

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 29 Avril 2021 à Poitiers
Par Ronan VESSIERE né le 11 Décembre
1991 à Bressuire.

**Prise en charge du surpoids et de l'obésité de
l'enfant : Etude qualitative auprès de 9
médecins généralistes de la Vienne (86)**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Docteur François BIRAULT

Monsieur le Docteur Bernard FRECHE

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Natacha MESRINE

Monsieur le Docteur Paul VANDERKAM

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 29 Avril 2021 à Poitiers
Par Ronan VESSIERE né le 11 Décembre
1991 à Bressuire.

**Prise en charge du surpoids et de l'obésité de
l'enfant : Etude qualitative auprès de 9
médecins généralistes de la Vienne (86)**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Docteur François BIRAULT
Monsieur le Docteur Bernard FRECHE

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Natacha MESRINE
Monsieur le Docteur Paul VANDERKAM

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (retraite 01/03/2021)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (en mission 2020/21)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (en cours d'intégration PH)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c nov.2020)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 1 an)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur de Professeur Philippe BINDER,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse afin d'évaluer ce travail.

A Monsieur le Docteur François BIRAULT et Monsieur de Docteur Bernard FRECHE,

Merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse.

A l'ensemble des neuf médecins généralistes de la Vienne ayant accepté de participer à cette thèse,

Merci de m'avoir accordé quelques minutes de votre temps précieux au milieu de vos agendas déjà surchargés.

A toutes les équipes médicales et paramédicales du service de Pédiatrie, d'Urgences et de Gériatrie du CHU de Poitiers et du service de Médecine Interne du CH de Châtellerauld,

Merci pour la formation que vous m'avez apporté pendant toute la durée de mon internat.

Au Dr Gérard BRU et au Dr Nicole CAUNES,

Merci pour votre bienveillance et votre accompagnement au cours de mon stage de SASPAS.

Au Dr Paul VANDERKAM,

Merci d'avoir accepté de co-diriger cette thèse, merci pour ton soutien et ton expertise et merci pour tous les précieux conseils donnés tout au long de son écriture.

Au Dr Véronique FAUGEROUX,

Merci à toi de m'avoir transmis ton savoir-faire et ta passion pour la médecine générale. Merci de m'avoir fait confiance pour mes premiers remplacements dès la fin de mon internat.

Au Dr Michel FAURE,

Merci de m'avoir ouvert les yeux sur une autre vision de la médecine générale. Merci de m'avoir accueilli chez toi comme un ami dès le premier jour. Merci pour ces longues heures de discussion autour d'un bon repas, ou nous avons refait le monde plus d'une fois et merci pour ces sorties VTT qui nous ont permis de penser à autre chose qu'à notre métier.

Au Dr Natacha MESRINE,

Merci pour tout ton accompagnement depuis les premières heures de mon internat. De la découverte de la médecine générale à la direction de ma thèse en passant par le SASPAS, tu as toujours été

présente, à l'écoute et de bon conseil. C'est avec un grand plaisir que je m'installe à tes côtés pour les années à venir dans ce nouveau projet à Verrières. Merci mille fois pour tout ce que tu m'as apporté personnellement et professionnellement ces dernières années.

A Jo, Coralie, Alex et Hugo,

Merci pour les millions de souvenirs que nous avons pu créer ensemble tout au long de nos études de médecine. Ces années auraient certainement été bien moins amusantes sans vous. Même si nos chemins se sont un peu éloignés ces dernières années, ça sera toujours un plaisir de vous retrouver et de se remémorer tous ces souvenirs ensemble.

A Viktoria, Mélodie, Mathilde, Arnaud et Victor,

Merci pour tous ces moments inoubliables que nous avons pu vivre ensemble au cours de l'internat. D'abord collègues, vous êtes devenus aujourd'hui des amis sur qui je sais pouvoir compter au quotidien.
<3

A Françoise, Jean-Christophe, Margot et Pierre,

Merci à vous de m'avoir accueilli dans votre famille depuis le premier jour de ma rencontre avec Eva. Merci pour les moments de détente, de vacances de jeux et de chamaillerie (N'est-ce pas Margot... 😊) tout au long de ces dernières années, en espérant qu'ils soient encore nombreux dans les années à venir.

A Yvonne, Basil et Liam,

Un immense merci pour l'accueil que vous m'avez réservé au sein de votre famille durant cette magnifique année en Nouvelle-Zélande. Cette aventure aurait forcément eu une autre saveur sans votre rencontre et restera à jamais gravée dans ma mémoire.

A ma sœur,

Merci pour ta présence et ton soutien dans les bons comme dans les mauvais moments depuis que nous sommes tout petits. Merci d'avoir supporté mon très bon (mais parfois mauvais) caractère tout au long de ces années. Merci de m'avoir écouté me plaindre à longueur de journée, d'avoir accepté ces nombreuses parties de jeux de sociétés, parfois contre ton gré, et merci pour tous les bons plats préparés par les parents que tu m'as laissé (et encore t'as pas tout vu... 😊).

