

L'obésité infantile, un problème de poids !

Analyse des difficultés rencontrées par des médecins généralistes de la région de Charleroi lors du dépistage et de la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et pistes de solutions.

Travail de fin d'étude

Edith EVRARD

Promotrice : Dr Erminia SALAMONE

Master complémentaire en médecine générale

Année académique 2019-2020

REMERCIEMENTS

Un tout grand merci tout d'abord au Dr Erminia Salamone, ma promotrice pour son soutien lors de mon choix de sujet, ses conseils avisés et les relectures attentives de mon travail.

Merci au Dr Patrick Jadoulle ainsi qu'à mes parents, pour la relecture et leurs conseils pertinents.

Merci également aux médecins qui ont accepté de répondre à mes questions durant mes entretiens.

Merci au Dr Christine Servais pour ses éclaircissements concernant sa pratique en médecine scolaire.

Mille fois merci à Charline pour ses encouragements lors de la réflexion, de la création et de la rédaction ainsi que pour les nombreuses discussions qui ont permis d'apporter de la profondeur à mon travail.

Enfin, merci à Jonathan pour son aide pour la mise en page, la gestion globale de l'informatique mais aussi pour ses réflexions judicieuses, ses encouragements et son soutien au quotidien.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	1
RESUME.....	2
I INTRODUCTION.....	3
II CADRE THEORIQUE.....	5
2.1 Définition de l'obésité infantile.....	5
2.2 Epidémiologie.....	5
2.3 Facteurs de risque	6
2.4 Conséquences.....	7
2.5 Recommandations.....	7
2.5.1 Prévention	7
2.5.2 Traitements et suivi.....	8
III METHODOLOGIE.....	9
3.1 Recherche bibliographique	9
3.2 Méthode de travail.....	9
3.3 Elaboration du guide d'entretien	9
3.4 Entretiens semi-dirigés.....	10
3.4.1 Recrutement et échantillonnage.....	10
3.4.2 Description de l'échantillon.....	10
3.4.3 Déroulement des entretiens	11
3.4.4 Analyse des résultats.....	11
IV RESULTATS.....	13
4.1 Professionnels de la santé.....	13
4.1.1 La pesée, un moment clé	13
4.1.2 Manque de temps	13
4.1.3 A chaque médecin ses difficultés	14
4.1.4 Tous à la visite médicale, et après ?.....	15
4.1.5 Le diététicien, le rêve inaccessible	16
4.2 Famille et entourage	16
4.2.1 Quand défavorisé rime avec obésité.....	16
4.2.2 Et toi mon enfant, qu'est-ce que tu feras quand tu seras gros ?	17
4.2.3 Enfant roi.....	18
4.2.4 Méconnaissance des parents	18
4.2.5 « Les enfants, on mange, à table !! »	19
4.2.6 Les problèmes de poids, bien plus qu'une histoire de kilos.....	20

4.2.7	Obésité, attention, sujet sensible !	21
4.3	Société	22
4.3.1	Vision positive du surpoids.....	22
4.3.2	La pub ? Beeeeurk	22
4.3.3	Les écrans, l'aimant qui paralyse les enfants	22
V	DISCUSSION	24
5.1	Synthèse des résultats.....	24
5.2	Confrontation avec la littérature.....	26
5.2.1	Difficultés du médecin généraliste.....	26
5.2.2	Manque de pluridisciplinarité en première ligne	28
5.2.3	Population précaire	29
5.2.4	Charleroi	30
5.2.5	Systémique familiale et éducation	31
5.2.6	Du côté des parents.....	32
5.2.7	Impacts de la société	32
5.3	Rôle de la médecine scolaire	33
5.4	Pistes de solutions	34
5.4.1	La prévention.....	34
5.4.2	Création d'un trajet de soins	35
5.5	Limites et biais.....	36
VI	CONCLUSION	38
VII	BIBLIOGRAPHIE.....	40
VIII	ANNEXES.....	42
8.1	Exemple courbe IMC	42
8.2	Guide d'entretien	43
8.3	Retranscription de l'entretien du cinquième médecin (Med5)	44

LISTE DES ABREVIATIONS

CDHL	Cebam Digital Library for Health
EBM	Evidence-Based Medicine
FAGC	Fédération des Associations de médecins Généralistes de Charleroi
GHDC	Grand Hôpital de Charleroi
HAS	Haute Autorité de Santé
HeTop	Health Terminology/Ontology Portal
IMC	Indice de Masse Corporelle
IOTF	International Obesity Task Force
ISPPC	Intercommunale de Santé Publique du Pays de Charleroi
MMF	Maison médicale au forfait
NASH	Non-Alcoholic Steatohepatitis
PNNS	Programme National Nutrition Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
PSE	Promotion de la Santé à l'Ecole
SAS	Syndrome des Apnées du Sommeil
SLR	Séminaire Loco-Régional
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale
TFE	Travail de Fin d'Etude

RESUME

Introduction

L'obésité infantile est un des problèmes les plus importants de santé publique mondiaux actuel. Le nombre d'enfants en surcharge pondérale est grandissant. Près de la moitié des enfants obèses le resteront à l'âge adulte avec les comorbidités qui en découlent. La prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant en médecine générale semblent être peu efficaces. L'objectif de ce travail a été de comprendre quelles difficultés sont rencontrées par les médecins généralistes lors du dépistage, de la prise en charge et du suivi des enfants en surcharge pondérale et d'apporter des pistes de solutions.

Méthodologie

Afin de répondre à cet objectif, une étude qualitative a été réalisée. Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de sept médecins généralistes de la région de Charleroi.

Résultats

Les difficultés exprimées par les médecins relevaient de trois domaines. Premièrement, des difficultés étaient en lien avec le personnel de santé, que ce soit le médecin généraliste lui-même (manque de temps, difficulté à peser, manque de formation et d'informations) ou d'autres intervenants (peu de retour de la médecine scolaire, manque d'accès aux soins diététiques). Deuxièmement, des difficultés étaient plus particulièrement liées à la famille de l'enfant en surpoids (familles précaires, troubles psychologiques, manque de cadre éducationnel,...). Enfin, quelques difficultés relevaient de la société et de l'impact de celle-ci sur nos vies (publicités mensongères, écrans,...).

Conclusion

Une meilleure formation, la prévention et le travail en équipe pluridisciplinaire permettraient au médecin généraliste d'être plus efficace face au problème d'obésité infantile. La création d'un trajet de soin pour enfant obèse serait une piste de solution mais nécessite des décisions politiques avec une reconnaissance de l'obésité infantile comme maladie chronique et un refinancement des soins de première ligne.

Mots clés : Obésité infantile, médecine générale, prévention, traitement

I INTRODUCTION

D'ici 2030, la moitié de la population mondiale sera obèse ou en surpoids (1). Cette prédiction a de quoi faire froid dans le dos. En effet, l'obésité prédisposant à de nombreuses maladies (diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, certains cancers, problèmes ostéo-articulaires, problèmes respiratoires, complications de certaines maladies infectieuses, comme observé actuellement avec la pandémie Covid-19...), l'augmentation de la prévalence de l'obésité risque d'être catastrophique au niveau médical (2,3). La mortalité due à ce fléau est majeure et se compte par plusieurs dizaines de millions de morts par an (1).

Cette épidémie mondiale touche bien évidemment les adultes mais également un grand nombre d'enfants : en 2013, un enfant de 11 ans sur 3 était en surcharge pondérale en Europe (4) . En 25 ans, le nombre d'enfants en surcharge pondérale a augmenté de 130% (4). L'obésité infantile serait un des problèmes mondiaux de santé publique les plus graves du 21^{ème} siècle selon l'OMS. En effet, 20 à 50% des enfants obèses avant la puberté resteront obèses à l'âge adulte et en subiront les conséquences (5). Cette problématique majeure a pour conséquence un fait qui n'a pas de précédent dans l'histoire moderne : la génération d'enfant actuelle pourrait avoir une espérance de vie plus courte que leurs parents (2)!

Cette réalité du problème de l'obésité infantile, j'y ai été confrontée dès le début de mon assistantat. J'ai reçu de nombreux enfants de tous âges en surpoids voire obèses venant en consultation pour des motifs variés mais jamais directement pour leur problème de poids. Je me suis alors aperçue que peu de ces enfants avaient été pesés et mesurés régulièrement. Mes tentatives de prévention et de prise en charge de ces enfants me semblaient maladroites et clairement insuffisantes alors que je traitais en parallèle un grand nombre d'adultes dont les pathologies étaient causées par un problème de surpoids. Prévenir et traiter le problème dès l'enfance, qui est le moment des apprentissages et de la mise en place des habitudes de vie, me semblaient évident en théorie mais se révélaient être assez laborieux en pratique.

De nombreux questionnements se sont alors imposés à moi. Pourquoi tant d'enfants sont-ils en surpoids ? Mes collègues médecins éprouvent-ils également des difficultés à prévenir, dépister et prendre en charge les problèmes de surpoids chez l'enfant ? Si oui, quelles sont-elles ? Certaines sont-elles inhérentes à la population que nous soignons à Charleroi ? Et bien

évidemment, quelles solutions pourrait-on apporter à ces difficultés afin d'améliorer l'impact du médecin généraliste face à cette épidémie d'obésité infantile ?

Suite à ces questionnements, j'ai donc décidé de consacrer mon TFE à ce sujet. Celui-ci aura donc pour objectif de recenser et d'analyser les difficultés rencontrées par les médecins généralistes de la région de Charleroi lors du dépistage, de la prise en charge et du suivi des enfants en surcharge pondérale. Quatre parties seront donc développées afin d'atteindre cet objectif. Dans un premier temps, un rappel théorique sera présenté. J'exposerai ensuite la méthodologie de recherche utilisée. Par après, les résultats seront exposés de façon structurée. Enfin, ceux-ci seront confrontés à la littérature et discutés afin d'en dégager des pistes de solution.

Le problème étant vaste, je me suis limitée à la problématique touchant les enfants entre 2 et 12 ans mettant donc de côté la période de la petite enfance et de l'adolescence qui ont des particularités qui leur sont propres. Les obésités rares liées à des maladies endocriniennes ou des syndromes génétiques ne seront pas évoquées dans ce travail car leur prise en charge diffère complètement et nécessite l'intervention d'un médecin spécialiste.

II CADRE THEORIQUE

2.1 Définition de l'obésité infantile

Définition de la SSMG : « *Chez l'adulte comme chez l'enfant, l'obésité est définie comme un excès de masse grasse corporelle (tissus adipeux) ayant des conséquences néfastes sur la santé physique et mentale* » (Niesten et al., 2007, p.9) (6)

En pratique, l'adiposité est évaluée par le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Celui-ci est l'un des meilleurs critères diagnostiques et pronostiques de l'excès de poids. L'IMC résulte du rapport du poids en kilo sur la taille en mètre, élevée au carré (4,6–8). Chez l'enfant, il varie de façon physiologique en fonction de l'âge et du sexe. Afin de pouvoir l'interpréter, il est donc nécessaire de reporter les valeurs sur les courbes de percentiles correspondant à l'âge et au sexe (exemple de courbe en annexe 1). Différentes courbes d'IMC existent et le choix de la courbe idéale est controversé. Les courbes présentées dans ce travail sont les courbes françaises du PNNS qui permettent de faire le lien avec les courbes adultes. En effet, l'IOTF (International Obesity Task Force) a proposé une définition internationale du surpoids et de l'obésité infantile :

- « *Obésité de degré 1 (Surpoids) = IMC situé dans la zone comprise entre la courbe rejoignant l'IMC de 25 à 18 ans (proche du P97) et la courbe rejoignant l'IMC de 30 à 18 ans*
- *Obésité de degré 2 (Obésité) = IMC situé au-dessus de la courbe rejoignant l'IMC de 30 à 18 ans* » (Niesten et al., 2007, p.10) (6) (cfr courbe en annexe 1)

2.2 Epidémiologie

L'obésité infantile est un fléau grandissant dans le monde entier. Selon l'OMS, 42 millions d'enfants dans le monde étaient en surpoids ou obèses en 2015 alors qu'ils n'étaient que 31 millions en 1990. Celle-ci prédit qu'ils seront 70 millions en 2025 (4).

