modifiées »

Ils évaluaient les répercussion psychologiques, physiques, sociales et scolaires de l'obésité chez les enfants.

M8 : « Il avait quand même un peu des douleurs articulaires, tout ça. Et puis bon, après, il se fait. Il se fait quand même un peu moquer par ses copains. »

M12 : « Voilà, après en questionnant l'enfant, il y a une répercussion sur son état de santé dans le sens où lui il le sent que quand il court par rapport à ses camarades, c'est plus compliqué, il est plus essoufflé. »

c) Délivrer des conseils et mettre en place un suivi

Les participants donnaient des conseils d'ordre général concernant l'alimentation. Ils expliquaient aux patients que la prise en charge devait avoir lieu le plus tôt possible et que l'objectif était d'obtenir une stabilisation du poids.

M3 : « On leur dit « En diététique y a rien d'interdit, tout en quantité modérée », alors ce message là ils le comprennent. »

M9 : « Ensuite, je leur dis bien qu'il n'y a pas de perte de poids chez l'enfant. Ça, ça les rassure quelque part aussi de se dire « on va pas faire régime, il ne va pas perdre de poids ». L'idée, c'est de stabiliser et en grandissant, il va se normaliser tout seul »

Les médecins proposaient de revenir régulièrement en consultation pour faire le point sur la croissance.

M4 : « je lui dit de faire attention et qu'on se revoie au bout de 1 à 3 mois pour qu'on fasse un suivi régulier. »

d) Mettre en place des objectifs

Certains participants essayaient de proposer des petits changements simples et progressifs à mettre en place à la maison.

M7 : « Je lui donne 3 objectifs en fait à la fin de la consultation. Supprimer les boissons sucrées, sortir le mercredi, euh faire 30 minutes de marche. Et en fait ils ont un post-it avec 3 objectifs que je remets à la patiente en fait. »

2. La peur de blesser

Chez les médecins interrogés, la peur de blesser l'enfant et ses parents était omniprésente. Ils employaient différentes stratégies pour les préserver.

a) Craindre que l'intervention soit mal perçue

Les participants à notre étude pensaient que leur intervention pouvait être mal perçue par les familles. Ils estimaient que le diagnostic de l'obésité infantile pouvait déplaire aux parents.

M1 : « Et toi, tu vas leur dire quelque chose qui va être perçu comme.. comme quelque chose de plutôt désagréable »

Pour l'un d'entre eux, cette idée représentait un frein majeur à l'abord du sujet, par peur de vexer.

M8 : « Après, je ne parle pas spontanément du poids aux gens. J'attends vraiment qu'ils en parlent d'eux-mêmes, parce qu'après on a des enfants qui sont déjà, qui peuvent être complexés »

b) Aborder le sujet au bon moment

Pour ne pas heurter l'enfant et ses parents, les médecins n'abordaient pas le sujet dès la première consultation. Ils préféraient attendre d'instaurer un climat de confiance dans un premier temps.

M7 : « si je vois qu'il y a un surpoids je les pèse pas à la première euh à la première visite parce que je me dis « ils vont se braquer, je vais les peser un peu plus tard quand je sens qu'il y a une relation de confiance qui s'installe » »

c) Rester positif

Les médecins considéraient qu'il ne fallait pas mettre la pression aux enfants et leurs familles, car cela leur semblait contre-productif.

M11 : « faut pas mettre de pression. Il faut les laisser grandir aussi. Soit je me dis que l'année d'après je ferais un certificat et on verra. »

Selon eux, il était important de ne pas culpabiliser les familles et de dédramatiser les écarts alimentaires.

M3 : « moi je leur dis « moi j'en mange du chocolat, j'en bois du coca un coup de temps en temps », ils me répondent « ah bon ! ah bon !! » Déjà ça les rassure un peu, je leur dit « oui c'est pas un drame » »

d) Adapter son langage

Les médecins adoptaient un discours prudent, sans employer le mot « obésité » car ils estimaient que le terme avait une connotation négative et pouvait blesser. Ils préféraient utiliser la courbe d'IMC pour la sous-entendre sans la verbaliser.

M7 : « il faut y aller doucement. Euh .. Déjà dire « obésité » tout de suite, il faut pas. Il faut... C'est difficile. Je pense qu'il faut que les parents.. Je t'ai dit la courbe de poids c'est vraiment pour qu'ils voient qu'au niveau de la courbe ils sont au-dessus et après on met un mot après. Je pense qu'il faut pas braquer tout de suite en disant « obésité » ».

Un des médecins décrivait une expérience négative suite à l'annonce du diagnostic d'obésité chez une adolescente. Depuis cet épisode, il expliquait être plus délicat lors de ses interventions.

M5 : « ça m'est déjà arrivé de parler de l'obésité, alors c'était plutôt chez une adolescente, elle avait 12 ans à l'époque et le jour où je lui ai fait des explications avec sa mère sur le diagnostic d'obésité infantile, elle a fondu en larme, ça a duré longtemps et elle n'est pas revenue me voir pendant 1 an.

Les médecins essayaient d'employer un langage positif, de proposer des pistes d'amélioration, et de valoriser les efforts plutôt que de blâmer certains comportements.

M10 : « Et donc non, les parents ils le prennent plutôt bien en général c'est pas (...) c'est pas sur un mode « attention, attention ce que vous faites c'est mal quoi ». « On va essayer d'améliorer ce qu'on fait parce que ce que vous faites, c'est plutôt toujours positif parce que vous faites bien, mais on va essayer d'améliorer deux ou trois choses pour que ça se passe encore mieux ». »

3. Avoir un comportement négatif

Malgré leur bonne volonté, certains participants décrivaient des comportements négatifs qu'ils estimaient bénéfiques à la prise en charge.

a) Faire peur aux parents

Un des médecins expliquait avoir une prise en charge en deux temps : d'abord une approche bienveillante. Dans un second temps, il essayait d'effrayer les familles en insistant sur les potentielles complications de l'obésité pour faire émerger de « bons » comportement de santé.

M9 : « Et donc le plan B, c'est ça : C'est annoncer, vraiment toutes les complications derrière qu'il va y avoir s'il ne fait pas attention, les risques encourus s'il ne fait pas attention et si on s'y met pas sérieusement à la maison. Et alors, je pense qu'elle a bien entendu parce que la maman que j'ai revu est un peu secouée quand même et ils ont vidé tous les placards, il y a plus un bonbon à la maison »

b) Donner des conseils directifs

Les participants énonçaient toute une liste de comportements à adopter ou au contraire à proscrire, sans prendre en compte le patient.

M8 : *En plus après au niveau de l'alimentation je leur dis d'arrêter les paquets biscuits, les bonbons, les choses comme ça tout au moins. Manger de façon raisonnable.*

M10 : « Pour les enfants, je leur dis « ouais, on évite ça, vous faites ça. Alors là, pas de bonbons, pas bidule, pas de machin. Les boissons sucrées dans le biberon c'est interdit. Les boissons sucrées c'est une fois par semaine. » »

E. L'intérêt variable du médecin pour le sujet :

1. L'indifférence du médecin généraliste pour le sujet

Dans l'ensemble, les participants portaient peu d'intérêt au sujet alors même qu'ils reconnaissaient avoir un rôle à jouer dans le dépistage et la prise en charge de l'obésité infantile.

a) Ne pas considérer l'obésité infantile comme un problème

Un des médecins ne considérait pas l'obésité infantile comme une « vraie » pathologie et n'abordait pas le sujet en consultation, sauf si la demande provenait du patient.

M8 : « *Après, je le vois pas forcément comme un vrai problème. C'est vrai qu'on pourrait dire qu'avec les maladies cardiovasculaires, l'image de soi, tout et tout. Mais c'est vrai que je n'y prête pas attention. »*

b) Se montrer passif

Certains participants faisaient preuve de passivité dans le suivi de ces enfants.

M8 : « *La dernière, elle a 20 ans maintenant, donc après j'avais rien fait, j'ai rien fait de spécial. »*

c) Ne pas aimer le sujet

Plusieurs participants expliquaient ne pas aimer ces consultations et ne pas s'intéresser à la nutrition de l'enfant.

M10 : « *Je pense que d'autres personnes sont beaucoup plus à l'aise là-dessus, parce que c'est, parce que c'est leur kiff, ça leur plait beaucoup. Mais moi c'est pas... C'est quelque chose, c'est un exercice qui est pas toujours le plus plaisant pour moi sur les consultations, c'est pas des choses qui m'intéressent particulièrement. »*

d) Ne pas vouloir aborder le sujet

D'autres médecins avouaient ne pas avoir envie d'aborder le sujet de l'obésité infantile lors des consultations.

M6 : « *Comme on aborde très peu ce sujet en consultation faute de temps, faute d'envie peut être hein, il faut avoir envie de l'aborder ce sujet-là »*

e) Changer de sujet de conversation

Les participants expliquaient dévier facilement du sujet de conversation principal.