Et merci à ton blond, **Louis**, pour les multiples parties de Dig Your Way Out, Gold River, etc... Les week-ends passés ensemble sont toujours des moments très agréables.

A mes parents,

Merci pour l'amour et l'éducation que vous m'avez apporté depuis le jour de ma naissance. Merci d'avoir toujours cru en moi tout au long des différentes étapes de ma vie. Merci pour la confiance que vous m'avez accordé en m'envoyant à l'autre bout du monde avant même mes 18 ans. Et merci pour le soutien que vous m'avez apporté durant ces longues années d'étude. Cette soutenance de thèse et les nombreuses années d'exercices de la médecine générale qui j'espère la suivront n'auraient jamais été possibles sans vous à mes côtés.

Merci pour tout !! 

Et bien sûr à Eva,

Merci pour tout le soutien que tu m'as apporté durant l'écriture de cette thèse.

Mais surtout merci d'embellir ma vie au quotidien depuis plus de 5 ans déjà. Merci pour l'amour que tu me portes, et merci pour tous ces moments magiques partagés ensemble depuis le premier jour. Heureux, fatigué, en colère, triste ou angoissé, tu es la seule personne capable de me comprendre en une seconde et à pouvoir me redonner le sourire en un seul regard. J'ai aimé tous les instants passés avec toi ces dernières années et j'ai hâte de vivre les suivants en ta compagnie, en espérant qu'ils soient remplis moments merveilleux, à commencer par notre mariage qui approche à grand pas. Je t'aime.

INTRODUCTION

La prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant n'a cessé d'augmenter partout dans le monde au cours de ces dernières années et est devenue un problème majeur de santé publique selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1). Cette maladie est aujourd'hui considérée comme une pandémie (2). Selon plusieurs études, 55% des enfants obèses le resteront jusqu'à l'adolescence et 70% des adolescents obèses le seront toujours à l'âge adulte (3). Par ailleurs, les premières complications de l'obésité apparaissent dès l'enfance (4). Afin de prévenir et de prendre en charge de façon optimale cette maladie, une prise en charge précoce est indispensable (5). Du fait de sa position, le médecin généraliste a une place centrale non seulement pour la dépister et la prendre en charge, mais aussi pour en assurer sa prévention (6). Cependant, ces dernières années plusieurs travaux explorant le ressenti des médecins généralistes ont soulevé de nombreuses problématiques dans le domaine. Un article a montré que 59% des praticiens se sentaient inefficaces dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant (7). Une autre étude anglaise a montré que 40% des médecins généralistes n'abordaient pas le sujet du surpoids avec leurs patients car ils ne se sentaient pas assez au fait des recommandations concernant la prise en charge, estimaient manquer de temps et avaient la sensation que les familles n'étaient pas assez impliquées (8). Enfin, une méta-analyse montrait que la peur de rompre la relation médecin/patient ainsi que le manque d'efficacité de la prise en charge étaient des motifs suffisants pour éluder le sujet (9).

Ces freins décrits par les médecins généralistes montrent qu'il existe des lacunes dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant. Un travail de thèse réalisé auprès de dix médecins généralistes du Var en 2017 avait montré l'importance de l'existence d'un réseau de professionnels pour prendre en charge la maladie de façon optimale (10).

Le département de la Vienne possède à ce jour deux structures rattachées au CHU de Poitiers offrant une solution dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant : le Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) et la Villa Santé. Cependant, ces deux structures n'ont pas pour unique objectif la prise en charge de l'obésité infantile et ne fonctionnent pas en réseau avec le secteur ambulatoire. Des unités spécifiques à la prise en charge de cette maladie pourraient alors être intéressantes pour proposer une offre de soin adaptée à un maximum de patients.

L'objectif de cette étude était donc d'explorer les pratiques et les difficultés ressenties des médecins généralistes de la Vienne concernant la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant afin d'identifier des pistes de réflexion pour optimiser leur prise en charge et leur implication dans cette maladie.

METHODE

Une enquête qualitative par entretiens individuels semi-structurés auprès de médecins généralistes de la Vienne a été réalisée entre Septembre 2020 et Novembre 2020 (11). Le recrutement des médecins a été fait par téléphone et a été effectué en recherche de variation maximale selon l'âge, le sexe et le lieu d'exercice. Les entretiens ont été réalisés en présentiel au cabinet des différents médecins

interrogés. La programmation de l'entretien était planifiée avec les médecins en fonction de leur disponibilité pour s'assurer des meilleures conditions possibles.

Un guide d'entretien a été élaboré en collaboration avec la directrice de la thèse à partir de différents travaux de thèses en s'articulant autour de trois axes : le dépistage, l'annonce et la prise en charge (12) (13). Il a ensuite été modifié après un premier entretien test avec un médecin volontaire (Annexe 1). Ils ont tous été menés par le même enquêteur et se sont arrêtés après suffisances des données. Après accord oral des participants, les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone, retranscrits sur logiciel Word® puis intégralement anonymisés.

Tous les critères de scientificité de l'analyse par théorisation ancrée selon la grille COREQ ont été remplis. Les verbatims ont fait l'objet d'une analyse thématique. Une double analyse en aveugle par deux investigateurs différents puis une mise en commun du codage des données a permis une triangulation des données. Le codage a été effectué à l'aide du logiciel QSR NVivo Release 1.3®.