En Europe, toujours selon l'OMS, près de 15 millions d'enfants entre 0 et 14 ans étaient en surpoids ou obèses en 2016, ce qui représente un nombre plus important que la population belge totale (2). Les pays du sud sont les plus atteints avec la plus forte prévalence européenne d'enfants en surpoids (9).

En Belgique, 20 % des enfants entre 2 et 17 ans étaient en excès de poids en 2013 selon Sciensano avec 25% en Wallonie contre 18% en Flandre (4). En 2012, l'Observatoire de la Santé du Hainaut rapporte que 29% des jeunes hennuyers (entre 10 et 17 ans) sont en surpoids ou obèses (10). La population du Hainaut étant assez précaire et la prévalence du surpoids chez les jeunes étant influencée par le niveau d'instruction, il n'est pas étonnant d'y retrouver une plus grande prévalence d'enfants en excès de poids par rapport au reste de la Wallonie (4,10).

2.3 Facteurs de risque

La principale explication de l'obésité est un bilan énergétique positif prolongé résultant d'un apport accru et de dépenses insuffisantes (6). Mais de nombreux facteurs jouent sur cet équilibre fragile d'apports et de dépenses. L'obésité infantile est une problématique complexe et multifactorielle. Les facteurs de risque principaux sont rapportés dans le tableau ci-dessous (liste non exhaustive). L'allaitement maternel aurait, quant à lui, un effet protecteur (5–7,10).

Tableau 1: Facteurs de risque d'obésité infantile

Facteurs périnataux	○ Petit poids à la naissance (ex : tabagisme maternel, autre cause de RCIU,...) (6–8,11) ○ Surpoids à la naissance (ex : diabète gravidique) (6–8,11)
Facteurs parentaux	○ Obésité parentale (6,8) ○ Niveau socio-économique bas (6–8) ○ Comportement et mode de vie des parents (alimentation, sédentarité) (8) ○ Absence d'implication affective et éducative (7) ○ Attitudes inadaptées : trop restrictives ou trop permissives vis-à-vis de l'enfant (7)
Facteurs liés à l'enfant	○ Introduction précoce d'aliments solides (avant 4 mois) (8,11), déséquilibre nutritionnel dans la petite enfance (carence en lipide, excès de protéines,...) (12) ○ Suralimentation, alimentation riche en graisse, consommation de boissons sucrées (6–8,11) ○ Activité physique moindre (6–8,11) ○ Comportements sédentaires (liés aux écrans) (6–8,11) ○ Prise de poids rapide durant les 2 premières années de vie (7,11) ○ Facteurs psychopathologiques (7) ○ Manque de sommeil (7,8,11)

2.4 Conséquences

Tableau 2 : Conséquences de l'obésité infantile chez l'enfant et à l'âge adulte

Enfant	Cardiovasculaires et métaboliques	Hypertension artérielle, hypercholestérolémie, hyperinsulinisme, résistance à l'insuline, diabète de type 2 (4,6,7,11),...
	Psycho-socio-affectives	Mauvaise estime de soi, insatisfaction par rapport à la silhouette, souffrance psychique, troubles anxio-dépressifs, troubles du comportement alimentaire(4,6,7,11), stigmatisation sociale, intimidation scolaire, résultats scolaires médiocres (9),...
	Esthétiques	Vergetures, intertrigo, acanthosis nigricans, pseudogynécomastie chez le garçon, hirsutisme, acné chez la fille (4,6,7,11),...
	Musculo-squelettiques	Epiphysiolyse de hanche, genu varum ou valgum, anomalies du rachis,...
	Digestives	NASH, hépatomégalie (4,6,7,11)
	Respiratoires	SAS (4,6,7,11)
Adulte	Obésité et syndrome métabolique(6,7)	
	Majoration de la morbi-mortalité cardiovasculaire(6,7)	
	Risque accru de cancer (4,9)	

2.5 Recommandations

2.5.1 Prévention

Surveillance de l'IMC

Il est recommandé de **calculer au minimum une fois par an l'IMC** de tous les enfants. Le report des mesures sur les courbes permet de suivre l'évolution de la corpulence. Il est important de savoir interpréter les courbes et de repérer les anomalies. Pour cela, il est nécessaire de connaître l'évolution physiologique de l'IMC en fonction de l'âge (4,6,7).

Entre 0 et 1 an, la courbe grimpe rapidement. Entre 1 et 6 ans, la courbe décroît lentement car l'enfant bouge de plus en plus et s'affine. Entre 6 et 8 ans, on observe sur les courbes une ré-ascension de la courbe d'IMC qui correspond à une augmentation de la masse grasse et de la masse musculaire de l'enfant. Cette évolution normale de la courbe est appelée **rebond d'adiposité physiologique**.

Si cette ascension a lieu avant l'âge de 6 ans, on parle alors de **rebond d'adiposité précoce** (illustration en annexe 1). Cette augmentation précoce de la masse grasse chez l'enfant prédit un risque important de surpoids ou d'obésité chez celui-ci. Plus le rebond est précoce, plus le risque de devenir obèse à l'âge adulte est élevé (4,7). Ce rebond d'adiposité précoce n'est pas toujours visible sur le plan clinique lors de la consultation. La surveillance de ce changement de profil de la courbe d'IMC est donc importante et permet de prendre en charge l'enfant avant que celui-ci ne soit en situation de surpoids ou d'obésité installée (4).

Education

Le médecin traitant a comme rôle de conseiller et d'informer ses patients. La prévention de l'obésité infantile est également basée sur l'encouragement des enfants et de leur famille à avoir une alimentation saine, à effectuer une activité physique régulière et à réduire la sédentarité (4,6,7).

2.5.2 Traitements et suivi

Le traitement de l'obésité infantile consiste en une association d'interventions qui ont pour but une modification des habitudes de vie. Ces approches ont montré une plus grande efficacité si elles étaient centrées sur la famille plutôt que sur l'enfant seul (6,8,13,14). L'adhésion et la motivation des parents à ces modifications sont primordiales. Si les parents et l'entourage ne sont pas prêts à effectuer ces changements, il est préférable alors de reporter le début du traitement lorsque ceux-ci feront preuve de motivation (6,8,14).

Le traitement consiste donc à modifier les comportements alimentaires vers une alimentation équilibrée et adaptée à l'enfant, à lutter contre la sédentarité et à encourager l'activité physique (6–8).

L'accompagnement par le médecin traitant durant ce traitement nécessite des contacts fréquents (tous les mois durant les 6 premiers mois) et doit s'inscrire dans la durée (minimum 2 ans). Ces rencontres permettront de suivre l'évolution du poids et de renforcer positivement les efforts déjà effectués (6–8).

Les traitements médicaux et chirurgicaux n'ont actuellement pas leur place dans le traitement de l'obésité infantile (6).

III METHODOLOGIE

3.1 Recherche bibliographique

J'ai débuté ma recherche de littérature en septembre 2019 en utilisant la plateforme de recherche CDHL et la base de données pubmed par l'intermédiaire du site HeTop via le code T82 de l'ICPC-2 en français. Ces recherches m'ont également amenée à parcourir le site ebpracticenet.

J'ai ensuite complété ma recherche en explorant les sites de la SSMG, de l'OMS, de l'HAS ainsi que celui de l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

La lecture du « Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant 2019 » publié par l'ONE m'a également permis d'étoffer ma revue de littérature.

Les mots clés utilisés étaient (en français et en anglais) : « obésité infantile », « surpoids », « médecine générale », « prévention » et « traitement ».

3.2 Méthode de travail

Le but de l'étude était de récolter les témoignages de médecins généralistes de la région de Charleroi à propos du problème de surpoids chez l'enfant et de comprendre quelles difficultés sont rencontrées par ceux-ci lors du dépistage et de la prise en charge des enfants en consultation. Pour atteindre cet objectif, la recherche qualitative semblait être l'option la plus judicieuse. En effet, ce type d'étude permet à l'interlocuteur de s'exprimer librement sur une thématique précise et délimitée par l'interrogateur sans être influencé par un questionnaire fermé. L'étude a donc été réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés avec des médecins de la région de Charleroi. Ce type d'étude ne nécessitait pas l'accord du comité d'éthique, ne questionnant que des professionnels de la santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat.

3.3 Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré de façon à ouvrir la discussion tout en restant dans le thème et à aider à la compréhension de la question de recherche. Les questions principales sont donc ouvertes et n'ont pour but que de nourrir la discussion. Le guide d'entretien permettait de

passer en revue six thèmes : le surpoids et l'obésité chez l'enfant, le déroulement de la consultation, l'abord de l'alimentation, le suivi et la prise en charge de l'enfant, le rôle du médecin traitant dans la problématique et la formation de celui-ci.

3.4 Entretiens semi-dirigés

3.4.1 Recrutement et échantillonnage

Le recrutement a été effectué par mail à partir du listing regroupant les 425 membres de la FAGC. Suite à ce mail, j'ai reçu 5 réponses favorables à ma demande ainsi que 4 refus, 2 pour cause de convalescence, 1 pour cause d'absence de patientèle pédiatrique et 1 pour non prise en charge de ce type de problématique. Désirant avoir un échantillon le plus hétérogène possible, j'ai complété mon recrutement en contactant directement une assistante de mon SLR et un des médecins de la maison médicale au sein de laquelle j'effectue mon stage, les profils de ces derniers correspondant aux profils manquants.

3.4.2 Description de l'échantillon

L'échantillon comprend 7 médecins généralistes dont une assistante travaillant dans la région de Charleroi. Le genre, l'âge, le milieu ainsi que le type de pratique et de patientèle des différents praticiens interrogés sont exposés dans le tableau ci-dessous. La dernière ligne précise si le médecin fait ou a déjà fait dans le passé des consultations d'ONE. Ces médecins sont donc probablement formés et sensibilisés à l'importance de la prévention et du dépistage des problèmes de poids chez l'enfant. Les données ainsi présentées sont donc anonymes.

Tableau 3: Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

		Med 1	Med 2	Med 3	Med 4	Med 5	Med 6	Med 7
Genre		H	F	H	F	H	F	H
Age		59	26	33	32	59	32	67
Milieu		Urbain	Urbain	Semi-rural	Semi-rural	Urbain	Urbain	Semi-rural
Type de pratique		MMF	Association	MMF	Solo	MMF	MMF	Solo
Patientèle	Age	Mixte	Mixte	Mixte	Mixte	Jeune	Jeune	Mixte
	Niveau socio-économique	Bas	Bas	Mixte	Mixte	Bas	Bas	Mixte
	ONE	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non

3.4.3 Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 17 février et le 2 mars 2020. Les rendez-vous ont été fixés selon les disponibilités des médecins et se sont déroulés soit à leur cabinet, soit à leur domicile selon les préférences de ceux-ci. Avant chaque entretien, je me suis présentée et j'ai introduit la discussion en expliquant comment je suis venue à me questionner sur le sujet et dans quel but je réalisais ces entretiens. Les discussions ont été intégralement enregistrées sur un dictaphone avec l'accord des participants. J'ai malheureusement eu un problème technique durant la dernière rencontre qui n'a donc pas pu être enregistrée mais les idées principales ressortant de l'échange ont été mises sur papier de mémoire rapidement après celui-ci. Durant et après les entretiens, quelques notes ont été prises concernant mon ressenti, les attitudes et mimiques de mon interlocuteur et les éléments extérieurs qui ont pu influencer les réponses de celui-ci.

3.4.4 Analyse des résultats

J'ai retranscrit intégralement les entretiens mots à mots personnellement afin de me familiariser avec les réponses des médecins et de cette manière les analyser au mieux. J'ai ensuite effectué l'analyse de mes résultats par théorisation ancrée, suivant la théorie exposée

en cours par le Dr Ségolène de Rouffignac. Une fois retranscrite, j'ai donc lu et relu chaque interview. Ces multiples lectures m'ont permis d'identifier et de mettre en évidence les idées, les réflexions qui se trouvaient dans les réponses des médecins. Chaque élément retenu a été résumé ou reformulé afin de former des étiquettes retranscrites en parallèle du texte des entretiens. Ces étiquettes sont des descriptions de ce qui a été dit dans le texte et qui apportent un élément de réponse à la question de recherche. Une fois mes interviews « étiquetées » de A à Z, j'ai parcouru l'ensemble des idées, phrases et réflexions que j'ai regroupées par catégories. Une fois ce processus terminé, j'ai pu discerner des thèmes globaux dans lesquels les catégories se rejoignaient et permettaient de schématiser les liens entre les différents intervenants et les difficultés qui en résultent.