M10 : « Et qu'en plus, comme c'est dans une même famille, en général ça discute. J'ai eu une consultation de l'un, ça discute sur l'autre et ça part en vrille. »

f) Ne pas ressentir le besoin de se former

Par manque d'intérêt, certains n'envisageaient pas de se former sur le sujet.

M13 : « ben je n'ai pas pour projet tout de suite de faire une formation là-dessus. Et puis ce n'est pas non plus euh... Je fais de la prévention, mais les consultations obésité, elles ne sont pas si fréquentes que ça. Donc voilà, je me sens pas... Ouais, je ne me sens pas spécialement formée, mais en même temps je trouve que finalement la consultation obésité c'est surtout la psychologie. »

2. L'Intérêt porté à l'obésité infantile

a) Aimer le sujet

Certains participants déclaraient aimer le sujet et se sentir à l'aise lors des consultations dédiées à l'obésité infantile.

M12 : « franchement ouais, c'est.. J'aime bien. C'est je trouve, je trouve ça complet (...) c'est un sujet hyper intéressant et. Et encore une fois, si on fait maintenant, on prévient toutes les pathologies, enfin une grande majorité des pathologies cardiovasculaires quand même de demain quoi. Donc les consultations qui sont hyper importantes au final. »

b) Vouloir se former

Les médecins qui éprouvaient de l'intérêt pour le sujet souhaitaient approfondir leurs connaissances.

M7 : « moi j'aime bien. C'est pour ça, je participe à une formation sur l'obésité justement ce weekend. C'est une formation en ligne de plusieurs heures. C'est un sujet que j'aime bien et je trouve que c'est essentiel »

M12 : « Euh voilà, c'est un domaine moi qui je trouve est intéressant où généralement je relis des articles, des choses comme ça régulièrement là-dessus pour essayer de me tenir un petit peu informé des nouveautés. »

F. La perception de son intervention par le médecin :

1. Mécontentement concernant leur prise en charge

a) Un sentiment d'échec

La plupart des intervenants exprimaient une insatisfaction et un sentiment d'échec à propos de leur prise en charge.

M1 : « Concernant l'obésité de l'enfant, ma prise en charge est médiocre parce que défaut de repère et pas le temps dans l'éducation thérapeutique. »

M5 : « C'est pas une vérité mais il y a rarement de grande satisfaction dans la prise en charge des enfants obèses »

b) Un sentiment d'impuissance

Ils étaient nombreux à se sentir impuissants et défaits face à l'obésité infantile.

M2 : « Les résultats ne sont pas terribles (...). Les petits gros que je voyais y a 3 ans, ils sont encore petits gros. J'avoue que je suis de plus en plus fataliste à me dire qu'il n'y a rien à faire. »

M4 : « On a pas beaucoup de pouvoir finalement, à part le suivi et voir la glace fondre. »

c) Se sentir découragé

Ils sont nombreux à se sentir découragés face à l'ampleur du phénomène.

M9 : Heureusement que j'en suis pas encore là, mais je pense que c'est un truc à faire un burn out, de te dire que tu t'acharnes, à essayer de faire quelque chose. Et puis au final, ça ne marche pas »

d) Abandon de la prise en charge

Ces sentiments d'impuissance et de découragement pouvaient entraîner un abandon de prise en charge de la part des médecins.

M5 : « Parfois je me dis « bon je crois que c'est tout ». Donc je continue à faire les surveillances de courbes mais j'arrête de solliciter systématiquement les parents sur le sujet parce que il y a beaucoup de choses qui ont été faites et il y a eu peu d'accroche des conseils. »

2. Satisfaction vis à vis de sa prise en charge

D'autres participants au contraire, étaient satisfaits de leur prise en charge. Ils exprimaient de l'enthousiasme et de l'optimisme.

M11 : Souvent c'est hyper satisfaisant parce que quand on a des enfants qui sont réceptifs, souvent ils sont bien réceptifs et enfin on a vraiment un lien avec eux, où ils veulent un peu aussi nous montrer qu'ils ont bien réussi et c'est très satisfaisant. »

G. Des ressources existantes mais pas suffisantes :

Les participants expliquaient avoir recours à d'autres professionnels de santé pour les aider dans la prise en charge de l'obésité infantile.

1. Les ressources disponibles

a) La mission : Retrouve ton Cap

La plupart des médecins interrogés connaissaient la « Mission : Retrouve ton cap » et les établissements qui proposaient le programme.

M11 : « Euh bah quand ils ont l'âge, j'avoue que je les envoie directement à Retrouve ton cap. Je trouve ça très très bien. »

M12 : « Donc le dernier que j'ai pris en charge, alors lui pour le coup, il est déjà dans un circuit. Je l'ai introduit dans le circuit Mission : Retrouve ton cap. »

b) ETP

D'autres médecins expliquaient utiliser l'ETP comme ressource pour prendre en charge les enfants.

M2 : « Après nous on fait aussi de l'ETP pour les enfants en surpoids de 5 à 12 ans, un peu plus grands. Donc pareil, si je sens qu'ils sont motivés, on peut les inscrire dans les programmes ETP. »

c) Diététicien(ne)

Les participants proposaient aux familles de rencontrer un(e) diététicien(ne) en libéral. Souvent leur recours était limité par l'aspect financier de la consultation.

M4 : « J'hésite pas également à proposer aux parents (...) qu'on fasse un point avec la diététicienne. »

d) Sources officielles

Certains médecins conseillaient aux parents de consulter des sites officiels comme le site « mangerbouger.fr ».

M5 : « Une des ressources dont j'ai pas parlé mais que j'utilise souvent pour les adultes, j'utilise souvent les recettes de mangerbouger.fr »

Ils conseillaient également aux parents de s'aider du carnet de santé, ou encore des recommandations établies par Santé Publique France, surtout au moment de la diversification alimentaire.

M10 : « J'essaie de leur donner de la doc, les documentations, notamment quand ils sont tout petits, sur les histoires de.. au moment où on diversifie. Il y avait un bouquin de Santé Publique France qui avait.. qui n'était pas mal et donc je leur donne pour qu'ils puissent s'y référer pour qu'ils regardent un petit peu, mais c'est vraiment quand ils sont tout petits. »

e) Les collègues

Les médecins interrogés évoquaient leurs collègues médecins ou paramédicaux comme ressources et alliés dans la prise en charge des enfants obèses. L'exercice de groupe était un facteur aidant la prise en charge pour un certain nombre d'entre eux.

M12 : « Ben l'exercice de groupe c'est toujours un plus hein. Parce que de toute façon, sur des dossiers difficiles, quand il y en a une qui est un peu dans la panade, le fait d'en parler aux deux autres, on dit « bah trois cerveaux c'est toujours mieux qu'un » »

2. Les connaissances des médecins

Tous les médecins parlaient de leurs connaissances sur l'obésité infantile et la nutrition.

a) La formation au dépistage de l'obésité infantile

Les médecins estimaient être compétents pour le dépistage de l'obésité infantile. Ils pensaient avoir été bien formés lors de leurs stages.

M11 : « Enfin on a eu des cours de pédiatrie, en stage de pédiatrie et chez le praticien. C'est juste quand même les sujets qu'on a abordés. On nous a un peu tannés sur bien tenir la courbe de poids, de taille, etc. Et puis j'étais avec des prats très bien par rapport à ça, donc c'est vrai que j'ai pris l'habitude »

b) Ne pas se sentir formé à la problématique de l'obésité infantile

Ils exprimaient des lacunes sur le sujet de l'obésité infantile et déploraient un manque de formation universitaire sur ce sujet.

M8 : « Je suis même pas sûr qu'il y ait une formation pour l'obésité de l'enfant quand j'étais interne, quand j'étais à la fac. Je crois que ça n'existait même pas. »

Un participant soulignait que les médecins généralistes étaient libres de se former aux problématiques qui les intéressent, et que les cours dispensés à la facultés ne pouvaient couvrir tous les sujets.

M12 : « Donc voilà, après dix ans, au final pour de la médecine générale, c'est court, mais il y a tellement de choses à apprendre que voilà. Mais qu'après je pense qu'effectivement c'est en fonction un peu de nous, notre feeling où il faut parfois approfondir certaines choses en fonction de nos centres d'intérêt aussi. »

c) Manquer de compétence au sujet de la nutrition

Les connaissances limitées en diététique était le principal sujet de difficulté rapporté par les participants.

M1 : « Ce qu'il me manque peut-être ce sont des outils de diététique, ça on en a pas. »

Par manque de connaissance, les médecins délivraient des conseils simplistes.

M9 : « là j'avoue sur l'obésité je suis vraiment basico-basique. J'en suis à retirer les sodas et les sucreries et la mayo. Essayer de faire comme à la télé cinq fruits et légumes par jour et je suis vraiment basico-basique au final dans ma prise en charge et je n'ai pas un truc percutant à leur donner. »

d) Méconnaître les ressources disponibles

Certains participants ne connaissaient pas les ressources disponibles localement pour les aider à prendre en charge les enfants obèses ou ignoraient leurs conditions d'accès.