RESULTATS

Neuf entretiens individuels ont été conduits auprès des médecins généralistes. La suffisance des données a été obtenue après le septième entretien. Les entretiens ont duré en moyenne 9 minutes 53 secondes (de 6 minutes 52 secondes à 16 minutes 40 secondes). Parmi les interrogés, on retrouvait 6 femmes et 3 hommes et leur âge moyen était de 48 ans. Trois d'entre eux travaillaient en milieu urbain, trois en milieu semi-rural et les trois derniers en milieu rural.

Un diagnostic efficace

Condition indispensable à la prise en charge de la maladie, le dépistage se fait de façon efficace selon les médecins interrogés. Si un médecin a déclaré rechercher la maladie uniquement une fois par an : « *Une fois par an et puis après au feeling* » (E7), le reste des praticiens ont annoncé faire un dépistage systématique plus régulièrement : « *Je les pèse systématiquement à chaque consultation* » (E2). L'intégralité des praticiens ont déclaré se baser sur l'IMC et sur les courbes de croissance présentes dans le carnet de santé pour pouvoir poser le diagnostic : « *Je prends le poids et la taille et je regarde les courbes. Je regarde l'évolution de l'IMC* » (E4). Les logiciels informatiques sont aussi un outil utilisé pour suivre l'évolution des courbes de croissances « *Je regarde dans le logiciel* » (E5). Un médecin a dit s'appuyer également sur la mesure du périmètre abdominal chez les enfants présentant un surpoids évident « *Quand il y a un embonpoint, le périmètre abdominal* » (E8). Enfin, un praticien a avoué être attentif au dépistage de la surcharge pondérale sans pour autant connaître précisément les critères permettant de poser le diagnostic : « *Le critère c'est l'IMC, mais à partir de combien... de but en blanc comme ça j'ai oublié. Surpoids ou obésité chez l'enfant moi je ne fais pas la différence* » (E7).

Un sujet difficile à aborder

Les discours des médecins interrogés sont très variés concernant l'annonce de la maladie. Cinq d'entre eux ont indiqué aborder le sujet avec l'enfant et la famille sans aucune difficulté : « *Il n'y a pas de difficulté. Il est plus facile d'annoncer l'obésité qu'un cancer* » (E1) ; « *Je l'aborde d'entrée, il n'y a pas*

de problème » (E2). En revanche, les quatre autres médecins interviewés ont avoué être mis en difficulté lors de la consultation d'annonce, que ça soit par l'enfant lui-même ou par ses parents : « J'ai déjà des difficultés à aborder le sujet parce que ce n'est pas facile d'annoncer à l'enfant ou à un parent qu'il y a un surpoids voire une obésité » (E4) ; « Quand il y a l'enfant et les parents ça me pose un peu plus de problème parce qu'il m'est arrivé du fait de mon expérience que ça ne soit pas très bien reçu par la famille » (E7). Cependant, parmi les médecins qui déclarent ne pas avoir de problème avec l'annonce du surpoids et de l'obésité de l'enfant, deux d'entre eux n'abordent pas le sujet directement mais au contraire ont tendance à laisser les parents en parler : « Ce sont les parents qui en parlent » (E1) ; « Ils (les parents) commencent à nous dire « Je me suis aperçu que... ». Et après j'en parle facilement avec l'enfant » (E3). Le vécu du soignant face à la maladie peut également impacter celui-ci positivement ou négativement dans sa manière d'aborder le sujet : « J'ai le malheur et la chance d'être confronté au problème pour moi-même donc ça me facilite l'échange avec l'enfant » (E2) ; « J'ai du mal, ça j'avoue c'est mon problème. Peut-être parce que j'ai un surpoids aussi, je ne sais pas » (E4).

Une maladie difficile à nommer

Le surpoids et l'obésité restent des sujets tabous dans notre société, et ce d'autant plus chez les enfants et les adolescents : « C'est connoté très péjoratif dans notre société » (E9). L'intégralité des médecins interrogés s'accordent sur le fait de ne pas nommer la maladie au moment du diagnostic : « Je ne dis pas « Obésité », surtout pas. Je ne dis même pas « Surpoids » » (E4). Au contraire, ils ont déclaré utiliser un vocabulaire bienveillant, non culpabilisant et adapté à l'âge de l'enfant : « Je ne parle jamais d'obésité, je dis qu'il y a un peu de ventre, de bidou, des choses comme ça. Ça dépend de l'âge » (E7) ; « Je ne mets pas forcément de terme au début, je dis juste « Attention au poids » » (E9). Les courbes de croissance du carnet de santé ou des logiciels informatiques sont souvent des outils pratiques pour que l'enfant et sa famille visualisent le problème : « Attention, le poids c'est un petit peu au-dessus, tu vois sur la courbe, c'est un petit peu au-dessus » (E2). La crainte des médecins interrogés était de vexer les parents ou l'enfant au moment de l'annonce et ainsi de rompre un éventuel lien médecin/malade indispensable dans la prise en charge de la maladie. Ainsi, les médecins interrogés ont déclaré être très prudents au moment de l'annonce : « Je garde une certaine mesure et une certaine nuance dans les mots que j'emploie pour que ça ne soit pas culpabilisant ou frustrant. Il faut y aller avec un ton mesuré, de manière nuancée, sans culpabiliser le parent » (E6) ; « Le rassurer, dire que ce n'est pas un jugement du tout. Ce n'est pas la peine de leur dire que c'est la catastrophe » (E2). L'annonce peut aussi être pour certain le moment idéal pour commencer à impliquer les parents dans la prise en charge : « Essayer plutôt de les sensibiliser, qu'ils sentent qu'ils sont participants à la démarche » (E8) ; « Je responsabilise un peu plus le parent à ce moment-là » (E9).