IV RESULTATS

4.1 Professionnels de la santé

4.1.1 La pesée, un moment clé

Peser le patient est l'acte incontournable pour dépister et suivre les patients adultes et enfants en surpoids.

La fréquence de cet événement est très variable d'un médecin à l'autre. En effet, certains médecins ne pèsent jamais les enfants, d'autres le font quand ils y pensent ou quand ils ont le temps, certains une fois par an, ou d'autres encore lors de chaque contact.

Les médecins qui pèsent régulièrement tous les enfants expliquent que la pesée est souvent l'élément qui permet de déclencher la discussion à propos du poids de façon assez naturelle, sans stigmatiser.

Med 6 : « Parce que le problème du poids c'est que, parfois c'est tabou et on n'ose pas les peser parce que justement ils sont trop gros. Ça j'essaye d'éviter parce que ben je pense que ça doit quand même faire partie de la santé, mais d'un côté, pas les peser systématiquement, "tu es gros et donc je te pèse à chaque fois et je te pèse toi et pas tes frères et sœurs". Donc j'aime bien le faire de manière systématique chez tout le monde. (...) Souvent, le fait de les mettre sur la balance, les parents vont un peu se justifier ou l'enfant va un peu en parler donc ça permet parfois d'arriver à une conversation à ça. Si je vois qu'ils sont ouverts à ça, je tente la conversation. »

A l'opposé, certains médecins ne pèsent régulièrement que les enfants en surpoids. Monter sur la balance devient alors un moment stigmatisant et redouté des enfants.

Med 4 : « Généralement, une fois par an, je les mets sur la balance et quand ils sont en surpoids ou qu'il faut faire attention à leur courbe, à chaque consult ils y vont. Ils n'aiment pas (rires). Il y a quelques-unes qui ne veulent plus venir parce qu'elles doivent monter sur la balance... »

4.1.2 Manque de temps

Durant les entretiens, la notion de manque de temps est revenue assez souvent. La prise du poids et l'abord de la problématique en consultation dépend de la charge de travail du jour,

du retard déjà accumulé, du nombre de personnes en salle d'attente... La priorité est mise à la plainte du patient, la prévention et la discussion autour du poids ne viennent que dans un second temps, selon la motivation du médecin et le temps qui lui reste.

Med 2 : *« Quand ils viennent en consultation, qu'ils ont une rhinopharyngite, on prend pas spécialement le temps d'aborder le poids, surtout avec le système d'une sans rendez-vous où quand ta salle d'attente est pleine, ben parfois tu te dis, je vais un peu aller vite... »*

Med 3 : *« C'est que souvent ben soit tu te dis, s'il vient pour une otite, une angine, une gastro-entérite, si tu peux faire ta consultation peut être un peu plus courte et gagner du temps pour faire des papiers, tu le fais... »*

4.1.3 A chaque médecin ses difficultés

Les difficultés propres au médecin généraliste sont différentes voire opposées selon le médecin interrogé. Les forces des uns sont les difficultés des autres.

Un des médecins interrogés ne détecte et ne prend pas en charge les problèmes de surpoids chez l'enfant. Selon lui, le médecin généraliste n'a pas de rôle à jouer dans cette problématique. Si les parents sont demandeurs d'une prise en charge, il réfère immédiatement vers un pédiatre.

Les autres praticiens interrogés étaient tous d'avis que le rôle du médecin généraliste était d'aborder le sujet avec l'enfant et ses parents. Certains évoquaient la difficulté de faire revenir le patient, ou d'aborder le sujet sans choquer ou stigmatiser le patient tout en étant clair et efficace, d'autres encore de lancer le sujet alors que la plainte amenée est toute autre.

Med 2 : *« Peut-être aussi parce que c'est une dérive du système à l'acte mais [c'est difficile] de faire revenir les gens pour quelque chose où ils n'auront pas un médicament prescrit. Et qu'ils se disent, c'est bon, si je le fais de mon côté, j'ai pas besoin de revenir chez le médecin pour ça alors que... Je pense que je c'est vrai que là je lui avais vraiment expliqué, on la pèse, on la mesure etc ... »*

Les programmes informatiques utilisés par certains médecins ne permettent pas d'accéder rapidement aux courbes de poids, taille et IMC ce qui est un frein à leur utilisation fréquente.

Certains médecins se sentent insuffisamment formés sur le sujet et éprouvent des difficultés à soigner les enfants sans plan de prise en charge et solutions concrètes, les conseils de base connus de tous ne leur semblent pas suffisants. Au contraire, d'autres affirment être assez formés et que le bon sens suffit pour diriger les patients vers un mieux.

Med 3 : *« Si j'avais quelque chose de bien structuré, une prise en charge claire et nette, avec des échéances. Peut-être que si c'était beaucoup plus clair dans ma tête que simplement des conseils qui tombent sous le bon sens, ça serait plus facile peut-être. »*

Med 5 : *« Je n'ai pas l'impression qu'il faut des compétences très particulières, que c'est plus une question de bon sens. Et de nouveau de pouvoir être à l'écoute et de prendre du temps avec les gens pour discuter. Mais je trouve que ça ne demande pas de compétences particulières parce que finalement, c'est des conseils d'alimentation saine comme tu peux donner à n'importe qui. »*

Ce qui ressort finalement de chaque entretien est que l'impact du médecin généraliste est insuffisant à l'heure actuelle. Ce combat contre le surpoids chez l'enfant peut être source de frustration et de découragement chez les médecins généralistes. Certains en parlent comme un combat d'avance perdu.

4.1.4 Tous à la visite médicale, et après ?

Pour certains médecins, le médecin scolaire est un des acteurs principaux qui devrait dépister les problèmes de poids chez les enfants. En effet, la visite médicale est obligatoire et une de leur principale mission est de faire de la prévention !

Malheureusement, les médecins généralistes revoient beaucoup d'enfants suite à la détection d'une protéinurie par exemple, mais très peu pour un problème de surpoids. Ceux-ci se posent donc la question de savoir pourquoi les enfants en surcharge pondérale ne sont-ils pas renvoyés vers leur médecin traitant après la visite médicale.

Med2 : *« Les enfants de la médecine scolaire que j'ai eus c'est pour des globules blancs dans les urines, j'ai encore eu ça il y a pas longtemps ; ou refaire un vaccin. Mais j'ai l'impression que la médecine scolaire ait alerté là-dessus. Pourtant ils pèsent... Non, j'ai pas eu de lien avec la médecine scolaire à propos du surpoids et de l'obésité. »*

4.1.5 Le diététicien, le rêve inaccessible

Lorsque la prise en charge proposée en médecine générale ne suffit pas, les médecins interrogés redirigent parfois vers un diététicien.

Mais référer est bien souvent compliqué. En effet, la prise en charge par un diététicien est souvent trop onéreuse pour la majorité de la patientèle des médecins interrogés et peu de remboursements existent.

Med 1 : « Donc vraiment une diététicienne enfant, douée et pas trop chère (rires), j'en connais pas. Et accessible ! Ça c'est assez compliqué, le prix. Dès qu'on doit référer à quelqu'un, ça coûte énormément en général. Et c'est vraiment un obstacle. »

Un médecin déplorait également le fait que les cliniques de l'obésité soient éloignées géographiquement des zones les plus peuplées de Charleroi. En effet, deux réseaux hospitaliers de la région de Charleroi (GHDC et ISPPC) ont placé leur clinique de l'obésité dans leurs implantations les plus éloignées du centre-ville (respectivement l'IMTR à Loverval et Vésale à Montigny-le-Tilleul) avec pour conséquence un accès difficile si l'on ne possède pas un véhicule motorisé.

Mais certains médecins travaillant en équipe ont eu la possibilité d'investir financièrement dans un partenariat avec un diététicien permettant à leurs patients de consulter à petit prix.

4.2 Famille et entourage

4.2.1 Quand défavorisé rime avec obésité

Les médecins généralistes mettent en avant la précarité qui est souvent présente chez les familles dont les enfants sont en surpoids. Ce type de population a bien souvent un tropisme pour les repas riches en féculents et en matières grasses et dans lesquels les fruits et légumes sont rares voir absents.

Lorsque le médecin remet en question ce type de régime, c'est bien souvent l'argument économique qui est évoqué : « Manger sain et équilibré, ça coûte trop cher ! ». Les avis des médecins divergent concernant cette affirmation.

Med 5 : « Je pense que culturellement aussi il y a des habitudes qui ne sont pas du tout intégrées dans la population plus populaire, plus précarisée. La consommation de fruits et

légumes c'est vraiment pas quelque chose d'évident pour eux. C'est beaucoup de féculents, c'est beaucoup de matières grasses, beaucoup de charcuterie donc ça c'est pas simple. Ils ont toujours, enfin souvent, la réaction de dire que c'est trop cher. Donc il y a ce mythe ou réalité, je ne sais pas très bien, qu'une alimentation équilibrée ça coûte plus cher. Oui, je ne sais pas, je n'ai jamais fait d'étude de marché. Notre diététicien ici nous dit que ce n'est pas vrai, il dit qu'il suffit de bien choisir ses aliments. Si on mange des aliments de saison et qu'on consomme ça dans des quantités raisonnables c'est pas plus cher, voilà. Ça c'est l'argument économique. »

Enfin manger équilibré demande de l'énergie et de l'investissement, surtout lorsqu'il faut changer ses habitudes. Or les familles plus défavorisées ont des préoccupations majeures qui font passer en second plan l'alimentation. Bien manger n'est pas une priorité.

Med 1 : « Précarité et obésité donc c'est sans doute vrai. (...) On va toujours dire c'est pas plus cher mais c'est quand même un peu plus cher (rires). Et donc un peu ça devient beaucoup si chaque euro compte. Et c'est parfois la gestion de crise permanente dans la précarité. Il y a tellement de choses que les gens doivent essayer de régler, courir et tout ça qu'ils ont peu d'énergie mentale pour investir, préparer sainement. »

4.2.2 Et toi mon enfant, qu'est-ce que tu feras quand tu seras gros ?

Les médecins se retrouvent souvent face à des familles où tous les membres de celle-ci sont en surpoids voire en obésité. Les habitudes de vie transmises de génération en génération sont plus fortes que les conseils et mises en garde du corps médical. "Être gros" et être atteint de pathologies liées au surpoids deviennent donc la normalité.

Med 3 : « Bien souvent, les quelques enfants obèses que je suis, les parents sont obèses. Et dans la famille, on est obèse, et donc c'est normal d'avoir des enfants obèses. Ces gens ont du diabète, des infarctus mais je n'ai pas cette impression d'une crainte de la part des patients alors que je suppose qu'ils se sont déjà fait sermonner, (...). Mais je n'ai pas l'impression que les gens percutent tant que ça. »

Dans ces conditions, certains médecins pensent qu'il est alors nécessaire de soigner les parents pour pouvoir soigner l'enfant. D'autres, au contraire, se focalisent sur l'enfant et espèrent que leur prise en charge aura des répercussions sur le reste de la famille.

Med 5 : *« Si je vois que les parents ont aussi un problème de poids, je m'occupe de l'enfant même si je vois que clairement les parents sont dans la même situation, en me disant que par l'enfant, il y a peut-être moyen de faire ricochet aussi et d'aider les parents à prendre conscience de la problématique. »*

Certaines familles se retranchent alors derrière une cause indépendante de leur volonté en se disant que c'est probablement génétique.

Med 1 : *« Si la problématique est dès le début que c'est une famille obèse, c'est beaucoup plus difficile (...) souvent les gens sont sur la défensive aussi du coup et disent: "oui mais c'est comme ça dans notre famille, c'est génétique, ça n'a rien avoir avec comment et ce qu'on mange" »*

4.2.3 Enfant roi

Les parents ont parfois des difficultés à établir un cadre et à le faire respecter par leurs enfants. Même si les parents ont compris les principes d'une alimentation saine et équilibrée, ils cèdent aux désirs de leurs enfants, c'est l'enfant qui décide ce qu'il mange et quand.