M9 : « J'ai découvert peut être la semaine dernière qu'il y avait une prise en charge chez l'enfant et je le savais même pas »

3. Le sentiment de solitude

Malgré les ressources possibles, on retrouvait un sentiment de solitude chez beaucoup de participants concernant la prise en charge de l'obésité infantile. Ce sentiment était plus marqué chez les médecins qui n'avaient pas recours à la « Mission : retrouve ton cap » ou lorsque les familles refusaient d'intégrer le programme.

M3 : « On ne sait pas à quelle sonnette sonner. Diét, kiné truc et machin on ne sait pas où appuyer. Il n'y a pas de prise en charge globale, ça c'est vrai »

Un des médecins expliquait que l'impression d'isolement touchait de nombreux domaines de la médecine générale, et pas uniquement le sujet de l'obésité infantile.

*M6 : « Il y a un sentiment d'isolement comme beaucoup de choses *rises*. C'est pas toujours facile de gérer la médecine générale. C'est très intéressant, c'est un métier très riche qui a beaucoup évolué mais il y a un certain nombre de choses sur lesquelles on est relativement seul. »*

H. Une prise en charge éprouvante pour les médecins généralistes

Tous les médecins interrogés décrivaient la prise en charge de l'obésité infantile comme éprouvante.

1. Faire face à des difficultés

Ils expliquaient devoir faire face à de nombreuses difficultés lors de la prise en charge des enfants obèses.

a) Les perdus de vue

Les médecins déplorait un dépistage tardif de l'obésité infantile car certaines familles consultaient peu après un certain âge, ou alors seulement pour des pathologies aiguës.

M4 : « Les enfants après 3-4 ans, on les voit beaucoup moins que quand ils sont tout-petits. Du coup c'est facile de passer à côté d'un rebond d'adiposité précoce. »

b) Les refus de prise en charge

Ils devaient aussi faire face régulièrement à des refus de prise en charge.

M11 : « je voulais les envoyer en pédiatrie et en fait à chaque fois ils refusent et j'ai beau en parler, leur parler des risques etc c'est pas.. »

c) Une obésité partagée par la famille

Les médecins expliquaient que la prise en charge était encore plus difficile lorsque l'obésité touchait aussi d'autres membres de la famille.

M13 : « Et quand c'est constitutionnel depuis trois générations. Bon, pour faire bouger les choses derrière, c'est c'est sensationnel. »

d) Une prise en charge longue

Les participants rapportaient qu'il était difficile de faire perdurer les changements sur le long terme et que le suivi de l'enfant devait être prolongé.

M3 : « C'est pour ça qu'on a l'impression que le suivi, c'est le suivi de la longueur qui est important. Ces gens-là, il faut pas les lâcher. Les enfants il faut pas les lâcher c'est 2 ans, 3 ans, 5 ans. »

2. Des médecins débordés

Les participants rapportaient tous être débordés dans leur exercice quotidien. Ils expliquaient avoir beaucoup de patients et une charge administrative toujours plus lourde. Ils devaient alors prioriser les motifs de consultation, souvent au détriment de la prévention.

M8 : « Pourquoi j'en parle pas plus que ça? Je sais pas, après il doit y avoir un peu le manque de temps aussi. Bon, après c'est vrai qu'ils arrivent avec un problème, on va régler le problème T. Et puis voilà quoi. Pas forcément s'éterniser sur les autres problèmes. Plus dans la médecine curative que dans la médecine préventive. »

M13 : « il y a beaucoup de prévention qui saute parce que parce que le temps n'y est pas et que moi mes plannings ils sont pleins à craquer tout le temps et que j'adorerais espacer un peu pour prendre un peu plus de temps ou pouvoir les revoir pour parler que de ça. »

Les médecins expliquaient devoir jouer le rôle de multiples intervenants dont l'accès est difficile, ce qui leur rajoutait du travail supplémentaire.

M12 : « Et c'est vrai que la majorité du temps, vu que la psychologue c'est pas remboursé, la diète c'est pas remboursé, le coach c'est pas remboursé, bah il reste qui ? il reste nous. Donc ils viennent nous voir et en fait on fait office de toutes ces casquettes-là. »

3. Des médecins qui ont peur pour l'avenir

Les participants étaient effrayés de l'augmentation des cas d'obésité infantile chez les patients.

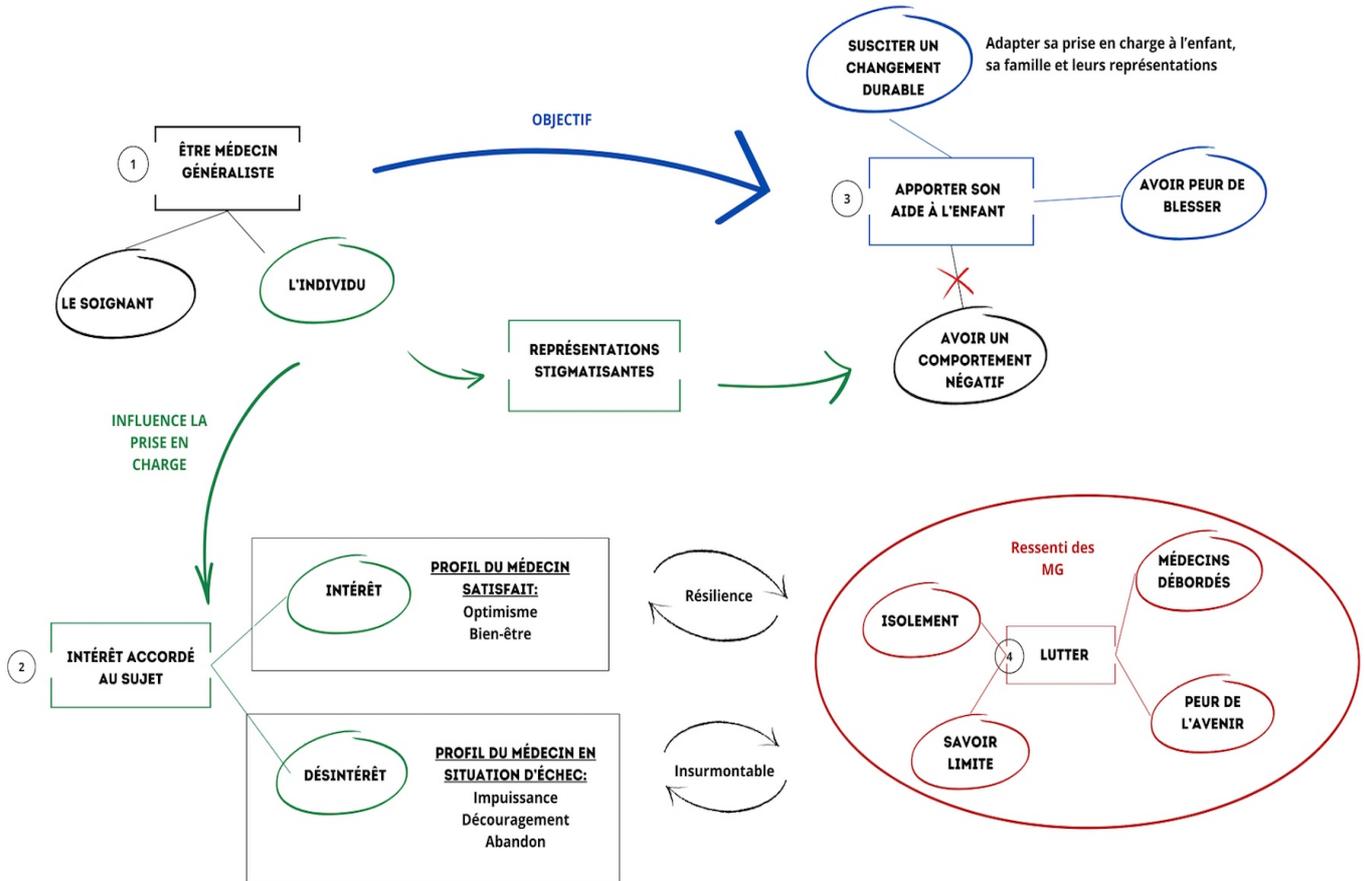
*M7 : « Moi je trouve que c'est .. On en voit de plus en plus. C'est .. franchement c'est une catastrophe je trouve. *silence* On en voit de plus en plus et ça fait peur. »*

Ils anticipaient les futures complications que les enfants risquaient de présenter à l'âge adulte et craignaient la charge de travail supplémentaire que cela allait entraîner.

M11 : « Et après on se dit mince, c'est forcément après des.. Si, ils restent dans la patientèle, des enfants qu'on aura jeunes adultes diabétiques, hypertendus et avec toutes les complications autres de l'obésité. »

IV. DISCUSSION

A. Modèle explicatif :



MODÈLE EXPLICATIF: "VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LORS DE LA CONSULTATION D'ENFANTS OU ADOLESCENTS EN SITUATION D'OBÉSITÉ"

L'analyse des entretiens a permis de faire émerger 4 grands axes (Annexe 6) :

- Les médecins généralistes se définissaient comme des soignants, avec des responsabilités auprès des patients, mais aussi et avant tout comme des individus avec leurs caractéristiques propres, qui influençaient leur exercice médical.