Un réseau de prise en charge peu satisfaisant

La majorité des médecins interviewés ont déclaré prendre en charge la pathologie de façon autonome dans un premier temps : « Au début je fais toujours toute seule, sauf si j'ai une demande des parents » (E7). Seul un médecin interrogé avoue ne pas se sentir à l'aise dans la prise en charge : « Souvent j'aime bien déléguer. Moi je ne me sens pas la compétence pour prendre en charge de A à Z la

pathologie et la prise en charge globale de ces patients-là » (E6). Après cette prise en charge initiale, l'accès aux spécialistes dans un second temps pose de nombreux problèmes à la majorité des soignants. Sept des neuf personnes interrogées adressent facilement les enfants à l'infirmière ASALEE de leur cabinet : « Une infirmière ASALEE que je sollicite fréquemment » (E6). En dehors de cette ressource, les diététiciennes, les psychologues et les endocrinologues sont les spécialistes les plus sollicités par les médecins interrogés : « La diététicienne c'est intéressant » (E2) ; « L'abord psychologique de l'enfant est à mon avis très important » (E8) ; « Le pédiatre plus ou moins endocrinologue s'il est spécialisé » (E4). Cependant, l'accès à ces spécialistes est grandement limité par la difficulté d'obtenir un rendez-vous ainsi que le non-remboursement des soins : « Le problème c'est que ce n'est pas remboursé, c'est un frein » (E2) ; « Le problème c'est que ça se fait rare » (E7) ; « L'abord au pédiatre spécialisé qui est dans la Vienne très très compliqué » (E2). Enfin, les structures de prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant connaissent les mêmes problématiques de disponibilités que les spécialistes libéraux : « Rendez-vous très très très compliqués à obtenir avec les pédiatres du CHU » (E2) ; « Le problème du CHU c'est la longueur de prise en charge » (E3). D'autres structures de prise en charge au niveau local n'ont malheureusement pas pu perdurer dans le temps laissant certains professionnels sans solutions : « Nous avons quelque chose à Lussac-les-Châteaux mais c'est un peu tombé à l'eau » (E8). D'autre part, on peut noter que certains médecins du département n'ont pas nécessairement connaissance des réseaux au niveau local, et orientent donc les enfants vers d'autres lieux : « Je ne sais pas si la Villa Santé... Je ne pense pas... » (E4) ; « Les structures ici de toute façon il n'y en a pas dans le département, on est obligé de sortir du département, on est obligé d'aller aux Terrasses à Niort par exemple » (E7). Pour finir, certains professionnels se sentent exclus de la prise en charge une fois que l'enfant est suivi par une structure telle que le CHU : « Souvent ils ont un suivi mais je n'ai pas de retour. Il n'y a pas de co-thérapie avec eux » (E1) ; « Tout est centré sur le CHU » (E9).

Une prise en charge complexe et peu efficace

On retrouve une certaine harmonie dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant chez les médecins interrogés. Certains ont évoqué la nécessité d'éliminer en premier lieu une cause organique à la surcharge pondérale : « Je bilante pour savoir si je n'ai pas une étiologie organique dessous » (E1). Pour l'intégralité des médecins, le premier sujet abordé est celui de l'alimentation, suivi ensuite de l'activité sportive : « Je fais surtout un suivi de l'alimentation, mais je fais aussi la promotion de l'activité physique qu'il faudrait faire » (E9) ; « Je lui demande de faire une enquête alimentaire » (E2). L'objectif principal de prise en charge étant la régularisation de l'IMC, sans agir directement sur le poids : « Je lui dis si tu n'as pas perdu de poids ce n'est pas grave, l'objectif c'est de ne pas en prendre quand on est pendant la croissance » (E2). Cependant, malgré un suivi régulier, les résultats observés par les médecins sont peu probants : « Tout ce qui est proposé en général ça ne marche pas » (E1). Le manque de temps est l'un des premiers motifs évoqués : « Un frein aussi c'est le temps, parce que ça demande du temps » (E3) ; « Nous on n'a pas de temps » (E4). En dehors des consultations chronophages pour les professionnels de santé, la prise en charge sur la durée est aussi une problématique importante dans le suivi des enfants et de leur famille : « Ils s'essouffent dans la prise en charge. J'ai l'impression que les gens s'épuisent. » (E3). Dans un tout autre domaine, certains