Med 5 : *« Les parents, dans ce domaine-là comme dans d'autres, ont du mal à mettre des limites à leurs enfants au niveau éducatif. Donc ça fait partie de ces sujets sur lesquels les parents lâchent prise et cèdent parce que c'est plus facile de donner un paquet de chips au gosse et de le mettre devant la TV plutôt que d'éventuellement faire une autre activité avec lui, de lui dire que non, on va manger dans une heure et que c'est pas le moment de manger des chips. Donc je pense que c'est plus global que l'alimentation ce problème de cadre. »*

Les enfants n'ont donc pas l'occasion de goûter de nouveaux aliments immédiatement rejetés par ceux-ci. Les parents ont alors l'impression de se retrouver dans une impasse, « il n'aime rien... », alors qu'on ne lui a peut-être jamais fait goûter.

4.2.4 Méconnaissance des parents

Au cours des entretiens, une idée est revenue chez presque tous les médecins : les parents pensent bien faire et font de leur mieux.

Med 6 : *« Alors je ne pense pas que ce soit de la mauvaise volonté mais c'est une incompréhension de ce qu'ils font mal en fait selon moi. La première partie de la discussion*

est vraiment facile. Mais souvent les parents vont dire “mais il ne mange rien, il ne boit pas de boissons sucrées,...” mais quand tu creuses un peu, il y a quand même des jus, il y a quand même des trucs. Mais je pense que le parent ne pense pas faire mal en fait, c’est ça le souci. »

La première difficulté consiste à savoir ce que l’enfant mange réellement, ce qui nécessite une anamnèse poussée. Lors de cette anamnèse, les médecins rapportent que les parents ne savent pas ce qu’est une alimentation équilibrée, avec une forte consommation de plats préparés et d’aliments pré-transformés qu’ils pensent riches en « bonnes valeurs nutritives ». Les parents ne savent pas et ne prennent pas le temps de cuisiner des produits de base. Les pousser vers un changement est d’autant plus difficile dans ces conditions. Les enfants n’étant bien souvent que les consommateurs et les parents les acheteurs, il serait donc nécessaire de rééduquer les parents en première intention.

Med 3 : *« Et puis les supers légumes c’est le ketchup, c’est la sauce tomate en bocal ou des choses comme ça... Je pense qu’ils oublient ce que c’est un vrai légume. Ils ont vraiment perdu les bases (...) d’autres, c’est parfois des plats tout préparés sortis du congelo. Les légumes là-dedans ils sont super bons hein. On sait très bien qu’il n’y a pas beaucoup de valeur nutritive à ce niveau-là mais bon... »*

Une seconde difficulté relevée par un médecin est la difficulté de compréhension des parents du caractère inutile et nocif des sodas et du grignotage pour leurs enfants.

4.2.5 « Les enfants, on mange, à table !! »

La disparition des repas familiaux à heures fixes a été mentionnée par plusieurs médecins. La prise alimentaire chacun dans son coin à son rythme laisse place à du grignotage massif, et diminue la qualité du repas tant au niveau nutritionnel qu’au niveau social. Il n’y a pas de cadre et l’enfant est donc plus libre de manger ce qu’il veut quand il veut.

Med 6 : *« Le fait de se mettre à table et de manger ensemble. J’ai l’impression que les patients ne le font pas tellement. C’est chacun mange un peu comme il veut, il n’y a pas des repas... Je te parle de certaines familles hein, pas tout le monde mais certaines familles, surtout les plus précarisées et qui vont alors souffrir d’obésité, ne se mettent pas autour d’une table et ils ne mangent pas un repas complet, ça va être chacun grignote un petit truc, une tartine, un truc, un brol,... »*

Med 5 : « Je parle aussi de l'organisation des repas. Le fait que c'est important que les repas soient pris à des heures plus ou moins régulières, qu'on ne mange pas n'importe comment, n'importe quand, quand on en a envie, qu'il y a des heures de repas. Que si l'enfant à ce moment-là ne mange pas, on n'insiste pas, on ne le force pas l'enfant mais on dit "écoute, si tu ne manges pas maintenant, le prochain repas c'est à midi par exemple ou le soir et tu n'auras rien à manger entre temps." Et si l'enfant rouspète entre les repas qu'il a faim, surtout ne rien donner à part boire de l'eau. Donc ça j'insiste mais c'est très difficile pour les parents de respecter ça. »

Un médecin relève également qu'il existe une peur irrationnelle des parents que leur enfant puisse avoir faim. Il est donc difficile pour eux de refuser de donner à manger à ceux-ci en dehors des repas.

Med 5 : « *Il y a je pense encore quelque chose de l'irrationnel derrière l'alimentation. On ne peut pas laisser un enfant avoir faim. Il y a quelque chose qui est là profondément ancré dans l'être humain (...). Il y a cette peur de ne pas avoir à manger qui est une peur très primale et qui doit encore exister comme ça très souvent, qui explique que les parents ont probablement beaucoup de difficultés à refuser de donner à manger à leur enfant quand il n'est pas dans le cadre. Encore faut-il qu'il y ait un cadre. Et même quand le cadre est défini, en dehors du cadre il y a encore beaucoup beaucoup d'entorses au règlement.* »

4.2.6 Les problèmes de poids, bien plus qu'une histoire de kilos

Le sujet du poids est un sujet sensible car il cache bien souvent des problèmes psychologiques plus profonds, c'est le constat de certains praticiens.

Med 3 : « *Et derrière tout ça, il y a des problèmes qui se cachent. Je pense qu'il y a des gens qui mangent parce qu'ils ne sont pas bien dans leur peau et donc quelque part on risquerait de toucher plus à la conséquence non dite, que le problème non-dit par exemple.* »

Traiter le surpoids ne serait alors qu'un travail superficiel, on ne toucherait pas la cause mais seulement la conséquence. Une prise en charge psychologique devrait alors faire partie du traitement du problème de poids chez l'enfant, ce qui est souvent plus difficile à faire accepter par les parents.

Med 5 : « *Ce qui est plus compliqué, c'est le lien entre ce surpoids et des problématiques d'ordre psychologique. Je trouve parfois des liens très forts... Tu perçois qu'à travers ce surpoids il y a des choses qui clochent dans la relation avec la mère par exemple. (...) Donc ces situations là où tu sens qu'il y a quelque chose qui se joue au niveau psychologique, c'est beaucoup plus compliqué pour nous d'aider à résoudre, et c'est bien souvent des familles qui ne sont pas nécessairement prêtes à faire un pas vers un traitement psy. »*

4.2.7 Obésité, attention, sujet sensible !

Les problèmes de poids et d'alimentation chez l'enfant sont des problèmes délicats à aborder car ils sont fortement liés à l'éducation, aux habitudes familiales et donc aux valeurs. Un médecin explique que la discussion est parfois perçue comme une attaque par les parents. Des réactions d'incompréhension sont également observées chez les parents.

Med 6 : « *Ce qui est difficile c'est la fermeture du dialogue souvent avec les parents parce que c'est comme ça qu'ils font et ça a toujours été bien comme ça et ça a toujours été fait comme ça de générations en générations. Et eux savent, et d'un côté c'est vrai, c'est eux les parents, c'est eux qui savent ce qu'ils doivent faire mais une fois que ça concerne l'éducation et la nourriture et tout ça, c'est quand même très personnel la manière dont on mange et tout ça... Ils ont pas toujours envie d'en parler et je trouve que c'est parfois fermé. C'est "non, on fait bien" et voilà. »*

Les médecins mettent en doute alors l'utilité d'évoquer le sujet et d'essayer de lancer un suivi si les parents ne sont pas demandeurs. A ce propos, les avis divergent. Certains pensent que si les parents ne sont pas prêts à changer, c'est une perte de temps et d'énergie. D'autres en parlent malgré tout et espèrent qu'un jour les parents soient conscientisés.

Med 5 : « *Ceux chez qui je sens qu'il n'y a aucune volonté, je laisse tomber... momentanément hein, sachant que ça peut changer mais à ce moment-là, ils ne sont pas prêts. »*

Un médecin a constaté que le partage de son expérience personnelle, étant lui-même en surpoids, facilite la discussion.

Med 3 : « *Voilà, je pense que je suis assez apprécié de mes patients et peut être parce que je suis carolo, j'arrive facilement à discuter avec eux sans prendre ma position de médecin. Et alors moi bien souvent étant moi-même assez dodus, je pense que c'est un peu plus facile, je*

leur dis “ben oui, je sais que c’est difficile, on fait tous des excès mais il faut quand même faire des efforts...” Et donc voilà, en général, on arrive quand même à discuter. »

4.3 Société

4.3.1 Vision positive du surpoids

Un médecin a relevé qu’un enfant rondouillet est bien souvent perçu comme un enfant qui mange beaucoup et donc qui est en bonne santé. L’image de l’enfant gros n’a pas toujours une connotation négative selon les cultures et le rapport à la nourriture.

Med 5 : *« Un enfant qui mange bien, c’est un enfant qui mange beaucoup et il y a encore le mythe du bon petit gros qui est en bonne santé. »*

4.3.2 La pub ? Beeeuurk

Les publicités font partie de notre vie quotidienne.

Grand nombre de celles-ci reflètent une image faussée des produits qui seraient riches en vitamines, bons pour les enfants, etc... Ces messages sont perçus de façon inconsciente et s’opposent au discours des médecins. Un médecin évoque la naïveté des patients face aux informations reçues dans ces publicités qui expliquent leur consommation de produits hypercaloriques pensant qu’ils sont bons pour la santé.

Med 6 : *« Et à l’ONE j’ai eu des parents qui m’ont dit véridiquement que l’Oasis, c’est de l’eau avec des fruits. Donc en fait, ils pensent ça parce que la télévision, les publicités disent ça, ils disent c’est de l’eau et du fruit, et les fruits baignent dans l’eau dans la publicité, et du coup c’est pas mauvais. Donc c’est juste une naïveté par rapport à l’alimentation et parce que c’est une marque c’est bien. »*

D’autres médecins évoquent, au contraire, un manque de promotion de la santé pour le sport et l’alimentation saine et équilibrée au sein des médias et des grandes surfaces.

4.3.3 Les écrans, l’aimant qui paralyse les enfants

Les enfants sont de plus en plus sédentaires. Plusieurs médecins expliquent cette diminution de l’activité physique par le grand nombre d’heures passées derrière les écrans. Entre la télé, les jeux vidéos et les smartphones, les enfants ne courent plus beaucoup dans le jardin...

Med 2 : « *Parce que j'ai l'impression que du coup les enfants sont beaucoup plus derrière leurs écrans. Déjà tu vois quand ils arrivent à l'ONE, pour essayer de les faire arrêter de pleurer, on leur tend un écran. Je pense qu'il y a cette problématique-là de l'écran et qu'ils ne vont pas spécialement aller promener deux fois ou trois fois semaine. »*

V DISCUSSION

5.1 Synthèse des résultats

Les difficultés évoquées par les médecins ont été classées et regroupées selon mon analyse personnelle. Ce classement permet de synthétiser les différents niveaux d'intervenants qui jouent un rôle dans la problématique et qui interfèrent avec la prise en charge du médecin. La figure 1 ci-dessous schématise et résume les principaux résultats.

Professionnels de la santé

- Fréquence de la pesée variable d'un médecin à l'autre. Difficultés à peser l'enfant.
- Difficultés de trouver et/ou de prendre le temps nécessaire à la détection et prise en charge du surpoids lors des consultations.
- Difficultés des médecins généralistes d'aborder le sujet et d'apporter des pistes de solutions concrètes. Question non abordée par certains médecins.
- Programmes informatiques peu efficaces
- Manque de formation et d'informations
- Découragement et frustration des médecins.
- Manque de collaboration entre la médecine scolaire et le médecin traitant pour le dépistage du surpoids.
- Peu de partenariat avec des diététiciens ou autres spécialistes de la problématique pour des raisons financières et géographiques.