Ainsi parmi les facteurs déterminants l'identité du médecin, on retrouvait : son genre, la fait d'être parent, sa corpulence, ses centres d'intérêts.

Contre toute attente, les médecins avaient des représentations stigmatisantes de l'obésité infantile qui ciblaient les parents.

- L'intérêt porté au sujet de l'obésité différait en fonction des médecins.

La plupart des participants y accordaient peu d'importance et cela se répercutait sur leur prise en charge : ils ne voyaient pas forcément l'obésité infantile comme une « vraie » maladie, ils se montraient passifs, n'aimaient pas aborder le sujet, ils changeaient de conversation. Ils n'avaient pas envie de se former à cette problématique.

Les médecins intéressés par le sujet étaient plus investis dans la prise en charge et se formaient sur le sujet.

- Les médecins voulaient apporter leur aide aux patients et leurs familles. Leur objectif était de susciter des changements de mode de vie durables. Pour cela, ils partageaient un schéma de prise en charge quasi identique : montrer l'obésité avec les courbes sans la verbaliser, interroger les habitudes familiales et chercher le retentissement de l'obésité sur l'enfant, donner des conseils et des objectifs simples, mettre en place un suivi.

Ils craignaient de blesser les enfants et leurs parents et employaient un langage prudent. Malgré tout, on retrouvait des comportements négatifs chez certains médecins.

- Les médecins vivaient la prise en charge de l'obésité infantile comme une lutte. Ils étaient confrontés à des refus de soins ou encore à une obésité familiale qui

compliquaient parfois la prise en charge. Ils déplorait la rupture de suivi des enfants qui retardait le dépistage.

Les médecins se sentaient débordés dans leur exercice quotidien et avaient peur pour l'avenir. Ils estimaient manquer de ressources et de connaissances pour prendre en charge de façon optimale l'obésité infantile.

Deux profils de médecins ont émergés suite à cette étude :

- Le profil du médecin satisfait :

Le médecin satisfait s'intéressait à l'obésité infantile. Il aimait ce sujet et cherchait à se former. Il était lui aussi confronté aux mêmes difficultés que les autres médecins mais faisait preuve de plus de résilience. Il était plus à l'aise lors du suivi, il se sentait bien et était optimiste.

Contre toute attente, les médecins de sexe féminin semblaient plus s'intéresser à l'obésité infantile que leurs collègues hommes. Leur profil correspondait davantage à celui du « médecin satisfait ».

- Le profil du médecin en situation d'échec :

Le médecin en situation d'échec ne s'intéressait pas à l'obésité infantile. Il n'aimait pas le sujet et ne cherchait pas à se former. Il percevait les difficultés comme étant insurmontables. Il se sentait impuissant, se décourageait et abandonnait parfois la prise en charge et le suivi des enfants obèses.

B. Forces et limites de l'étude :

1. Les limites

Il s'agissait de la première étude qualitative de la chercheuse. Trois des treize médecins interrogés connaissaient la chercheuse, ce qui a pu influencer leur discours. Les participants savaient que la chercheuse était interne en médecine puis médecin généraliste remplaçante. Ils étaient informés que la recherche portait sur l'obésité infantile, sans plus de précision. Certains ont pu en profiter pour s'informer sur le sujet préalablement à l'entretien. Les cinq premiers entretiens ont été jugés trop courts par le directeur de thèse ainsi que la chercheuse, et les questions pas assez ouvertes. Cela s'expliquait par le manque d'expérience de la chercheuse à conduire un entretien semi-dirigé. Un nouveau guide d'entretien a été testé avec le directeur de thèse puis mis en place par la suite.

Parmi les 57 e-mails envoyés pour solliciter un entretien, seulement neuf médecins ont répondu de façon favorable. Sept entretiens ont pu être réalisés car deux médecins n'ont plus donné suite. Les raisons motivant l'absence de réponse étaient inconnues de la chercheuse.

La chercheuse a sollicité uniquement des médecins du Calaisis et des alentours afin de faciliter les rencontres en personne.

Les retranscriptions n'ont pas été envoyées aux participants.

2. Les forces

Le choix de l'étude qualitative paraissait être le plus adapté à ce sujet. Les entretiens individuels ont tous été menés en présentiel, sans tierce personne, en dehors des horaires de consultation. Cela a permis aux participants de s'exprimer librement sur leur vécu lors de la consultations d'enfants et adolescents en situation d'obésité.

Les entretiens se sont déroulés sur 16 mois, ce qui a permis à la chercheuse de mieux s'approprier la méthode qualitative et la conduite des entretiens.

La chercheuse a également participé à une formation sur la recherche qualitative afin d'améliorer ses connaissances (week-end de formation organisé par la FAYR-GP à Nancy les 2 et 3 juin 2023).

La suffisance des données a été atteinte et a permis de faire émerger un modèle explicatif.

Tous les entretiens ont été analysés individuellement « en aveugle » par la chercheuse et son collègue Mr CLABAUT Guillaume. Les thèmes émergents et thèmes superordonnés ont ensuite été confrontés et discutés pour parvenir à un consensus.

C. Comparaison à la littérature :

1. Identité du médecin généraliste

Tous les médecins interrogés dans le cadre de notre étude se sont présentés en énonçant leur âge, le lieu de leur exercice et pour certains la date de leur installation. Ils parlaient de leur rôle dans le dépistage de l'obésité infantile, de l'importance d'évaluer les complications et de donner des conseils aux familles.

La littérature confirme la place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile.

La HAS a établi de nouvelles recommandations en 2022. En plus des rôles évoqués plus tôt, le médecin avait pour mission d'évaluer et d'accompagner les changements de comportement, de rechercher des causes rares de l'obésité infantile, d'évaluer les difficultés psychologiques, la situation sociale et la scolarité. Il avait également un rôle d'orientation vers d'autres professionnels de santé afin de co-construire un projet de

soin. Le médecin généraliste était désigné comme le professionnel qui coordonne les soins (25).

Au fil de l'entretien, les participants évoquaient spontanément certaines caractéristiques personnelles qui définissaient leur identité et influençaient leur façon d'exercer. Ils abordaient pour certains leurs enfants, leur situation maritale, leur genre, leur corpulence.

a) Être parent

Les femmes participantes évoquaient facilement leur vie de famille. Elles pensaient être de meilleurs médecins depuis qu'elles avaient des enfants, car elles savaient répondre aux questions des parents autour de la nutrition, des soins, ou encore de l'éducation. Les médecins de sexe masculins évoquaient moins facilement leur vie familiale et se disaient peu influencés par celle-ci dans leur exercice.

Les études retrouvées dans la littérature internationales se concentraient surtout sur les difficultés de concilier études médicales et parentalité. Elles ne décrivaient pas l'influence d'être parent sur l'exercice de la médecine générale.

b) Le genre

Au cours de nos entretiens, un des médecins s'interrogeait sur l'influence que jouait son genre lors de la discussion autour de l'obésité infantile. Il pensait que les adolescentes s'exprimaient moins librement avec lui, et qu'elles seraient plus à l'aise avec une femme.

Un article s'intéressant à l'influence du genre dans les interactions médecin-patient a été publié dans la Revue Médicale Suisse. Les recherches ont montrées que les

hommes et les femmes médecins donnaient à leurs patients la même quantité d'informations médicales. Cependant, les hommes discutaient moins facilement des aspects psycho-sociaux de la maladie et des aspects émotionnels. Ils faisaient également moins de prévention et posaient moins de questions à leurs patients.

D'un autre côté, les femmes médecins employaient un style de communication plus participatif et impliquaient plus facilement le patient dans la discussion. Sur le plan non verbal, elles adoptaient des comportements plus chaleureux (29).

c) La corpulence

Un des médecin interrogés était lui-même en surpoids. Il pensait que cela le rendait plus tolérant envers les familles concernées par l'obésité infantile. Les données sont peu nombreuses à ce sujet.

Une revue de la littérature a souligné le lien entre la corpulence des professionnels de santé et leur attitude envers l'excès pondéral des patients adultes. Les professionnels de santé qui avaient le regard le moins négatif sur les personnes obèses étaient ceux qui étaient eux-mêmes en excès pondéral (30).

2. Représentations de l'obésité infantile

a) Croyances stigmatisantes

Lors de nos entretiens, les participants exposaient leur propre vision de l'obésité infantile. Il s'avère qu'ils avaient beaucoup de croyances et de préjugés autour de l'obésité infantile. Ils pensaient que les familles manquaient de connaissances diététiques, que les parents manquaient de volonté, qu'ils étaient laxistes, qu'ils ne savaient pas cuisiner, qu'ils ne savaient pas lire le nutri-score, qu'ils étaient dans le déni, que l'obésité était souvent familiale, qu'ils ne faisaient pas de sport, ...

Nous n'avons pas retrouvé d'étude concernant le regard que portent les médecins sur les enfants obèses. Chez les adultes, les données issues de la littérature sont nombreuses à confirmer que la grossophobie est présente dans le milieu médical.