médecins estiment que l'échec de la prise en charge se situe dans la complexité de devoir s'occuper de l'enfant mais également de l'ensemble de la famille. En effet, il faut dans un premier temps que l'ensemble de la famille prenne conscience de la maladie : *« On est à la fois avec le patient qui est l'enfant mais aussi avec les parents et les parents, si on commence à parler du poids, il y en a certains ou l'on sent qu'il y a une petite réaction de défense »* (E9) ; *« La difficulté c'est qu'il faut qu'il y ait à la fois la prise de conscience des parents et de l'enfant. Il faut les deux »* (E8). Ensuite, la seconde difficulté se situe dans le fait d'imposer des changements à l'ensemble des membres de la famille : *« Il faut que les parents soient réellement mobilisés parce que c'est eux qui vont canaliser le mode d'alimentation de l'enfant. Il faut l'adhésion de tout le monde »* (E8) ; *« Il y a l'enfant, mais il y a aussi papa et maman, il y a les frères et les sœurs. En fin de compte, l'obésité de l'enfant c'est un ensemble »* (E7). Certains médecins expliquent même que ce mode de fonctionnement doit impérativement s'étendre à l'ensemble du cercle familial si l'on souhaite obtenir des résultats satisfaisants : *« La grand-mère lui fait pleins de gâteaux »* (E3). Enfin, pour d'autres praticiens, la problématique du surpoids est encore plus large que cela dans certaines situations. Les représentations des patients et de leurs parents, qu'elles soient familiales ou culturelles, peuvent expliquer la raison pour laquelle un changement de mentalité et donc de mode de vie peut être difficile à instaurer : *« Je m'identifie à maman ou à papa qui sont tous obèses donc de toute façon je serai obèse »* (E1) ; *« Les représentations culturelles. Dans certaines ethnies, il faut être bien en chair. Et un enfant qui est bien potelé c'est une bonne chose. C'est un signe de bonne santé, c'est vraiment dans leurs représentations. »* (E1).

Des pistes d'amélioration ?

Pour un médecin interrogé, la formation actuelle n'est pas suffisante pour prendre en charge de façon efficace le surpoids de l'enfant : *« Ce n'est pas quelque chose que l'on connaît en termes de pathologie, on n'en parle pas tant que ça dans la formation donc c'est un peu inconnu »* (E9). Ainsi, des formations adaptées pourraient être envisagées : *« Qu'on soit mieux formés »* (E9). D'autant plus que les formations déjà existantes ne donnent pas pleinement satisfaction à ceux qui y ont assisté : *« J'ai été très déçue parce que je suis allée faire une formation au CHU et je n'ai jamais été reconvoquée »* (E5). La majorité des soignants interrogés espère également la mise en place d'un réseau plus structuré permettant une prise en charge pluridisciplinaire : *« Avoir plus de correspondants et un meilleur échange et un meilleur réseau en place »* (E5) ; *« Qu'on ait plus de ressources sur lesquelles on pourrait orienter les parents et les enfants »* (E9). Dans l'optique de faciliter le suivi, ce réseau serait idéalement étendu de façon homogène sur tout le territoire. L'idée pourrait être de créer des structures locales pour être au plus près des patients et de leurs familles : *« La structure elle doit être sur le terrain, locale »* (E8). Des interventions à domicile pourraient même être envisagées selon un médecin : *« A la maison, impliquer les frères, les sœurs, les parents, toute la famille »* (E6). Pour la majorité des soignants interrogés, ces structures devraient proposer un travail adapté spécialement aux enfants *« Sous forme plus attractive pour les enfants »* (E3) ; *« Offrir quelque chose qui est adapté à l'enfant et qui ne va pas le freiner »* (E2). La formule la plus plébiscitée est la mise en place d'ateliers entre enfants souffrant de la même pathologie autour de différents sujets (Alimentation, sport, ...) : *« Pourquoi ne pas faire des ateliers pour les enfants dans la structure ? »* (E1) ; *« Des groupes d'éducation thérapeutique »* (E2). Dans tous

les cas, le suivi dans ces structures devrait être pris en charge à 100% pour ne pas limiter l'accès à certaines familles : « *Des prises en charge par la CPAM* » (E2). Enfin, certains médecins estiment que le meilleur moyen de prendre en charge cette pathologie est de renforcer la prévention dès le plus jeune âge « *Plus de prévention de manière pratique dans les écoles, dans les collèges* » (E9) ; « *L'école à un rôle fondamental à jouer, au moins avec les infirmières scolaires. Faire des actions de prévention encore plus soutenues et encore plus régulières dans les écoles, dans les lieux publics, même au centre aéré* » (E6).