Réseau familial et entourage

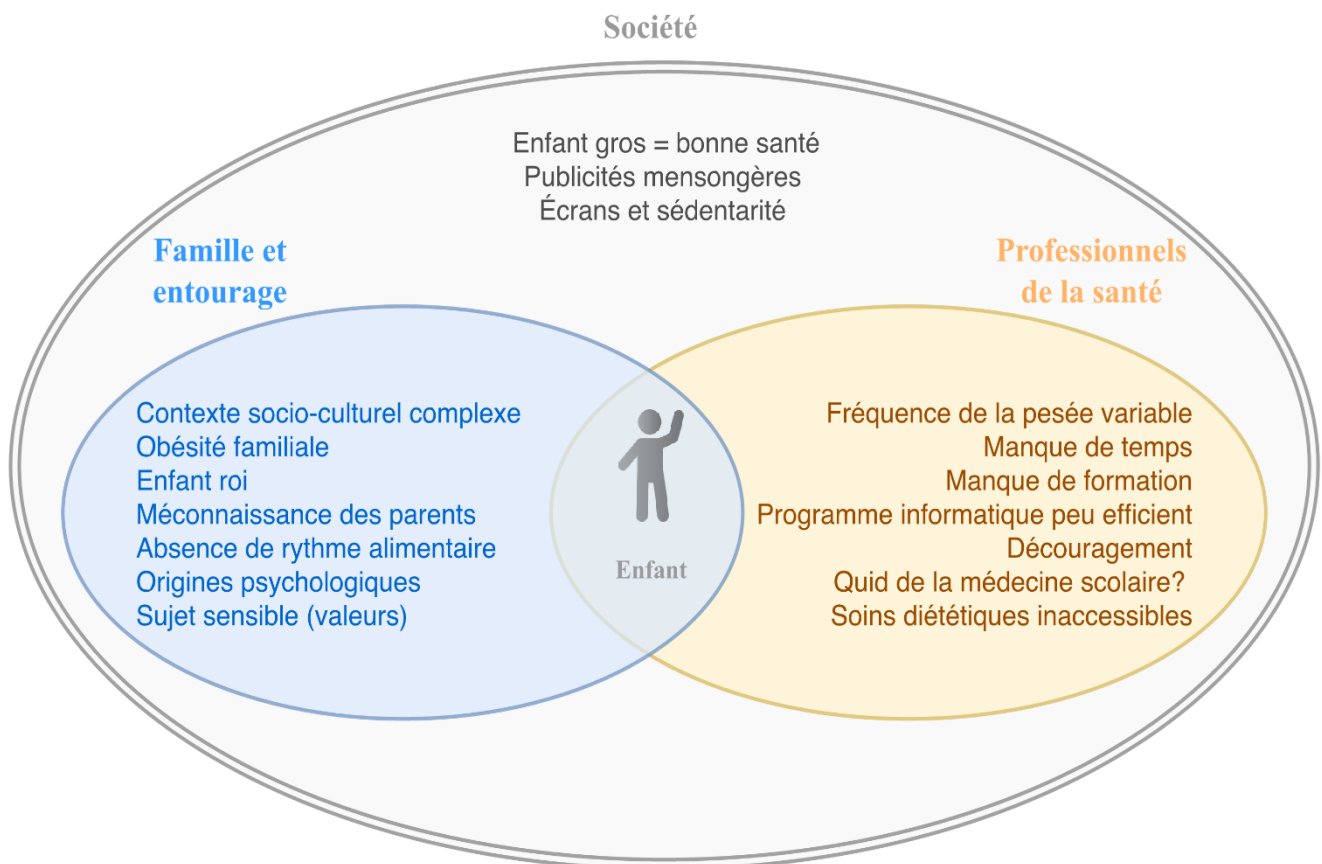
- Difficultés d'actions face à une population précaire pour laquelle le problème de poids et l'alimentation saine ne sont pas une priorité.
- Difficultés de sensibiliser au problème du surpoids lorsque l'ensemble de la famille est touchée par la problématique ainsi que de changer des habitudes de vie ancrées de générations en générations.
- Absence de cadre éducationnel pour l'enfant.
- Difficultés de faire comprendre aux parents que les aliments pré transformés ainsi que les sodas sont nocifs alors que ceux-ci pensent bien faire.

- Difficultés de penser à une alimentation saine lorsque l'organisation familiale ne propose pas de repas fixes et conviviaux et que le grignotage est quotidien.
- Difficultés de régler la problématique du poids chez l'enfant lorsque la cause du déséquilibre est psychologique.
- Impossibilité d'aider l'enfant si les parents refusent toute prise en charge.

Société

- Pensées qu'un enfant en surpoids est un enfant en bonne santé
- Nombreuses publicités mensongères orientant les parents naïfs vers des produits nocifs
- Sédentarité accrue des enfants en lien avec les écrans

Figure 1: Synthèse des principaux résultats



Cette synthèse regroupe toutes les difficultés évoquées verbalement durant les entretiens. Durant ceux-ci, j'ai pu également percevoir d'autres messages transmis par le non-verbal, les intonations, les mimiques et les gestes des médecins. Certains m'ont donné l'impression d'émettre des jugements forts vis-à-vis des personnes en surpoids et de la façon dont ils se nourrissaient. J'ai également ressenti une certaine lassitude chez certains. D'autres montraient plutôt de la frustration, avec une volonté de changer la situation tout en sachant que leurs actions ont finalement peu d'impact. Enfin, un des médecins a semblé surpris que je m'intéresse à ce sujet car selon lui, le surpoids chez les enfants n'est pas un problème important.

5.2 Confrontation avec la littérature

Les réponses des médecins ayant été décortiquées, analysées et comparées, je souhaite les confronter à la littérature. Cet apport d'informations va permettre de répondre à ma question de façon la plus exhaustive possible. Premièrement, je développerai les difficultés inhérentes à la pratique de la médecine générale. Deuxièmement, je discuterai la problématique du manque de travail pluridisciplinaire en première ligne de soins. J'apporterai ensuite des éléments de réponses aux questionnements des médecins sur la place de la médecine scolaire dans la lutte contre l'obésité infantile. Quatrièmement, je développerai les difficultés liées aux populations précaires et j'exposerai certaines caractéristiques de la population carolorégienne. Par la suite, j'insisterai sur l'importance de la compréhension de la systémique familiale pour la prise en charge de l'enfant en surpoids. J'évoquerai ensuite brièvement les difficultés évoquées par les parents eux-mêmes face aux problèmes de poids de leur enfant. Enfin, je terminerai en parlant de la société et de l'impact de celle-ci sur le problème de l'obésité infantile.

5.2.1 Difficultés du médecin généraliste

Peu d'articles évoquent les difficultés des médecins généralistes vis-à-vis du problème des enfants en surpoids. Certains articles discutant des barrières empêchant les médecins généralistes d'aborder le problème du surpoids de façon plus générale m'ont malgré tout permis d'apporter un regard critique vis-à-vis des réponses apportées durant mon étude. Un rapport récent de l'OMS concernant l'obésité infantile en Europe a également ajouté des informations pertinentes à ma réflexion.

Premièrement, une série d'obstacles à la prise en charge de l'enfant en surpoids lors de la consultation de médecine générale ont été décrits. Le premier obstacle est la priorité qui est accordée aux problèmes aigus avec une mise en second plan et parfois une absence de reconnaissance du problème de poids et de sa prévention (1,15). Les médecins interrogés l'avaient évoqué, il est difficile de parler d'autre chose que de la plainte apportée par le patient, surtout lorsque la charge de travail du jour est conséquente. Nous arrivons alors au second obstacle, qui est le temps : les médecins manquent de temps pour conseiller les patients et hésitent à aborder le sujet de peur de prolonger la durée de la consultation (1,12). Les 3 derniers obstacles décrits sont relatifs à la difficulté de la mesure régulière du poids et de la taille chez les enfants. Le premier est la difficulté de planifier les visites pour effectuer la mesure du poids et de la taille (15). Cette difficulté à faire venir le patient pour un suivi ou pour de la prévention a été relevée durant les entretiens. Le deuxième est le fait que les enfants sont parfois peu collaborants à la prise des mesures (15). Le dernier est la présence de problèmes de santé importants dans la famille qui prennent la majorité du temps de consultation et n'en laissent que peu pour la mesure du poids et de la taille de l'enfant (10).

Deuxièmement, les médecins de première ligne manquent de confiance en l'efficacité des démarches thérapeutiques et évoquent un accès limité aux informations EBM concernant ces démarches (1,2,12,15). Le manque de données venant d'études de bonne qualité majore le scepticisme des médecins vis-à-vis de l'efficacité de ces prises en charge (1,12). Une partie du scepticisme vis-à-vis des démarches thérapeutiques vient également du fait que celles-ci ne donnent pas toujours des changements d'IMC significatifs. Or, même sans diminution de l'IMC, ces mesures amélioreraient la composition corporelle de l'enfant avec une diminution de la masse grasseuse et donc une réduction significative du risque de comorbidités (2). Cette information importante n'est pourtant pas connue de la plupart des praticiens.

Troisièmement, la formation des médecins est inadéquate et insuffisante pour aborder cette problématique (2,12,14,16). Ce point avait été souligné par un des médecins interrogés alors que d'autres estimaient avoir toutes les compétences nécessaires. Malgré cette assurance de compétences suffisantes chez une partie de mon échantillon, tous relevaient leur manque d'efficacité et exprimaient que leurs efforts semblaient vains. Je pense effectivement que le manque de formation et d'informations concernant le surpoids et l'obésité infantile est une des principales difficultés à relever. Une étude faite au Canada montre qu'une formation avec

sensibilisation aux techniques de traitements efficaces permettrait aux médecins de première ligne d'acquérir les compétences nécessaires pour lutter avec confiance contre le problème de surpoids infantile et ainsi ne plus ressentir de sentiment de désespoir face à la problématique (14). La formation permettrait également aux médecins d'aborder la problématique avec tact et les compétences nécessaires (1).

Quatrièmement, il existe un manque de reconnaissance de l'obésité par le monde médical comme une maladie chronique nécessitant un suivi rapproché au long terme que ce soit chez l'adulte comme chez l'enfant (2,12). Ce manque de reconnaissance explique que certains médecins accordent peu d'attention à la problématique et ne la diagnostiquent pas (2). Un des médecins interrogés en était l'exemple extrême, il ne pesait et ne mesurait jamais aucun enfant et n'abordait jamais la question du poids avec ses patients. La reconnaissance officielle de l'obésité infantile comme maladie chronique permettrait d'améliorer son traitement (2).

Enfin, il persiste une perception encore négative de certains médecins vis-à-vis de leur patientèle en surpoids à laquelle ils associent automatiquement un manque de discipline, de volonté, de self contrôle,...(12) Et cette pensée ne se limite pas aux médecins mais est présente globalement dans la société actuelle (14). Un des médecins interrogés exprimait très clairement cet avis négatif qu'il avait vis-à-vis de ces familles de patients obèses, en exprimant des jugements et en étant moqueur face à certaines situations. Cette vision négative des patients obèses n'aide pas à leur prise en charge. Un changement d'état d'esprit du corps médical (et de la société) vers une vision plus positive de l'obésité et de ceux qui en souffrent permettrait de traiter nos patients en leur envoyant des messages plus favorables et encourageants (14).

5.2.2 Manque de pluridisciplinarité en première ligne

Les médecins interrogés m'ont évoqué le manque de collaboration possible avec un diététicien avec comme barrière principale le coût financier trop important et l'absence de retour lors de la référence de leur patient. Certains médecins ont également abordé le lien possible entre surpoids et problèmes d'ordre psychologique qui nécessiteraient une prise en charge par un psychologue. D'autre part, un médecin relevait que les équipes pluridisciplinaires de seconde ligne étaient trop éloignées géographiquement des lieux de résidence des patients principalement touchés par la problématique.

L'OMS pointe effectivement ces différents points comme des contraintes à la bonne gestion des problèmes de surpoids et d'obésité infantile en Europe (2). La première chose à souligner est la nécessité de soins intégrés, c'est-à-dire *"a method incorporating diet, physical activity and mental health as well as environmental change and parenting practices"* (Anna Kovacs V. et al., 2019, p5) (2). Pour mettre en place des soins de ce type, des équipes pluridisciplinaires sont nécessaires (13,17). Or l'OMS évoque dans son rapport que les équipes pluridisciplinaires sont rares au sein de la première ligne, que les équipes pluridisciplinaires de seconde ligne sont trop peu nombreuses pour prendre en charge tous les enfants qui devraient bénéficier de leurs soins et qu'il existe un manque de communication entre les deux lignes de soins (2).

Ces manquements sont effectivement ressentis en pratique sur le terrain et une amélioration de la situation ne sera possible que si des décisions politiques sont prises avec une réorganisation et un refinancement des soins. Certains médecins n'ont pas attendu ces décisions politiques pour mettre en pratique la formation de ces équipes pluridisciplinaire en première ligne. En effet, comme déjà évoqué dans les résultats, une maison médicale de la région de Charleroi collabore avec un diététicien de façon étroite afin que leur patientèle puisse facilement bénéficier de sa prise en charge. D'autres maisons médicales permettent un accès plus aisé à des soins psychologiques. La pratique médicale de groupe en première ligne permettrait-elle plus de possibilités de collaborations pluridisciplinaires ? Il serait intéressant de creuser la question dans un travail futur.