Selon une étude française menée par Thuan et Avignon auprès de 600 médecins généralistes, près de trois quart d'entre eux avouaient avoir une attitude négative envers les personnes obèses (31).

Selon Foster et al., aux États-Unis, plus de 50% des médecins généralistes percevaient les personnes obèses comme maladroites, peu attrayantes, laides, et non compliantes. Plus d'un tiers d'entre eux les considéraient comme des personnes à faible volonté, négligentes ou paresseuses (32).

D'autres études mettaient en évidence que les personnes obèses avaient moins recours aux examens de dépistage malgré un risque de cancer plus élevé. Selon Mitchell et al., les femmes en surpoids ou obèses avaient moins recours au frottis cervico-vaginal que les femmes dont l'IMC était normal. Les patientes obèses évoquaient l'embarras, l'inconfort et une faible estime de soi comme des freins au frottis (33).

b) Fonction apostolique de Balint

Les participants à notre étude expliquaient ce qui, selon eux, posait problème dans les habitudes de vie des familles ainsi dans l'éducation donnée aux enfants. Ils étaient convaincus de savoir ce qui était bon pour les familles, et regrettaient qu'elles s'écartent du « droit » chemin.

Cela rappelle « la fonction apostolique », un concept énoncé par Balint dans les années 1950. Selon lui, chaque médecin, porteur de ses valeurs personnelles a sa représentation du malade idéal. « La mission ou fonction apostolique signifie d'abord

que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade. (...) Elle possède une immense puissance et comme nous l'avons découvert, elle influence pratiquement chaque détail du travail du médecin avec ses patients. Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer : de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients» (34). Cette fonction apostolique est probablement moins marquée de nos jours, avec la régression du modèle paternaliste mais elle reste présente.

c) Représentations antagonistes

Au cours des entretiens, les médecins incriminaient le mode de vie des familles comme principale cause de l'obésité infantile. Pour eux, une alimentation déséquilibrée, grignotages, sodas et fast-foods étaient la cause de l'obésité infantile. La télévision et les jeux-vidéos étaient aussi régulièrement cités.

Des études se sont intéressées aux représentations qu'ont les médecins des facteurs liés à l'obésité chez l'adulte. Nous n'avons pas retrouvé d'étude similaire concernant les enfants.

Une étude menée par Bocquier et al. auprès de médecins généralistes français a montré que les médecins imputaient la responsabilité de l'obésité aux patients : ils estimaient que les facteurs « contrôlables par le patient » étaient principalement en cause dans l'obésité. Les facteurs « non contrôlables par le patient » étaient moins importants selon eux (35). Au contraire, les patients pensaient que les facteurs « non contrôlables » étaient majoritairement responsables de leur obésité et attendaient beaucoup de leur médecin concernant leur prise en charge (36).

Ces représentations et attentes antagonistes provoquent un décalage et un sentiment d'insatisfaction partagé par le médecin et son patient.

3. Une relation de confiance qui facilite l'adhésion

Les participants expliquaient que la prise en charge des enfants atteints d'obésité était facile lorsque la famille et le médecin se connaissaient mutuellement, parfois de longue date, et qu'un sentiment de confiance s'était installé. Les données de la littérature sont controversées à ce sujet.

Une étude néo-zélandaise s'est intéressée au lien entre la relation médecin-patient et la compliance au traitement. Elle révélait que sur les 220 patients interrogés, 79% d'entre eux avaient pris le traitement prescrit par le médecin. L'unique facteur associé à la compliance au traitement était l'accord entre le médecin et le patient sur la pathologie et le traitement. Le sentiment de confiance n'était pas associé à une meilleure compliance (37).

Une autre étude menée aux États-Unis montrait que la confiance du patient envers le médecin était associée de façon positive avec l'adhésion à la prise en charge (38).

4. La prise en charge de l'obésité infantile en médecine générale

a) La volonté d'aider

Dans notre étude, tous les médecins interrogés essayaient d'intervenir auprès de l'enfant et de sa famille lorsqu'ils dépistaient une obésité infantile. Ils utilisaient les courbes de taille, poids et IMC pour dépister l'obésité ou un rebond d'adiposité précoce. Ils essayaient de donner des conseils autour de l'alimentation et de l'activité physique. On retrouve ces différentes interventions dans la littérature.

Selon Bocquier et al., plus de 80% des médecins généralistes utilisaient les courbes d'IMC pour diagnostiquer un excès pondéral et le rebond d'adiposité précoce. Ils délivraient des conseils nutritionnels courants comme diminuer la consommation de matières grasses, de sucre, ne pas grignoter entre les repas, augmenter la consommation de fruits et légumes, ou encore réduire les sodas (35).

b) Tenir un discours positif

Les participants essayaient de parler de façon positive aux familles. Ils considéraient que blâmer les comportements inadaptés était contre-productif aux soins. Ils souhaitaient valoriser les bonnes habitudes et encourager les changements de comportements. Les médecins voulaient s'abstenir de tout jugement.

Une étude menée en 2023 par Albury et al. s'est intéressée à la façon dont le langage employé par les professionnels de santé influençait l'évolution de l'obésité chez l'adulte. Elle mettait en évidence que les médecins ayant un langage positif engendraient une meilleure adhésion à la prise en charge et permettaient une perte de poids plus importante que les médecins ayant un langage négatif (39).

c) Avoir peur de blesser

Lors de nos entretiens, un élément revenait sans cesse : la peur de blesser l'enfant ou ses parents en abordant l'obésité infantile. On retrouve cette crainte dans la littérature. Une étude qualitative suédoise montrait que les professionnels de santé avaient peur de la réaction des parents à l'annonce du diagnostic. Ils craignaient d'offenser les parents et qu'ils se sentent jugés. Ce sentiment pouvait entraîner l'évitement du sujet par certains professionnels de santé (40).

Pour éviter de blesser l'enfant et ses parents, les médecins développaient un certain nombre de stratégies :

- Aborder le sujet au bon moment :

Les participants à notre étude expliquaient ne pas aborder le sujet lors de la première consultation. Ils préféraient attendre qu'un climat de confiance s'installe avec la famille. Il y a peu d'études à ce sujet. Selon McPherson et al., discuter de l'obésité de l'enfant lors du premier contact pouvait être mal perçu par certains parents alors que d'autres voyaient de façon favorable l'abord du sujet lors d'une première consultation si le médecin avait de bonnes compétences relationnelles et était bien formé à la communication (41).

- Taire le mot « obésité » :

Les médecins interrogés évitaient d'employer le mot « obésité ». Ils utilisaient plus facilement le terme « surpoids » qu'ils jugeaient moins stigmatisant. Les participants prêtaient une grande attention au langage qu'ils employaient.

De multiples études se sont intéressées au langage employé pour parler de l'excès pondéral et de sa perception par le patient.

Une étude canadienne qualitative menée auprès d'enfants obèses et de leurs parents montrait que de façon générale, les termes « gros », « obèse », « obésité majeure » étaient considérés comme stigmatisants par les enfants et les parents. Le mot « surpoids » ou encore « croissance » étaient plus appréciés (41).

Selon Auckburally et al., les adolescents préféraient les mots « poids », « problème de poids » et les parents d'enfants plus jeunes privilégiaient les expressions comme « prendre trop de poids » ou encore « trop de poids pour sa santé » (42).

5. Importance accordée au sujet

a) L'obésité est-elle vraiment une maladie ?

Lors de nos entretiens, un des participants expliquait qu'il ne considérait pas l'obésité infantile comme une maladie.

Plusieurs études se sont penchées sur la question « l'obésité est-elle une maladie ? ». Toujours selon Thuan et Avignon, l'avis des médecins généralistes français était très tranché sur la question : 90% d'entre eux considéraient l'obésité comme une maladie (31). L'étude menée en parallèle par Bocquier et al. auprès de 600 médecins généralistes de Provence confirmait ces résultats (35).

b) Se sentir concerné

Les médecins interrogés dans le cadre de notre étude estimaient qu'ils avaient un rôle à jouer dans le dépistage et la prise en charge de l'obésité infantile. Certains souhaitaient acquérir davantage de connaissances sur ce sujet.

Les données issues de la littérature vont dans ce sens : Selon Story et al., les médecins généralistes pensaient majoritairement qu'il était de leur ressort de prendre en charge l'obésité et le surpoids de l'enfant. Ils étaient très intéressés par une formation plus approfondie sur la gestion de l'obésité des enfants et des adolescents, notamment les thérapies comportementales et le coaching parental (43).

c) Désinvestissement

Lorsqu'ils ne constataient pas de modifications des comportements ni d'effet positif sur l'IMC de l'enfant en dépit de leurs interventions, les médecins pouvaient abandonner la prise en charge de l'enfant. Ce phénomène de désinvestissement est retrouvé dans

la littérature. Ainsi, selon Rasinski et al., les médecins généralistes qui étaient peu satisfaits de leur prise en charge se désinvestissaient de celle-ci (44).