DISCUSSION

Cette étude, originale, nous paraît intéressante car il s'agit de la première à s'intéresser aux pratiques et aux difficultés ressenties par les médecins généralistes n'appartenant pas à un réseau de prise en charge dans le département de la Vienne. D'autres études explorant le vécu des acteurs de la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent ont déjà été menées lors de travaux de thèses (14) (15). Ces études qualitatives évaluaient alors le ressenti de médecins généralistes membres d'un réseau de prise en charge de l'obésité (le RéPPOP Midi-Pyrénées) ou celui des adolescents. Le manque de disponibilités et de compétences des médecins généralistes ainsi que le manque d'implication des enfants et de leurs familles sont des limites mises en évidence par ces études que nous retrouvons également dans nos résultats. Notre enquête, en s'intéressant particulièrement aux praticiens n'appartenant pas à un réseau de soins a permis de soulever d'autres freins.

Des médecins en difficulté

Si les médecins n'éprouvent aucune difficulté à poser le diagnostic de surpoids ou d'obésité, la suite de la prise en charge semble leur poser beaucoup plus de problèmes. L'impact sociétal de la maladie ainsi que le propre vécu des soignants en font un sujet sensible. Notre étude montre que certains médecins sont réticents à aborder le sujet ce qui confirme les données de la littérature (8). L'absence d'efficacité de la prise en charge, le manque de temps, le manque de formation, les difficultés d'accès aux spécialistes ainsi que le non-remboursement de certains soins (diététicienne, psychologue, activité physique adaptée) sont les principaux freins évoqués par les médecins dans la réussite de la prise en charge. Ces freins sont similaires à ceux identifiés par des médecins hollandais dans une étude réalisée en 2010 (16). Cela rejoint également une étude réalisée auprès de 200 médecins généralistes de Haute-Vienne où plus de la moitié d'entre eux déclaraient se sentir inefficaces et manquer de temps (7). D'autre part, bien que ce sentiment n'ait pas été verbalisé au cours des entretiens, on peut supposer que la perception que les médecins ont de leurs patients obèses peut également avoir un impact sur l'efficacité de la prise en charge. En effet, une étude a montré que près de 75% des médecins généralistes reconnaissaient avoir une attitude négative envers les obèses (6). Selon une autre publication, la moitié d'entre eux voit les patients obèses comme gênants, et un tiers les décrivent comme fainnants, faibles et négligents (17). D'autres travaux supplémentaires pourraient être intéressants pour étayer ce lien.

Une prise en charge personnalisée

La majorité des médecins interrogés s'accordent à dire que le sujet de l'obésité n'implique pas uniquement l'enfant malade, mais aussi l'ensemble de sa famille. La nécessité d'offrir une prise en charge intégrant tout l'entourage semble alors indispensable. Ce sentiment est confirmé par une méta-analyse démontrant que les programmes de prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant contenant un travail sur le comportement familial sont les plus efficaces (18). Par ailleurs, chaque structure familiale ayant son propre vécu et ses propres représentations, la prise en charge se doit d'être la plus personnalisée possible à chaque patient. La relation patient/parent/soignant doit donc être au centre de la prise en charge et une exploration des croyances et des attentes de chacun doit en premier lieu être réalisée afin de proposer une prise en charge personnalisée (19).

Une prise en charge plus structurée

La majorité des médecins interrogés s'accordent sur le fait de l'importance d'avoir une prise en charge globale et pluridisciplinaire incluant un accompagnement diététique, psychologique et un accès à l'activité physique pour agir efficacement sur l'excès pondéral. La création de réseaux de soins semble être plébiscitée par les soignants pour faciliter les relations interprofessionnelles et ainsi optimiser la prise en charge. Ces réseaux doivent être dans l'idéal au plus proche des patients et de leurs familles pour faciliter l'accès aux soins (20). L'accompagnement se doit d'intégrer l'ensemble de la structure familiale pour espérer une modification des comportements (18). Les praticiens soulignent également l'importance du travail de groupe avec la mise en place d'ateliers regroupant plusieurs enfants dans la même situation. Les solutions proposées par les médecins interrogés dans notre étude rejoignent les critères essentiels à la bonne efficacité des programmes thérapeutiques établis par plusieurs études (21).

Enfin, la formation des professionnels doit être un enjeu majeur des années à venir pour que les médecins se sentent compétents dans le domaine. A ce jour, un manque de connaissance du sujet est un potentiel frein à la bonne prise en charge comme le confirme une étude française montrant que seul 42% des médecins généralistes se considèrent bien préparés pour prendre en charge l'obésité (22). Ces données confirment le discours des médecins interrogés dans notre étude.

Forces et faiblesses de l'étude

Le choix d'une étude qualitative est justifié par la volonté de vouloir explorer le ressenti des médecins généralistes sur le sujet (11). Les entretiens individuels ont été préférés aux *focus groups* dans le but de faciliter l'expression et le recueil des ressentis des interviewés. L'obtention de la suffisance des données ainsi que l'analyse par deux enquêteurs différents sont des gages de fiabilité de l'étude. Des avis divergents ont été exprimés lors des entretiens confortant l'idée de variation maximale de l'échantillonnage. L'ensemble des critères de la grille COREQ ont été utilisés pour évaluer la qualité de la méthodologie (23).