5.2.3 Population précaire

Les enfants issus de populations précaires socialement et économiquement sont plus à risque d'obésité (2,4,18). Les médecins interrogés en ont longuement parlé et ont pointé les difficultés relatives à la prise en charge de ces enfants. Le régime alimentaire de ceux-ci serait souvent très gras et pauvre en fruits et légumes. De plus le souci d'avoir une alimentation saine et équilibrée est bien souvent relégué au second plan. Ces deux difficultés sont également retrouvées dans la littérature. En effet, selon une série d'études françaises et un état des lieux de la Fondation Roi Baudouin en 2006, *« L'alimentation ne représente pas une priorité dans l'ensemble des problèmes à résoudre au quotidien pour ces personnes et ces familles »* et *« bon nombre de personnes en difficulté mangent ce qu'elles ont sous la main et qu'il ne faut pas cuisiner »* (Houlioux G., 2008, p 8) (19). Le manque de compétence culinaire

de base est également relevé au sein de cette population qui peut être expliqué par le fait d'avoir vécu une jeunesse dans un environnement non propice à ces apprentissages (19).

Une difficulté à également relever face à ce type de population est que bien souvent, les messages de prévention que l'on s'efforce de diffuser ne touchent que très peu les plus défavorisés (19). Or, comme déjà dit plus haut, ce sont précisément les enfants de ces populations qui sont le plus à risque de problème de surpoids et d'obésité. Il faut également être conscient que nos objectifs en tant que professionnels de la santé peuvent être très éloignés des attentes des patients et que le langage utilisé lors de nos prises en charge n'est peut-être pas compris par tous (19). En effet, ces populations sont caractérisées par une moins grande capacité d'adaptation et des connaissances en santé moindres (2). Il est donc nécessaire de partir des connaissances, des habitudes mais surtout des contraintes de vie des patients afin de pouvoir construire, en collaboration avec eux, un plan de soins pour l'enfant.

5.2.4 Charleroi

Mon étude étant ciblée sur les difficultés des médecins généralistes de la région de Charleroi, il est important de relever les différentes caractéristiques de cette population spécifique. En effet, les différents éléments relevés peuvent expliquer certaines difficultés exprimées par les médecins de la région face au problème de surpoids et d'obésité chez l'enfant.

Les médecins travaillant dans la région de Charleroi sont confrontés en grande partie à une population précaire. En effet, les indicateurs socio-économiques de la population carolorégienne sont plutôt défavorables (taux de chômage important, faibles revenus, moindre proportion de personnes diplômées,...) (20). La population hainuyère présente des comportements défavorables à la santé avec pour conséquences plus d'excès de poids ou d'obésité et une plus faible consommation de fruits que la moyenne belge (20). Ces éléments concernant l'ensemble de la population de Charleroi permettent déjà de pointer quelques difficultés inhérentes à celle-ci : population défavorisée avec un régime alimentaire peu équilibré et donc à haut risque d'obésité.

Des données ciblées aux jeunes hainuyers vont permettre d'affiner notre analyse de la problématique de l'obésité infantile à Charleroi. En 2014, un jeune sur cinq déclare ne pas faire de sport régulièrement et plus d'un jeune sur trois estime passer trop de temps devant un écran (21). Les loisirs des jeunes hainuyers deviennent de plus en plus sédentaires (10). On

peut donc résumer les données récoltées par l'observatoire de santé en Hainaut en disant que les enfants carolorégiens font peu de sport et passent une grande partie de leur temps devant les écrans. Les caractéristiques présentées sont peu réjouissantes mais permettent de mieux comprendre et donc de mieux appréhender nos jeunes patients et leur famille en tenant compte de leur contexte de vie.

Afin d'améliorer ce constat, il est possible en tant que médecin généraliste de guider les familles vers des activités et organisations peu onéreuses qui permettront de remettre en mouvement la famille ou l'enfant. L'observatoire de la Santé du Hainaut propose des activités telles que des marches santé, des semaines de stage pour les enfants, des projets de Geocachings (recherche d'un « trésor » avec l'aide d'un GPS de randonnées) etc... L'ADEPS propose également de nombreuses activités comme ses marches hebdomadaires aux quatre coins de la Wallonie (21). Enfin, n'oublions pas évidemment les mouvements de jeunesse (scouts, patros, faucons rouges,...) et les nombreuses plaines organisées durant l'été qui permettent à la fois à l'enfant de faire de l'activité physique tout en apprenant la vie en communauté.

5.2.5 Systémique familiale et éducation

Les difficultés liées à la systémique familiale et aux problèmes éducationnels sont majeures et malheureusement, peu évoquées dans la littérature. Les interviews ont permis de lever le voile sur ces aspects importants de la problématique. Les difficultés de traitement de l'enfant dues au fonctionnement ou aux problèmes de l'entourage familial sont souvent présentes mais les médecins n'en sont pas toujours conscients. Certaines prises en charge se soldent d'un échec sans savoir ce qui a entraîné celui-ci. Le plan de traitement universel n'existe pas et ne fonctionne pas. L'analyse de la situation familiale et la compréhension des mécanismes intrafamiliaux permettraient de guider l'enfant et ses parents vers des pistes de solution qui répondent à la réalité du quotidien de ceux-ci. De plus, il est prouvé que les prises en charge familiales conduisent à une perte de poids significative chez les enfants obèses (13). L'approche globale de la famille est donc un point à explorer.

Des problèmes d'ordre psychologique peuvent être également liés à cette problématique de surpoids. Une prise en charge par un psychologue peut s'avérer parfois nécessaire, ce qui est souvent difficile à accepter pour les parents. Une collaboration efficace entre psychologues et

médecins généralistes est nécessaire afin que les enfants soient pris en charge de façon optimale.

La méconnaissance des parents des principes de base de l'alimentation saine et équilibrée est majeure (4). Il est donc important de questionner les parents et l'enfant sur leurs connaissances et partir de celles-ci en corrigeant les fausses croyances et en appuyant ce qui est juste. Ce qui semble évident pour nous ne l'est pas toujours pour le patient. L'accompagnement est le rôle du médecin généraliste, sans jugement et a priori.

5.2.6 Du côté des parents

Il aurait été intéressant d'avoir le point de vue des parents face au problème du surpoids de leurs enfants afin de savoir comment eux vivent cette problématique, quelles sont leurs difficultés et ce qu'ils attendent de leur médecin généraliste. Malheureusement les contraintes imposées pour ce travail m'ont poussée à n'interroger que les médecins sur ce sujet.

L'ONE a récolté les difficultés des parents face à l'augmentation de poids de leur enfant. La principale difficulté des parents est liée à l'enfant par ses refus et ses envies (4). La problématique de l'enfant roi relevée par les médecins est donc une difficulté également soulevée par les parents. Ce problème d'ordre éducationnel est difficile à aborder par le médecin car il ne touche pas directement à la santé de l'enfant mais plutôt aux valeurs des parents. D'autres difficultés sont également évoquées par les parents (temps, argent, impact de la publicité, manque d'informations), mais celles-ci sont secondaires (4).

5.2.7 Impacts de la société

Les difficultés liées à la société sont majeures et méritent que l'on y prête attention.

Premièrement, les publicités et le marketing ont un rôle déterminant dans l'épidémie d'obésité mondiale. Les géants du monde économique dirigent nos vies, nos envies, notre addiction au sucre (22).

Deuxièmement le développement de nouvelles technologies numériques a pour conséquence une augmentation de la place des écrans dans notre quotidien, favorisant les comportements sédentaires (21). Les enfants n'y échappent malheureusement pas.

Il est difficile en tant que médecin de lutter contre cette évolution de la société, fortement liée à des enjeux économiques majeurs. Pourtant, ces encouragements constants à la malbouffe et la sédentarité provoquée par les écrans sont les principaux responsables de l'épidémie mondiale d'obésité (22).

Il est donc nécessaire que le monde politique se penche sur le problème de la malbouffe et des sodas afin de légiférer leur commerce et la publicité. Par exemple au Chili, les produits trop gras, trop salés ou trop sucrés sont indiqués par un logo d'alerte et interdits de publicité (22). Ce type de mesures pourrait également être appliqué en Belgique.

5.3 Rôle de la médecine scolaire

La visite médicale étant obligatoire pour tous les enfants belges en âge scolaire, elle serait en effet le lieu idéal pour dépister et référer vers le médecin généraliste les enfants à risque voire déjà en surpoids ou obèses. Néanmoins, les médecins interrogés ne sont peu, voire jamais interpellés par le médecin scolaire. Les médecins interrogés se questionnent donc à propos de l'organisation de la médecine scolaire et sur le rôle que celle-ci devrait jouer dans cette problématique.

Afin de répondre au mieux à ces interrogations, j'ai contacté un médecin scolaire (Dr Christine Servais) du PSE (Promotion de la Santé à l'Ecole) de Charleroi qui a répondu à mes questions dans un premier temps par téléphone et ensuite par mail. Voici la synthèse de ses réponses. Les missions des médecins scolaires sont définies par un Décret de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Les enfants se rendent à la visite médicale deux fois durant les années primaires (2^{ème} et 6^{ème} primaire), ce qui laisse 4 ans sans que l'enfant ne soit vu. Durant ces visites la prise du poids, de la taille et le calcul de l'IMC sont effectués de façon systématique. Les conclusions du bilan de santé sont communiquées aux parents ou tuteurs de l'enfant. Lorsqu'un problème de poids est détecté, un dialogue se fait entre le médecin scolaire et l'enfant par rapport à son poids et ses habitudes alimentaires. Une copie des courbes ainsi qu'un document expliquant le problème est ensuite remis à l'enfant avec pour consigne de se rendre chez le médecin traitant ou chez un diététicien pour un suivi. Si le problème de poids s'avère important (brusque prise de poids, BMI très élevé, contexte psycho-affectif particulier,...), certains médecins contactent les parents directement par téléphone afin de susciter la demande de prise en charge et de suivi auprès de la médecine curative. Le médecin

du PSE exprime très clairement qu'il n'est pas question d'outrepasser le contact avec les parents en envoyant les conclusions directement au médecin traitant.

La médecine scolaire semble donc effectivement remplir son rôle de dépistage et alerte les parents, mais une partie des parents ne suit pas les conseils donnés par les médecins des PSE et ne contacte pas le médecin traitant suite au courrier reçu lors de la visite médicale ou au contact téléphonique. Ne serait-il pas possible de repenser la communication des résultats de la visite médicale avec un courrier directement adressé au médecin traitant si un accord des parents est demandé de façon systématique au préalable ? Le travail de dépistage des médecins scolaires pourrait être alors plus efficient.

5.4 Pistes de solutions

Comment lutter au mieux en tant que médecin généraliste contre ce problème d'obésité infantile malgré les nombreuses difficultés relevées ? Premièrement j'appuierai l'importance de la prévention et de l'ONE. Deuxièmement, je développerai l'idée de la création d'un trajet de soin pour les enfants en surpoids et obèses.

5.4.1 La prévention

La prévention reste le moyen le plus efficace de freiner l'épidémie d'obésité (1,2). Cette prévention peut être déjà débutée lors des contacts prénataux afin de sensibiliser les parents à la problématique de façon précoce (1). Même s'il ne semble pas exister de problème de poids flagrant chez l'enfant, il est nécessaire de questionner et de conseiller régulièrement les enfants et les parents à propos de leur alimentation, de l'activité physique pratiquée, du temps passé devant les écrans. Si l'impact direct de ces questionnements semble faible, par analogie avec le sevrage du tabac, ce sont les conseils de routine qui sont les plus efficaces avec pour objectif d'éveiller les patients à la problématique et de leur ouvrir une porte pour le jour où ils seront prêts à effectuer un changement (12,15). On a, par exemple, pu démontrer que les jeunes qui reçoivent des encouragements de leur médecin généraliste à faire du sport sont plus nombreux à faire des activités physiques en dehors de l'école (21).