Une autre étude réalisée aux États-Unis mettait en évidence que moins de la moitié des adultes obèses recevaient des informations et conseils de la part de leur médecin généraliste concernant leur corpulence (45).

6. Les ressources les plus utilisées

a) Mission : Retrouve ton cap

Les participants à notre étude connaissaient tous la « Mission : Retrouve ton cap » mais ils n’y avaient pas tous recours. Certains participants n’y avaient pas recours car ils ne connaissaient pas les critères d’accès au programme. D’autres estimaient que les familles n’adhéreraient pas au programme, donc ne les y orientaient pas.

Les médecins qui adressaient leurs patients à ce programme en étaient très satisfaits. Ils trouvaient le programme bénéfique pour les enfants et constataient une diminution ou une stabilisation de leur IMC suite au programme.

Le rapport d’évaluation de la « Mission : retrouve ton cap » établi en 2021, estimait que près de deux tiers des enfants inclus voyaient leur IMC baisser ou se stabiliser.

Concernant leur mode de vie, 82% des enfants amélioraient au moins une habitude alimentaire. L’activité physique et l’exposition aux écrans connaissaient une évolution plutôt positive quoi que très limitées (27).

b) ETP

Plusieurs participants à notre étude expliquaient travailler dans une structure proposant des séances d’ETP « obésité de l’enfant ». Ils pensaient que les enfants

aimaient participer aux séances mais ils étaient mitigés quant à l'efficacité de l'ETP sur la stabilisation de l'IMC et le changement de certaines habitudes dans le temps.

Une étude a comparé l'efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique versus un programme dit traditionnel (46).

Dans le groupe ETP, le nombre d'enfants obèses était réduit de 25%. Le nombre d'enfants en obésité sévère avait diminué de 50% après les 3 ans de suivi. Le groupe « programme traditionnel » montrait également une modification significative de l'IMC mais moins importante. Concernant leurs habitudes de vie, 87% des enfants avaient amélioré leur alimentation et 72% avaient augmenté leur activité physique.

7. La perception du médecin de son intervention:

a) Une prise en charge difficile

Dans notre étude, les médecins interrogés expliquaient la complexité de la prise en charge de l'obésité infantile. Le manque de temps, le manque de compliance des patients et le manque d'outils limitaient leur prise en charge. L'obésité des parents pouvait aussi compliquer les soins. La littérature internationale retrouvait ces différents éléments compliquant l'intervention des médecins généralistes (43) (47).

8. Un sentiment d'inefficacité

Dans notre étude, la majorité des participants considéraient leur prise en charge de l'obésité infantile comme inefficace. Ils pensaient que malgré leur intervention, il n'y avait pas d'amélioration ou de stabilisation de l'IMC. Ce sentiment coïncide avec les données de la littérature. Plusieurs études mettent en évidence que la majorité des médecins généralistes se trouvaient peu ou pas efficaces pour la prise en charge de l'obésité chez l'adulte, l'enfant et l'adolescent (35) (32).

Concernant l'adulte, selon Thuan et Avignon, 66% des médecins généralistes français estimaient que seulement une petite proportion de patients pouvait perdre du poids et maintenir cette perte de poids au long terme (31).

D'autres études ont montrées que les médecins généralistes attendaient de leurs patients une perte pondérale supérieure à celle conseillée par les recommandations. Alors que la HAS recommandait une perte de poids modérée et maintenue de 5 à 10% chez les adultes obèses, deux tiers des médecins généralistes français avaient pour objectif une réduction de 15% (35).

En plus de témoigner d'un manque de connaissances des recommandations officielles, ces objectifs difficilement atteignables peuvent renforcer le sentiment d'échec des médecins ainsi que des patients.

a) Un sentiment d'insatisfaction

Les médecins interrogés dans la cadre de notre étude étaient partagés quant à leur ressenti vis-à-vis du suivi des enfants atteints d'obésité.

La majorité d'entre eux rapportaient des sentiments de frustration et de mécontentement. Seuls quelques médecins aimaient la prise en charge et le suivi des enfants obèses et en retiraient de la satisfaction.

Les données issues de la littérature vont dans le même sens que notre étude.

Une étude menée par Jay et al. sur l'attitude de médecins de différentes spécialités aux États-Unis mettait en évidence que la majorité des praticiens trouvaient la prise en charge des patients obèses frustrante (48).

b) Manque de connaissance

Les participants à notre étude rapportaient manquer de connaissances en diététique et sur le sujet de l'obésité infantile. Ces propos coïncident avec les études.

Selon Bocquier et al, 80% des médecins généralistes estimaient avoir besoin de plus de formation, surtout dans le domaine de la nutrition et des thérapies comportementales. Ainsi, la prise en charge nutritionnelle des patients restait souvent limitée à des conseils ponctuels. De plus cette étude révélait que plus d'un médecin sur deux interdisait la consommation de certains aliments aux enfants (35).

Certains participants à notre étude déploraient également un manque de compétence en matière de communication. Un article s'intéressant à la relation médecin-patient et aux comportements de santé a été publié en 2013. Il rapportait que le mode de communication utilisé lors de la consultation pouvait influencer l'aptitude au changement du patient. Les interventions traditionnelles comme informer et donner des conseils étaient d'une efficacité limitée pour entraîner des changements de comportement de par leur approche plus ou moins directive (49).

L'entretien motivationnel, un mode de communication centré sur le patient semblait être une approche plus performante pour engendrer des changements durables de mode de vie chez les patients atteints de pathologies chroniques comme l'obésité (50) (51).

c) Sentiment de solitude

Les participants à notre étude étaient divisés concernant leur sentiment de solitude. Certains exerçaient dans une structure proposant un accompagnement des enfants obèses et se sentaient isolés uniquement lorsque les familles refusaient la prise en

charge en ETP ou refusaient la « Mission : retrouve ton cap ». Les médecins qui n'exerçaient pas dans une structure proposant une prise en charge pluridisciplinaire avaient plus tendance à se sentir isolés.

Les études ont montrées que moins d'un tiers des médecins généralistes avaient recours à d'autres professionnels lors de la prise en charge de l'obésité infantile. Le recours le plus fréquent concernait les diététicien(ne)s (35).

d) Avoir peur de l'avenir

Les médecins interrogés dans le cadre de notre étude ressentaient une certaine angoisse concernant l'avenir de leur exercice. Ils anticipaient les futures complications de l'obésité infantile et la charge de travail que cela allait représenter.

Ils décrivaient un métier en cours de mutation avec une démographie médicale en baisse, l'émergence de la téléconsultation, et une charge administrative toujours plus lourde.

L'atlas de la démographie médicale en France établi par le CNOM en 2023 révélait que la proportion de médecins généralistes parmi les autres spécialités était en diminution. En effet en 2010, les médecins généralistes représentaient 48% de l'ensemble des médecins, contre 43,3% en 2023. En 2023, on comptait plus de départ à la retraite de médecins généralistes que de nouveaux diplômés : la balance « entrant / sortant » chez les médecins généralistes était en déficit de – 1143 (52).

V. CONCLUSION

Cette étude s'est intéressée au vécu des médecins généralistes lors de la consultation d'enfants ou adolescents en situation d'obésité. Elle a révélé que les médecins généralistes souhaitaient apporter leur aide et prendre en charge l'obésité infantile. Leur approche était prudente, de peur de blesser l'enfant et sa famille .

Les médecins généralistes avaient leurs propres représentations, souvent stigmatisantes de l'obésité infantile. Celles-ci étaient issues de leur éducation, leur formation, leurs rencontres et expériences de vie. Leur intérêt pour le sujet variait et cela influençait leur prise en charge.

Les médecins généralistes rencontraient de nombreuses difficultés au cours du suivi des enfants obèses. Ils avaient connaissance des ressources disponibles localement mais se sentaient parfois isolés. Ils étaient débordés et avaient peur de l'avenir. Leur satisfaction autour de la prise en charge différait et faisait émerger deux profils de médecins généralistes :

- Le médecin en situation d'échec qui était mécontent de sa prise en charge. Il ne s'intéressait pas à l'obésité infantile et n'envisageait pas de se former. Il vivait les difficultés rencontrées comme insurmontables, ce qui provoquait découragement et parfois abandon de la prise en charge.
- Le médecin qui ressentait de la satisfaction lors du suivi s'intéressait au sujet de l'obésité infantile. Il faisait face aux difficultés avec résilience. Il était optimiste, enthousiaste et se sentait à l'aise.

VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Définitions et épidémiologie de l'obésité de l'enfant [Internet]. [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/definitions-et-epidemiologie-de-lobesite-de-lenfant>
3. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 21 févr 2024]. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-et-l-adolescent-e
4. En 40 ans, les cas d'obésité chez l'enfant et l'adolescent ont été multipliés par dix [Internet]. [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>
5. L'obésité reste élevée chez les enfants de la Région européenne : un nouveau rapport de l'OMS présente les dernières données par pays [Internet]. [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/fr/news/item/08-11-2022-childhood-obesity-in-european-region-remains-high--new-who-report-presents-latest-country-data>
6. SPF. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006 [Internet]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/corpulence-des-enfants-et-des-adultes-en-france-metropolitaine-en-2015.-resultats-de-l-etude-esteban-et-evolution-depuis-2006>
7. chevalier.n@chu-nice.fr. Item 253 - Obésité de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. Société Française d'Endocrinologie. 2022 [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.sfendocrino.org/item-253-obesite-de-lenfant-et-de-ladolescent/>
8. Activité physique [Internet]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
9. Hermes FN, Nunes EEM, Melo CM de. Sleep, nutritional status and eating behavior in children: a review study. Rev Paul Pediatr. 2022;40:e2020479.
10. Poids à la naissance et origine sociale : qui sont les enfants les plus exposés au surpoids et à l'obésité ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/poids-la-naissance-et-origine-sociale-qui-sont-les-enfants-les>
11. Roth B. Aspects psychologiques de l'obésité infantile et de son traitement [Internet]. pädiatrie schweiz. 2004 [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.paediatrieschweiz.ch/fr/aspects-psychologiques-de-lobesite-infantile-et-de-son-traitement/>
12. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-sante-des-eleves-de-grande-section-de-maternelle-en-2013-des>
13. A D, A D. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 21 févr 2024]. Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-l-obesite-en>

france

14. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 21 févr 2024]. Surpoids et obésité chez l'enfant : vers une prise en charge globale et multidimensionnelle. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3320587/fr/surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-vers-une-prise-en-charge-globale-et-multidimensionnelle
15. Stratégie mondiale pour l' alimentation, l' exercice physique et la santé [Internet]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9241592222>
16. L'OMS lance son Plan d'action mondial pour l'activité physique [Internet]. [cité 14 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/04-06-2018-who-launches-global-action-plan-on-physical-activity>
17. OMS. rapport de la comission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant- plan de mise en oeuvre - OMS - mars2017.pdf [Internet]. 2017. Disponible sur: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_8-fr.pdf
18. Livre blanc Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité [Internet]. 2007. Disponible sur: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A52007DC0279>
19. European public health alliance. EU action plan on childhood obesity 2014-2020 - Feb2014.pdf [Internet]. 2014. Disponible sur: https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en_0.pdf
20. 2022-12-egid-obelisk - UFR3S [Internet]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://ufr3s.univ-lille.fr/actualites-ufr3s/recherche/2022-12-egid-obelisk>
21. Agence nationale de la recherche [Internet]. [cité 21 févr 2024]. PREVENTION DE L'OBESITÉ DE L'ENFANT TOUT AU LONG DE LA VIE. Disponible sur: <https://anr.fr/Projet-ANR-22-SRSE-0005>
22. Bouger M. Manger Bouger. [cité 21 févr 2024]. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS). Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/ressources-pros/le-programme-national-nutrition-sante-pnns>
23. sports.gouv.fr [Internet]. [cité 21 févr 2024]. Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/strategie-nationale-sport-sante-2019-2024-85>
24. Santé Publique France. Recommandation sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité pour les adultes - Santé publique France - Jan2019.pdf. 2019.
25. HAS. guide du parcours de soins surpoids et obesite enfantset adolescents - HAS - fev 2023.pdf. 2022.
26. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 21 févr 2024]. Éducation thérapeutique du patient (ETP). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
27. Planète Publique. rapport-evaluation-experimentation-mission-retrouve-ton-cap_assurance-maladie.pdf [Internet]. 2021. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/evalmrtc_annexe_2_analysesge_mars20.pdf
28. OBEPEDIA [Internet]. Obésité Hauts-de-France. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://obesite-hdf.fr/parcours-de-soins/obepedia/>
29. Cousin G, Schmid Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? Rev Med Suisse. 28 juill 2010;257(27):1444-7.
30. Zhu D, Norman IJ, While AE. The relationship between health professionals' weight status and attitudes towards weight management: a systematic review. Obes Rev. mai 2011;12(5):e324-337.

31. Thuan JF, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes (Lond)*. sept 2005;29(9):1100-6.
32. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res*. oct 2003;11(10):1168-77.
33. Mitchell RS, Padwal RS, Chuck AW, Klarenbach SW. Cancer Screening Among the Overweight and Obese in Canada. *American Journal of Preventive Medicine*. 1 août 2008;35(2):127-32.
34. Attali C, Mazabrard P. Du médecin savant au médecin compétent. Une analyse des limites du modèle paternaliste en médecine générale. *Commentaire. Sciences sociales et santé*. 2015;33(4):67-72.
35. Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux JC, Lussault PY, Basdevant A, Verger P. La prise en charge de l'obésité: Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA ; résultats d'une enquête téléphonique. *La Presse Médicale*. 1 juin 2005;34(11):769-75.
36. Ogden J, Bandara I, Cohen H, Farmer D, Hardie J, Minas H, et al. General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it? *Patient Educ Couns*. sept 2001;44(3):227-33.
37. Kerse N, Buetow S, Mainous AG, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. *The Annals of Family Medicine*. 1 sept 2004;2(5):455-61.
38. Berry LL, Parish JT, Janakiraman R, Ogburn-Russell L, Couchman GR, Rayburn WL, et al. Patients' Commitment to Their Primary Physician and Why It Matters. *The Annals of Family Medicine*. 1 janv 2008;6(1):6-13.
39. Albury C, Webb H, Stokoe E, Ziebland S, Koshiaris C, Lee JJ, et al. Relationship Between Clinician Language and the Success of Behavioral Weight Loss Interventions: A Mixed-Methods Cohort Study. *Ann Intern Med*. nov 2023;176(11):1437-47.
40. Regber S, Mårild S, Johansson Hanse J. Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. *BMC Nursing*. 5 déc 2013;12(1):27.
41. McPherson AC, Knibbe TJ, Oake M, Swift JA, Browne N, Ball GDC, et al. "Fat is really a four-letter word": Exploring weight-related communication best practices in children with and without disabilities and their caregivers. *Child: Care, Health & Development*. juill 2018;44(4):636-43.
42. Auckburally S, Davies E, Logue J. The Use of Effective Language and Communication in the Management of Obesity: the Challenge for Healthcare Professionals. *Curr Obes Rep*. 2021;10(3):274-81.
43. Story MT, Neumark-Stzainer DR, Sherwood NE, Holt K, Sofka D, Trowbridge FL, et al. Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. *Pediatrics*. juill 2002;110(1 Pt 2):210-4.
44. Rasinski KA, Lawrence RE, Yoon JD, Curlin FA. A Sense of Calling and Primary Care Physicians' Satisfaction in Treating Smoking, Alcoholism, and Obesity. *Archives of Internal Medicine*. 8 oct 2012;172(18):1423-4.
45. Galuska DA, Will JC, Serdula MK, Ford ES. Are health care professionals advising obese patients to lose weight? *JAMA*. 27 oct 1999;282(16):1576-8.
46. Tanas R, Pedretti S, Gilli G, Gagnayre R, Marcolongo R. Evaluation clinique d'un programme d'éducation thérapeutique centré sur les familles d'enfants et

- d'adolescents obèses ou en surpoids. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ.* 1 déc 2011;3(2):S111-20.
47. King LA, Loss JH, Wilkenfeld RL, Pagnini DL, Booth ML, Booth SL. Australian GPs' perceptions about child and adolescent overweight and obesity the Weight of Opinion study. *Br J Gen Pract.* 1 févr 2007;57(535):124-9.
48. Jay M, Kalet A, Ark T, McMacken M, Messito MJ, Richter R, et al. Physicians' attitudes about obesity and their associations with competency and specialty: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research.* 24 juin 2009;9(1):106.
49. Benarous X, Legrand C, Consoli SM. L'entretien motivationnel dans la promotion des comportements de santé : une approche de la relation médecin/malade. *La Revue de Médecine Interne.* 1 mai 2014;35(5):317-21.
50. Laurin C, Lavoie KL. L'entretien motivationnel et les changements de comportements en santé. *Perspectives Psy.* 2011;50(3):231-7.
51. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 1 avr 2005;55(513):305-12.
52. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 8 févr 2024]. La démographie médicale. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medecale>

VII. ANNEXES

A. Annexe 1 : Premier guide d'entretien :

Guide d'entretien semi dirigé

Informations sur le médecin :

- Sexe
- Age
- Date d'installation
- Mode d'exercice : urbain, rural, semi rural
- Pourcentage d'enfants dans la patientèle

Approche de l'enfant lors de la consultation

- Comment abordez-vous la question du poids devant un enfant en situation d'obésité ?
- Comment utilisez-vous les courbes de percentile en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant disponible dans les carnet de santé ? Faites vous les courbes de croissance systématiquement ?
- Comment utilisez-vous l'IMC ?

Prise en charge par le médecin généraliste

- Que faites-vous face à un enfant en situation d'obésité ?
- Comment organisez-vous la prise en charge ?
- Orientez-vous l'enfant vers d'autres intervenants ? si oui lesquels ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous à la prise en charge ?