Bien qu'une importante recherche bibliographique sur la méthodologie des études qualitatives ait été réalisée avant le début de l'étude, le manque de formation et d'expérience des deux enquêteurs dans ce domaine a pu être la cause de biais méthodologique ou de biais d'interprétation. Ces biais ont cependant été limités par la supervision de l'étude par un troisième enquêteur plus expérimenté. L'utilisation de la vidéo durant les entretiens aurait pu permettre une analyse plus fine en permettant une analyse de la gestuelle des médecins.

Perspectives

Cette étude a mis en perspective les besoins et les demandes des médecins généralistes de la Vienne dans la prise en charge de l'obésité infantile. Nous avons montré qu'ils se trouvaient confrontés aux mêmes problématiques que leurs confrères sur le plan national comme international. Pour répondre à ces besoins, la création de réseaux pluriprofessionnels proposant une prise en charge locale et adaptée aux patients ainsi qu'une meilleure formation des soignants semblent être des conditions indispensables pour améliorer la situation actuelle. Dans ce sens, le Réseau de prévention de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOP) présent dans plusieurs régions de France et actuellement en cours de développement dans le département pourrait offrir une solution supplémentaire aux médecins généralistes (24). Ce réseau propose un suivi médical de proximité et multidisciplinaire entièrement pris en charge financièrement. Sa mission consiste également dans le recrutement et la formation de l'ensemble des professionnels de santé (Médecins généralistes, infirmiers libéraux et ASALEE, kinésithérapeutes, diététiciens, ...) acteurs dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant. Comme le stipule le code de la santé publique, les médecins généralistes joueraient alors un rôle central au sein de ce réseau dans le suivi des patients et la coordination des soins (25). Une étude s'intéressant à l'évolution des pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant dans les années à venir pourrait être intéressante pour évaluer l'impact du développement de ce réseau au niveau local.

BIBLIOGRAPHIE

1. World health organization. European food and nutrition action plan 2015-2020. Copenhagen : 15-18 September 2014. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf [consulté le 29 Mars 2021].
2. Jacobi D, Buzelé R, Couet C. Peut-on parler de pandémie d'obésité ? Presse Médicale 2010;39:902-6.
3. Haute autorité de santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003). Septembre 2011. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2 clics_obesite_enfant_adolescent.pdf [consulté le 29 Mars 2021].
4. Maggio ABR, Martin XE, Saunders Gasser C, et al. Medical and non-medical complications among children and adolescents with excessive body weight. BMC Pediatr 2014;14:232.
5. Gori D, Guaraldi F, Cinocca S, Moser G, Rucci P, Fantini MP. Effectiveness of educational and lifestyle interventions to prevent paediatric obesity : systematic review and meta-analyses of randomized and non-randomized controlled trials. Obes Sci Pract 2017;3:235-48.
6. Avignon A, Attalin V. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité. Cah Nutr Diététique 2013;48:98-103.
7. Fayemendy P, Jesus P, Pouchard L, Desport J-C. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles. Cah Nutr Diététique 2015;50:142-9.
8. Saxena S, Lavery AA. Confronting child obesity in primary care. Br J Gen Pract 2014;64:10-1.
9. Dewhurst A, Peters S, Devereux-Fitzgerald A, Hart J. Physicians' views and experiences of discussing weight management within routine clinical consultations : A thematic synthesis. Patient Educ Couns 2017;100:897-908.
10. Puddu C. Surpoids infantile en médecine générale ; étude qualitative auprès de 10 médecins généralistes du 83. Thèse de médecine : Université de Aix-Marseille, 2017.
11. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Rev Med Suisse 2004;2497:24011.
12. Payet G. L'obésité infantile, un problème de poids pour les médecins généralistes : exploration des représentations des médecins généralistes de la Possession concernant l'obésité infantile et sa prise en charge. Thèse de médecine : Université de Bordeaux, 2018.

13. Ronco F. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile : étude qualitative menée auprès de 10 médecins généralistes exerçant en Picardie. Thèse de médecine : Université de Picardie, 2015.
14. Audibert M, Lavaud J, Iri-Delahaye M. Vécu des Médecins Généralistes membres du RéPPOP Midi-Pyrénées, sur le réseau et la prise en charge de l'obésité infantile : étude qualitative auprès de 17 Médecins Généralistes. Thèse de médecine : Université de Toulouse, 2015.
15. Agbanglanon A. Difficultés de prise en charge du surpoids et de l'obésité chez les adolescents par les médecins généralistes : raisons évoquées par les adolescents et leurs parents en Occitanie. Thèse de médecine : Université de Montpellier, 2019
16. Schalkwijk AAH, Nijpels G, Bot SDM, Elders PJM. Health care providers' perceived barriers to and need for the implementation of a national integrated health care standard on childhood obesity in the Netherlands - a mixed methods approach. BMC Health Serv Res 2016;16:83.
17. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. Obes Res 2003;11:1168-77.
18. Young KM, Northern JJ, Lister KM, Drummond JA, O'Brien WH. A meta-analysis of family-behavioral weight-loss treatments for children. Clin Psychol Rev 2007;27:240-9.
19. Lachal J, Orri M, Sibeoni J, Moro MR, Revah-Levy A. Méta-synthèse qualitative de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2015;63:183-91.
20. Poutout G. Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens. Sociol Prat 2005;11:33-54.
21. Doak CM, Visscher TLS, Renders CM, Seidell JC. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents : a review of interventions and programmes. Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes 2006;7:111-36.
22. Thuan J-F, Avignon A. Obesity management : attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. Int J Obes 2005 2005;29:1100-6.
23. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev 2015;15:50-4.
24. CNRÉPPOP. Coordination Nationales des Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique. Disponible sur : <http://www.cnreppop.com/> [consulté le 10 Décembre 2019].
25. Code de la santé publique-art L4130-1