L'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) est l'organisme belge qui effectue un travail de prévention notamment des troubles alimentaires chez les enfants de 0 à 6 ans en organisant des consultations gratuites. C'est le lieu où les médecins ont le temps et l'infrastructure pour

peser, questionner, éduquer et si nécessaire alerter les parents à propos de l'alimentation et des modes de vie des enfants. L'ONE organise régulièrement des formations pour les médecins, qui, comme déjà expliqué plus haut, sont nécessaires et permettent de pallier le manque de formation à la prévention au sein des universités.

Les enfants entre 7 et 12 ans sont donc uniquement suivis par le médecin traitant et par le médecin scolaire. Il est donc important que le médecin traitant puisse suivre facilement le poids et la taille de ces enfants en reportant ces mesures sur les différentes courbes. Malheureusement, il est souvent compliqué voire impossible de trouver ces courbes dans les programmes informatiques utilisés en médecine générale. Une adaptation de ces programmes avec un accès rapide et facile aux courbes pourrait être une solution afin d'améliorer le dépistage des enfants en surpoids.

5.4.2 Création d'un trajet de soins

La création d'un trajet de soins pour les enfants en surpoids ou obèses, similaire au trajet de soin diabète, permettrait de répondre à plusieurs difficultés majeures détaillées dans ce travail. Celui-ci nécessiterait la signature d'un contrat entre les parents, le médecin généraliste et une diététicienne par exemple. Les soins diététiques et psychologiques seraient remboursés et des directives claires pour le médecin traitant concernant l'accompagnement et le suivi de l'enfant seraient décrites.

Premièrement, sa conception permettrait la reconnaissance de l'obésité infantile comme maladie chronique et par conséquent, un changement de regard tant des médecins que des patients vis-à-vis du problème de santé de l'enfant. Une prise de conscience des parents de l'importance du problème de poids serait peut-être aussi possible grâce aux termes « maladie chronique » qui y seraient associés.

Deuxièmement, suite à leur remboursement, les suivis diététique et psychologique seraient plus accessibles aux populations précaires, qui sont les plus touchées par la problématique de l'obésité infantile. La prise en charge pluridisciplinaire avec le médecin généraliste serait alors réalisable et des contacts répétés avec les différents professionnels pourraient être proposés.

Troisièmement, les directives qui seraient liées à ce trajet de soin permettraient d'uniformiser la prise en charge, et de guider étape par étape le médecin lors de son suivi. Celui-ci pourrait alors accompagner les familles avec plus de confiance.

Pour finir, la signature du contrat par les parents avec plusieurs professionnels de la santé permettrait de mettre en avant la nécessité de l'engagement de ceux-ci à contribuer activement au traitement de leur enfant. Cette implication de l'entourage est effectivement essentielle à la réussite de la prise en charge.

Cette proposition de solution peut sembler naïve. En effet, elle n'est actuellement pas réalisable concrètement. Des décisions politiques seraient nécessaires en faveur d'un refinancement des soins de santé afin de pouvoir imaginer ce type de prise en charge. C'est ce que recommande en effet l'OMS dans ces suggestions d'action afin de faire face à l'épidémie d'obésité infantile (2).

Mon idée est un idéal, elle n'est pas à appliquer à la lettre, mais elle peut être une base de réflexion pour un système de soin qui est à réinventer.

5.5 Limites et biais

Le nombre de médecins interrogés est insuffisant pour atteindre la saturation des données. Je n'ai pas pu interroger davantage de médecins premièrement car peu de médecins ont répondu spontanément au recrutement par mail et deuxièmement par manque de temps nécessaire pour relancer une seconde vague de mails. Mon échantillon aurait également pu être plus diversifié. Le témoignage d'un jeune médecin travaillant à l'acte aurait pu apporter encore une autre vision de la problématique avec peut-être des difficultés toutes autres. En effet, plus de la moitié des médecins interrogés travaillent au forfait au sein d'une maison médicale. Or ce type de pratique offre des conditions de travail fort différentes de la pratique solo avec, par définition, un travail en équipe pluridisciplinaire. Un des biais à également signaler est que deux médecins interrogés n'ont pas été recrutés de façon aléatoire et que parmi les cinq médecins ayant répondu de façon spontanée, un fait partie de mes connaissances proches. Enfin, le thème de mon TFE étant évoqué dans mon mail de recrutement, les médecins ayant répondu à l'appel spontanément étaient probablement déjà sensibilisés à la problématique et intéressés par le sujet.

Ayant déjà beaucoup réfléchi au sujet avant les entretiens et ayant déjà fait de nombreuses recherches au préalable, ma vision de la problématique est peut-être parfois ressortie lors des échanges avec des questions plus orientées et a pu diriger la discussion dans une direction. Malgré ce possible biais, je pense avoir pris en compte l'ensemble des avis lors de mon analyse de résultats, même si certains étaient en désaccord avec mon idée première du problème.

La clarté de mes questions peut également être remise en compte. En effet, certaines questions se sont révélées être trop floues, vastes ou imprécises lors des premiers entretiens. La formulation de mes questions ainsi que l'importance donnée à certaines parties de mon questionnaire ont évolué au fur et à mesure des interviews.

Une petite perte de données est malheureusement survenue lors de la perte d'un enregistrement avant d'avoir pu le retranscrire. Je m'en suis aperçue assez vite et les principales idées ont été mises sur papier mais certaines nuances qui auraient pu être analysées lors de la retranscription complète m'ont certainement échappé.

VI CONCLUSION

Le problème de l'obésité infantile est un des problèmes majeurs de santé communautaire du 21^{ème} siècle. Cette problématique est complexe car les causes de cette obésité sont bien souvent plurifactorielles. Le dépistage et la prise en charge du surpoids sont incombent au médecin traitant. Mais de nombreuses difficultés sont bien souvent rencontrées par celui-ci face à cette problématique.

Cette étude qualitative a permis le recensement des difficultés rencontrées par les médecins généralistes de la région de Charleroi. Il s'est avéré que celles-ci pouvaient être regroupées selon trois origines différentes. Premièrement, certaines difficultés sont liées au médecin généraliste lui-même, à sa façon de travailler et aux collaborations trans- et interdisciplinaires limitées. Deuxièmement, une partie des difficultés découlent de la famille de l'enfant, du niveau socio-économique de celle-ci, de la dynamique familiale et de l'éducation qui en résulte. Enfin, des difficultés résultent de la société au sein de laquelle nous vivons et de ce qu'elle génère comme comportement.

L'analyse des difficultés avec l'apport à la littérature a permis de comprendre en quoi consistaient ces obstacles majeurs et les solutions qui pourraient y être apportées. Un certain nombre de difficultés des médecins généralistes découlent d'un manque de formation et de directives claires concernant la prise en charge et le suivi des enfants en surpoids. Le manque de reconnaissance de l'obésité infantile comme maladie chronique tant par les soignants que par les patients est également un frein majeur au suivi de ceux-ci. La discussion a également mis en évidence que le traitement de l'enfant obèse nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire afin que celui-ci soit optimal. Mais actuellement, les possibilités de formation de telles équipes en première ligne sont limitées. Enfin, la prise en charge des enfants en situation de précarité nécessite une approche particulière avec une écoute des priorités et des attentes de la famille et l'adaptation du plan de traitement en fonction de celles-ci. Globalement, l'écoute et l'analyse de la situation familiale se révèlent être nécessaires avant la mise en place de toute mesure de prévention ou de traitement de l'obésité infantile.

Suite à cette analyse, deux pistes de solution se sont avérées pertinentes. La première est le rappel de l'importance de la prévention dans cette épidémie d'obésité infantile. Les messages de prévention doivent être délivrés de façon précoce et régulière par le médecin traitant ou

par le médecin de l'ONE. La seconde piste est la création d'un trajet de soins pour la prise en charge de l'enfant obèse avec un remboursement des soins diététiques et psychologiques ainsi que des directives claires pour le médecin traitant concernant le suivi. La mise en place de ce trajet de soins permettrait la reconnaissance de la problématique comme maladie chronique et mettrait en avant la nécessité de l'engagement des parents dans le plan de soins.

Cette dernière piste de solution ainsi que le désamorçage des difficultés liées à l'impact de la publicité et de la malbouffe ne seront possibles que si des décisions politiques sont prises. Il est en effet nécessaire que le monde politique se penche sur la législation des publicités des sodas, des fastfoods, etc, et sur le refinancement de la première ligne de soins.

La réalisation de ce travail m'a permis de découvrir en quoi consistait une étude qualitative et comment la réaliser. La rencontre avec des praticiens de ma région était très enrichissante et m'a permis de confronter ma vision du problème avec d'autres avis qui divergeaient parfois du mien. Ces échanges, l'analyse de ceux-ci ainsi que l'ensemble de la littérature parcourue m'ont permis de prendre du recul vis-à-vis de mes difficultés lors de la prise en charge des enfants en surcharge pondérale et d'améliorer, je l'espère, ma pratique en tant que médecin généraliste.

VII BIBLIOGRAPHIE

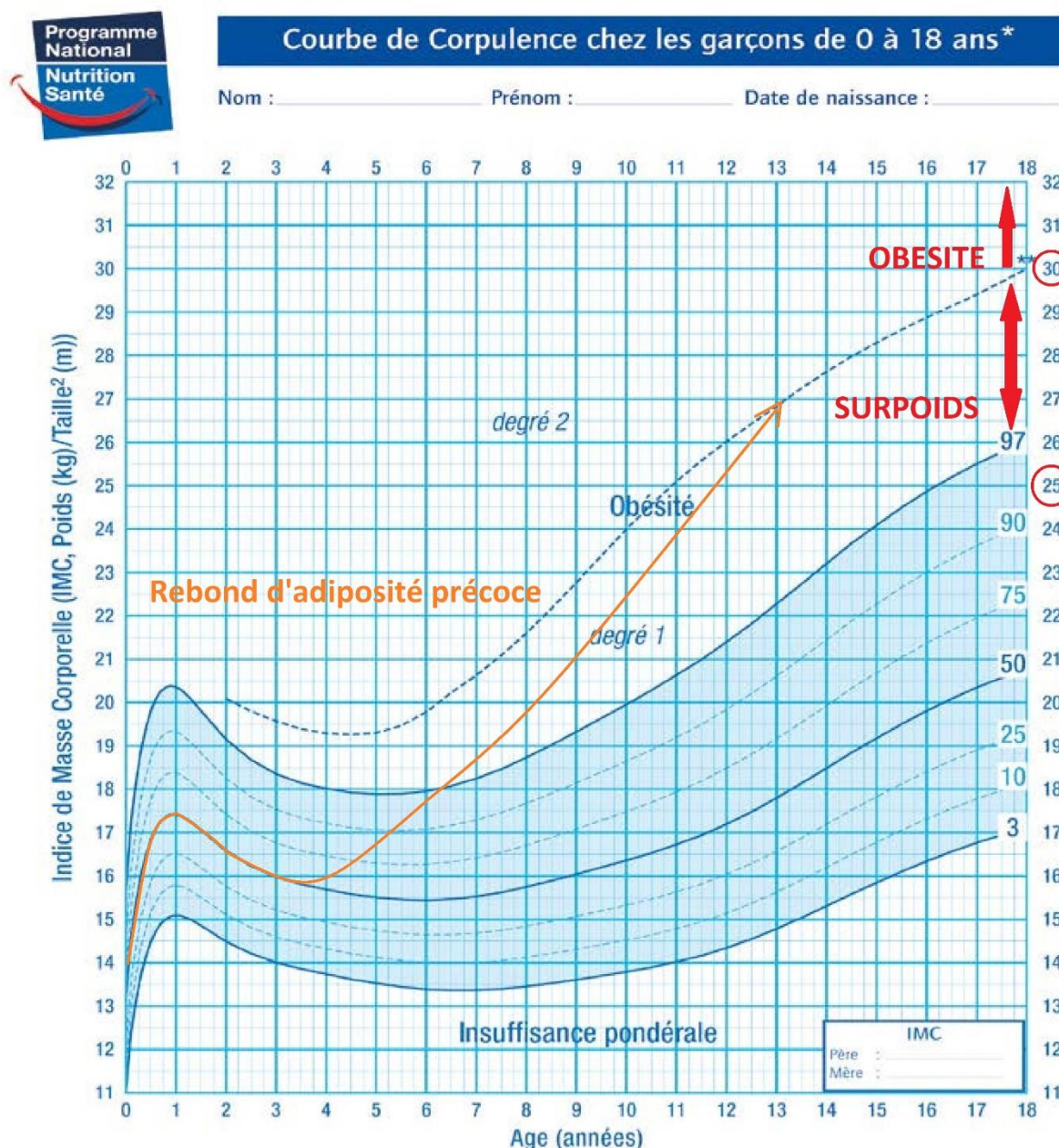
1. Sutaria S, Saxena S. How can family physicians contribute to ending childhood obesity? *Fam Med.* avr 2019;51(4):308-10.
2. Anna Kovacs V, Kaposvari C. Mapping the health system response to childhood obesity in the WHO European Region, An overview and country perspectives. World Health Organization, regional office for Europe; 2019.
3. Finer N, Garnett SP, Bruun JM. COVID-19 and obesity. *Clin Obes* [Internet]. juin 2020 [cité 27 mai 2020];10(3). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cob.12365>
4. Pirard-Gilbert L. Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant : Prévention et petite enfance. Office de la Naissance et de l'Enfance. 2019.
5. Obésité et nutrition [Internet]. SSMG. 2018 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: https://www.ssmg.be/avada_portfolio/obesite-et-nutrition/?portfolioCats=107%2C108%2C183%2C109
6. Niesten L, Bruwier G. Recommandations de Bonne Pratique, L'obésité chez l'enfant [Internet]. Société Scientifique de Médecine Générale; 2007 [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/Recommandations_de_bonne_pratique/rbp_obesiteenfant.pdf
7. Recommandation de bonne pratique , Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2011 [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_enfant_et_adolescent.pdf
8. Vuorela N, Salo M. Le surpoids et l'obésité chez l'enfant [Internet]. Duodecim; 2019 [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ebnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm01082>
9. Garrido-Miguel M, Oliveira A, Caverio-Redondo I, Alvarez-Bueno C, Pozuelo-Carrascosa D, Soriano-Cano A, et al. Prevalence of overweight and obesity among european preschool children: a systematic review and meta-regression by food group consumption. *Nutrients.* 2019;11.
10. Regard sur la santé des jeunes, province de Hainaut. [Internet]. Observatoire de la santé du Hainaut; 2015 [cité 10 mars 2020]. Report No.: 10. Disponible sur: https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/2018/06/Sante_en_Hainaut_10_RSJ-2015-synthese.pdf
11. Brunelle C. Obésité infantile, Comment la prévenir? [Internet]. 2015 mars 21 [cité 13 nov 2019]; Tournai. Disponible sur: https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/PDF/GJ_textes/2015_Wapi_Brunelle.pdf
12. Kacenelenbogen N. La gestion du poids en médecine générale. *Rev Médicale Brux.* 2006;27:361-71.
13. De Cort P. Obésité de l'enfant : apport d'une approche comportementale familiale. *Anal Brèves.* oct 2018;17(8):110-1.