Ressenti du médecin

- Comment vous sentez vous lors de la consultation où vous voyez un enfant en surpoids ou obèse ?
- Que pensez-vous de votre prise en charge de l'obésité de l'enfant ?
- Quels résultats obtenez-vous ?
- Vous sentez vous isolés dans la prise en charge des enfants en situation d'obésité ? Si oui pourquoi ?
- Quelle formation avez-vous suivi sur l'obésité infantile ? Que faudrait-il changer selon vous ?

B. Annexe 2 : Guide d'entretien définitif:

Guide d'entretien

Présentation du MG :

- Pouvez-vous vous présenter ?
- Comment décririez-vous votre activité ?

Mise en situation :

- Pouvez-vous me raconter le déroulement de la dernière consultation avec un enfant en situation d'obésité ?
- De façon générale, comment se passent ces consultations ?

Ressenti du MG :

- Comment vous sentez-vous lors de ces consultations ?
- Quelles sont les difficultés selon vous ?

Ressources du MG :

- Quels éléments permettent de vous aider ?
- Travaillez-vous avec d'autres intervenants ?

Retour sur expérience

- Quelles sont les choses à améliorer selon vous ?
- Que pensez-vous de votre prise en charge ?

C. Annexe 3 : Lettre d'information destinée aux participants

Lettre d'information participants : Thèse de médecine générale :

Bonjour,

Je m'appelle Emeline RAULT et je suis interne de médecine générale.

Je réalise une thèse qualitative sur l'obésité infantile en soins primaire, par le biais d'entretiens semi-dirigés. En tant que premier intervenant dans le parcours de soins, le médecin généraliste tient un rôle central dans le suivi et la prise en charge des enfants obèses.

C'est pourquoi j'aimerais si vous le souhaitez, vous rencontrer pour échanger à ce sujet.

Mon travail est encadré par le Docteur Marc Poulain, médecin généraliste et maître de stage de l'université de Lille.

Les critères d'inclusion sont : être médecin généraliste et avoir été confronté à l'obésité infantile lors de consultations en soins primaires.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Aussi pour assurer une sécurité optimale ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2021-293 au registre des traitements de l'Université de Lille.

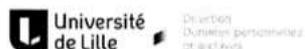
Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr .

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

En signant ci-dessous, vous déclarez être volontaire pour la participation à cette étude.

Merci à vous !

D. Annexe 4 : Attestation de déclaration de protection des données



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 Rue Paul Duez 59000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Questionner les médecins généralistes sur leur pratique et mettre en évidence leur difficultés à prendre en charge les enfants en situation d'obésité malgré les recommandations officielles.
Référence Registre DPO : 2021-293
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme. Emeline RAULT

Fait à Lille,

Le 30 Novembre 2021

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

E. Annexe 5 : Traduction française de la liste de contrôle

COREQ :

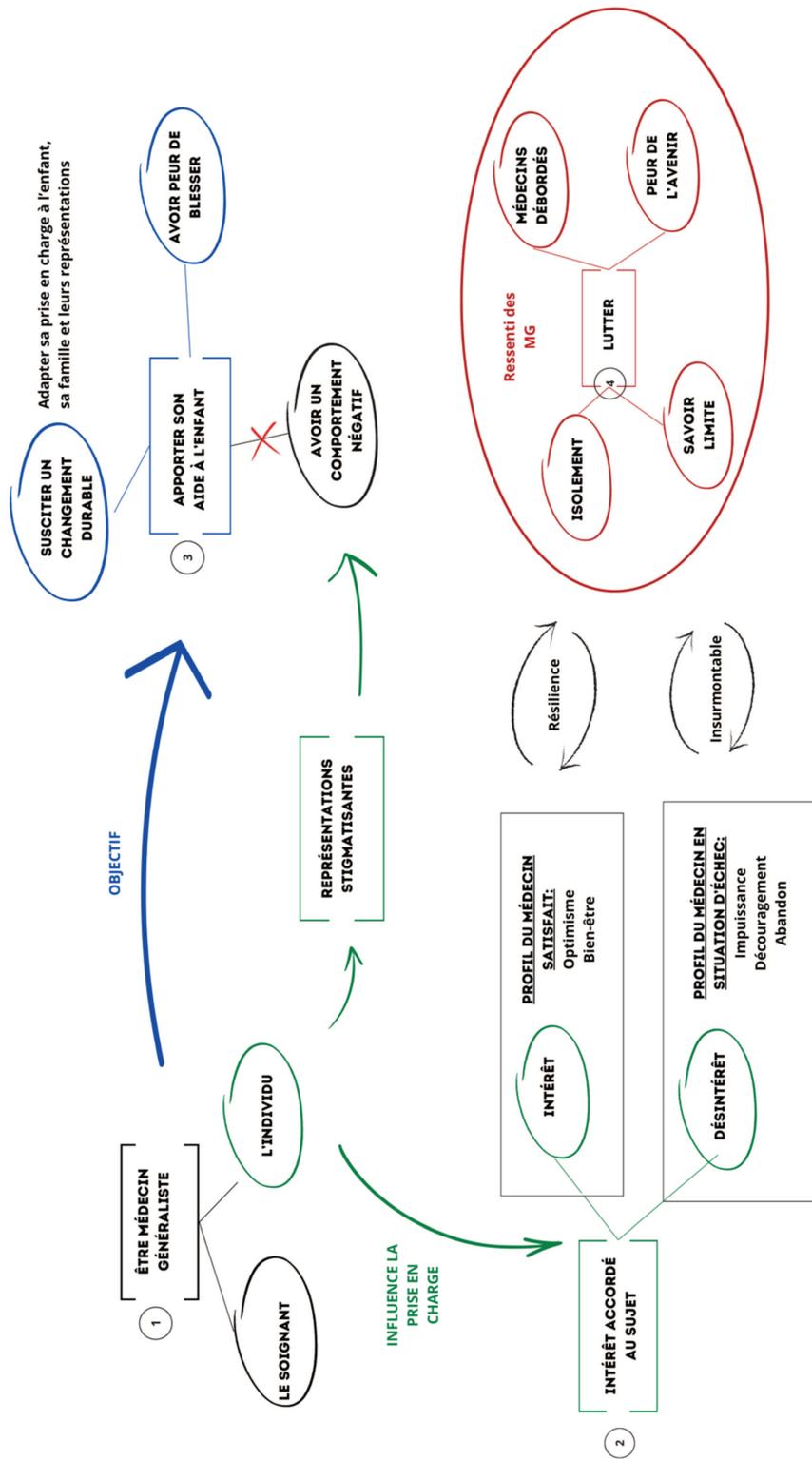
Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

F. Annexe 6 : Modèle explicatif



MODÈLE EXPLICATIF: "VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LORS DE LA CONSULTATION D'ENFANTS OU ADOLESCENTS EN SITUATION D'OBÉSITÉ"

AUTEUR(E) : Nom : RAULT

Prénom : Emeline

Date de soutenance : 4 avril 2024

Titre de la thèse : Vécu des médecins généralistes lors de la consultation d'enfants ou adolescents en situation d'obésité : étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés dans les Hauts-de-France.

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Médecin généraliste, Enfant, Adolescent, Obésité infantile, Obésité

Résumé :

Introduction : Depuis 1975, le taux d'obésité infantile a été multiplié par 10 dans le monde entier. En France en 2015, 17% des enfants de 6 à 17 ans sont en surpoids dont 4% en situation d'obésité. La prévalence de l'obésité infantile s'est stabilisée entre 2006 et 2015 mais reste importante. Le médecin généraliste tient une place centrale dans le suivi des enfants obèses. L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu des médecins généralistes lors de la consultation d'enfants ou adolescents en situation d'obésité.

Méthode : Étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes. L'analyse des données s'inspire de la phénoménologie interprétative. Elle a été menée grâce au logiciel Word®, avec triangulation des données.

Résultats : Les médecins généralistes étaient influencés dans leur exercice par leurs caractéristiques personnelles. Ils avaient des représentations stigmatisantes de l'obésité infantile. Ils souhaitaient aider les enfants obèses et faire preuve de bienveillance. Leur intérêt pour le sujet variait. Ils pouvaient ressentir un sentiment d'échec, d'impuissance et de découragement au cours de la prise en charge, alors que d'autres en tiraient de la satisfaction. Les médecins généralistes trouvaient que les ressources étaient insuffisantes et que la prise en charge était éprouvante. Ils se sentaient débordés et avaient peur pour l'avenir de leur exercice.

Conclusion : Cette étude a fait émerger deux profils : le médecin en situation d'échec était majoritaire. Il ne s'intéressait pas à l'obésité infantile et ne cherchait pas à se former. Il percevait les difficultés comme insurmontables. Il se sentait impuissant et découragé. Le médecin satisfait de sa prise en charge s'intéressait au sujet et cherchait à se former. Il faisait preuve de résilience face aux difficultés. Il était à l'aise lors du suivi et était optimiste.

Composition du Jury :

Président : Pr Frédéric GOTTRAND

Assesseur : Dr Jan BARAN

Directeur de thèse : Dr Marc POULAIN