ANNEXE

Annexe 1 : Guide d'entretien

“Bonjour, je m'appelle Ronan VESSIERE, je suis médecin généraliste remplaçant dans la Vienne.
Tout d'abord je vous remercie d'accepter de participer à mon travail de thèse. Cette étude vise à dégager des pistes de réflexion pour optimiser la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.
Cet entretien a donc pour vocation d'étudier les pratiques et les difficultés ressenties des médecins généralistes concernant la prise en charge de cette pathologie.
Notre échange est enregistré à l'aide d'un dictaphone et l'enregistrement ne sera accessible qu'à mon directeur de thèse et moi-même.
Les entretiens seront retranscrits sur mon ordinateur, anonymisés puis supprimés.
Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Sentez-vous libre de me parler.
Est-ce que vous avez des questions avant de commencer ?”

CARACTERISTIQUES DES MEDECINS :

Lieu d'exercice :

Mode d'exercice :

Spécialité / Exercice particulier :

Sexe :

Age :

Date d'installation :

Durée de l'entretien :

ENTRETIEN :

I. Dépistage

1/ Pourquoi et comment dépistez-vous le surpoids et l'obésité de l'enfant ? A quelle fréquence ?

2/ Quels sont les critères qui vous permettent de poser le diagnostic ?

II. Annonce

3/ Une fois le diagnostic établi, comment abordez-vous le sujet avec l'enfant et ses parents ? Éprouvez-vous des difficultés ? Si oui, lesquelles ?

4/ Quelle attitude adoptez-vous ? Et quel vocabulaire utilisez-vous ?

III. Prise en charge

5/ Essayez-vous de prendre en charge la pathologie de façon autonome ? Si oui, comment ?

6/ Si vous êtes amené à orienter l'enfant vers un spécialiste pour vous aider dans la prise en charge, vers qui/quelle structure vous tournez vous ? Qu'en attendez-vous ?

7/ Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de l'obésité infantile ?

8/ Quelles pourraient-être les solutions envisagées pour améliorer la prise en charge selon vous ?

RESUME

Introduction : L'obésité de l'enfant est un problème majeur de santé publique. Sa prise en charge, complexe, pose de difficultés aux médecins généralistes. L'objectif de cette étude était donc d'explorer les pratiques et les difficultés ressenties des médecins généralistes de la Vienne concernant ce sujet afin d'identifier des pistes de réflexion pour optimiser la prise en charge de cette maladie dans le département de la Vienne.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-structurés réalisée auprès de 9 médecins généralistes de la Vienne entre Septembre 2020 et Novembre 2020.

Résultats : Une partie des médecins présentaient des difficultés à aborder le sujet et à annoncer le diagnostic. Les mots « surpoids » et « obésité » n'étaient jamais verbalisés devant les patients et leurs familles. La difficulté d'accès aux spécialistes, le non-remboursement des soins et le manque d'efficacité de la prise en charge étaient les principales difficultés ressenties par les médecins généralistes. Une meilleure formation, la création de structure locale avec des ateliers adaptés aux enfants et à l'ensemble de leurs familles ainsi que la création d'un réseau de prise en charge efficace étaient les pistes d'amélioration proposées par les soignants.

Discussion : Les médecins généralistes de la Vienne se sentent inefficaces dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant. La création de réseaux de prise en charge tels que le RéPPOP devrait être étendues plus généralement sur le territoire.

Mots clés : Obésité, surpoids, enfant, médecin généraliste, prise en charge, étude qualitative, Vienne

ABSTRACT

Introduction : Childhood obesity is a major public health problem. Its management, complex, poses difficulties for general practitioners. The aim of this study was therefore to explore the practices and difficulties felt by general practitioners in the department of Vienne, in order to identify avenues for reflection to optimize the management of this disease in that department.

Method : A qualitative study by semi-structured individual interviews conducted with 9 general practitioners in Vienne between September 2020 and November 2020.

Results : Some of the practitioners had difficulty approaching the subject and announcing the diagnosis. The words "overweight" and "obesity" were never verbalized in front of patients and their families. Difficulty in accessing specialists, non-repayment of care and inefficiency of care were the main difficulties felt by general practitioners. Better training, the creation of a local structure with workshops suitable for children and their families as well as the creation of an effective care network were the avenues for improvement offered by the caregivers.

Discussion : Vienne's General Practitioners feel ineffective in managing childhood obesity. The creation of support networks such as RéPPOP should be extended more generally in the territory.

Keywords : Obesity, overweight, child, general practitioner, care, qualitative study, Vienna

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