14. Bailey K, Pemberton J, Frankfurter C. Understanding academic clinician's varying attitudes toward the treatment of childhood obesity in Canada : A descriptive qualitative approach. *J Pediatr Surg*. 2013;48:1012-9.
15. Wray C, Brauer P, Heuberger R, Logomarsino J. Improving documentation of pediatric height, weight, and body mass index by primary care providers. *Rev Can Prat Rech En Diététique*. 2018;79:186-90.
16. Elissa Jelalian E, Boergers J, Aldays S. Survey of physician attitudes and practices related to pediatric obesity. *Clin Pediatr*. 2003;42:235-45.
17. Chevalier P. Efficacité des interventions pour le contrôle du poids chez l'enfant. *Minerva*. nov 2010;9(10):116-7.
18. Tableau de bord de la santé, Province de Hainaut. Observatoire de la santé du Hainaut; 2016 p. 130-7. Report No.: 12.
19. Houioux G. Une alimentation favorable à la santé pour les personnes précarisées. Guide pratique à l'usage des professionnels de l'action sociale, de la santé, et de l'alimentation [Internet]. 2008 [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=11643
20. Charleroi, Profils locaux de santé, Province du Hainaut [Internet]. 2019 nov [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/2019/11/charleroi_11-2019.pdf
21. Activité physique et sédentarité chez les jeunes en Hainaut [Internet]. Observatoire de la santé du Hainaut; 2018 [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2018/05/2018Avril_RSJ13.pdf
22. Thierry de Lestrade et Sylvie Gilman. Un monde obèse [Internet]. Arte; 2020 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.arte.tv/fr/videos/083970-000-A/un-monde-obese/>

VIII ANNEXES

8.1 Exemple courbe IMC

Source : Livre « Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant : Prévention et petite enfance », ONE, 2019.(4) + annotations personnelles



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.

• L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est alors calculé et reporté sur la courbe de corpulence disponible sur www.sante.fr. Il se calcule soit avec un disque de calcul, soit avec une calculatrice, en divisant le poids (en kg) par la taille au carré (en mètre) soit :

$$\frac{\text{poids(Kg)}}{\text{taille (m)} \times \text{taille (m)}}$$

• L'IMC est un bon reflet de l'adiposité. Il varie en fonction de l'âge. L'IMC augmente au cours de la première année de vie, diminue jusqu'à 6 ans puis augmente à nouveau. La remontée de la courbe, appelée rebond d'adiposité, a lieu en moyenne à 6 ans.

• Tracer la courbe de corpulence pour chaque enfant permet d'identifier précocement les enfants obèses ou à risque de le devenir :

- lorsque l'IMC est supérieur au 97^{ème} percentile, l'enfant est obèse.
- plus le rebond d'adiposité est précoce plus le risque d'obésité est important.
- un changement de "couloir" vers le haut est un signe d'alerte.

Courbe graduée en percentiles, établie en collaboration avec MF Rolland-Cachera (INSERM) et l'Association pour la Prévention et la prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (APOP) et validée par le Comité de Nutrition (CN) de la Société Française de Pédiatrie (SFP).

* Données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Ph Michel Sempé) - Rolland-Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991; 45:13-21

** Seuil établi par l'International Obesity Task Force (IOTF) - Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6

8.2 Guide d'entretien

Thème	Question	Sous-questions	Informations
Surpoids et obésité	Qu'est-ce que le problème de surpoids en pédiatrie vous évoque-t-il ?	1. Vous sentez-vous concerné par cette problématique ? 2. Connaissez-vous les impacts de cette problématique ?	- 1 enfant/10 est en excès de poids dans le monde - prédisposition à des problèmes médicaux à l'âge adulte quel que soit le BMI à l'âge adulte + stigmatisation sociale, intimidation scolaire, résultats scolaires médiocres, troubles de la santé mentale - Prédiction : la moitié de la population sera obèse d'ici 2030
Consultation	Comment se déroule une consultation type de pédiatrie dans votre cabinet ?	1. Pesez-vous les enfants ? Mesurez-vous les enfants ? Calculez-vous le BMI ? 2. Utilisez-vous les courbes de croissance ? Quand ? Courbe BMI ? 3. Connaissance du rebond d'adiposité	- Diagnostic se fait par prise de la taille et du poids régulière et répétée + calcul du BMI + mise sur les courbes
Alimentation	Abordez-vous la question de l'alimentation en consultation ?	1. Quelles consignes donnez-vous ? 2. Outils utilisés ? Explications avec les courbes ? Pyramide alimentaire ? 3. Et en prévention ? 4. Rôle de la TV, convivialité, repas en famille, activité sportive	
Suivi et prise en charge	Un enfant visiblement en surpoids vient à votre consultation pour un autre motif, que faites-vous ?	1. Aborde la question du poids ? 2. Communication avec l'enfant ? Parents ? 3. Poids du parent, frein ou moteur ? 4. Freins ? Moteurs ? (Contexte, soignant, patient, autre)	
Rôle du médecin traitant	Quel est, selon vous, le rôle que le médecin traitant doit jouer dans le dépistage et la prise en charge du surpoids/obésité en pédiatrie ?	1. Rôle de l'ONE ? 2. Quand référer ? A qui ? 3. Comment les suivre ?	- Rôle du MT : aider les parents à comprendre et à accepter le surpoids de leur enfant - Etude aux USA : contacts répétés et discussions dès le pré et post natal.
Formation et informations	Qu'est ce qui, selon vous, pourrait améliorer le dépistage et la prise en charge de cette problématique ?	1. Outils ? GLEM ? 2. Partenariats ? Réseau ? Connaissance de l'ONE ? De la médecine scolaire ? 3. Formation ? Organisée par qui ? 4. Autre ? Ecole primaire ?	- Ex : Alerte dans le dossier afin d'accroître la consignation des données

8.3 Retranscription de l'entretien du cinquième médecin (Med5)

- *Je me suis posée des questions sur le problème de surpoids et d'obésité chez les enfants entre 2 et 12 ans parce que je me suis rendu compte que dans mes consultations j'en voyais pas mal et je n'arrivais pas à savoir comment l'aborder. Est-ce que c'est un sujet qui te touche? Est-ce que tu te sens concerné?*

C'est effectivement un problème fréquent. C'est clair. Oui, je me sens concerné mais comme tu dis, il y a parfois une difficulté à l'aborder avec les parents. Donc la manière que j'ai moi de l'aborder, c'est de les peser et de les mesurer tout simplement dans un premier temps. Et puis de pouvoir voir un peu quelle est l'évolution de ce poids aussi et d'attirer l'attention des parents sur le fait qu'il y aurait intérêt à faire quelque chose, sinon ça va impliquer des problèmes de santé par la suite. La difficulté c'est que ça touche à des habitudes culturelles très ancrées dans la population en terme de représentation de l'image du corps, en terme d'habitudes alimentaires, de ce qu'est le bien manger qui n'est pas le même dans toutes les couches sociales. Donc voilà oui, concerné certainement, je l'aborde souvent mais j'ai l'impression d'avoir peu d'impact.

- *Il y a un peu de frustration alors?*

Plus maintenant (rires) parce que je m'y suis fait, je me suis fait une raison mais voilà, je pense que les familles ont d'autres priorités parfois que ça. Et que un enfant qui mange bien, c'est un enfant qui mange beaucoup et il y a encore le mythe du bon petit gros qui est en bonne santé.

- *Quand tu reçois un enfant pour un problème de rhinopharyngite ou IVRS, est ce que d'office tu as un schéma classique de prise en charge ou est-ce que c'est aléatoire ?*

Oui, par rapport à la plainte d'IVRS certainement. Alors, quand j'ai le temps, quand j'y pense et quand je vois que c'est pertinent, je pèse aussi l'enfant. Je regarde toujours quand est ce qu'il a été pesé la dernière fois dans le dossier, si je vois que c'est récent ben, si c'était le mois passé, je ne le refais pas. Si je vois que ça fait plusieurs mois, 3-4 mois qu'on ne l'a plus fait,

alors j'essaye de le faire effectivement, et à fortiori si ça n'a jamais été fait. Je demande pour les plus jeunes s'ils ont le carnet d'ONE. Il y a des parents qui viennent spontanément avec le carnet mais pas toujours. Je crois que les parents ont assez bien ce réflexe pour les bébés je vais dire. Tant qu'ils sont suivis à l'ONE alors ils viennent encore volontiers avec, sinon pas tellement. On avait auparavant une pédiatre qui travaillait dans notre équipe, elle a arrêté il y a 3-4 ans mais elle nous inculquait vraiment ce mot d'ordre : "il faut toujours peser les enfants". Donc je crois qu'il y a quelque chose de ça qui est resté, en tout cas pour moi qui ai beaucoup travaillé avec elle. Donc, c'est un point auquel je suis attentif. Surtout que maintenant c'est intéressant, on peut montrer des courbes de poids à l'ordinateur aux parents, tu peux leur montrer "Tiens, il devrait être là et il est là".

- *Donc quand tu montres sur l'ordinateur, tu montres sur quelle courbe?*

Je montre sur la courbe de poids parce que c'est ce qui est le plus parlant pour les parents donc c'est essentiellement ce que je montre. L'indice de masse corporelle c'est difficile pour eux de comprendre ça. Donc je montre essentiellement la courbe de poids et la taille parce que ça intéresse toujours de savoir s'ils grandissent.

- *Et ça se met automatiquement dans votre programme?*

Oui il y a des courbes de poids dans Pricare que tu peux montrer.

- *En général, est ce que tu parles de l'alimentation également de façon spontanée toujours ou seulement quand il y a un problème?*

Ça dépend, soit les gens viennent pour tout autre chose, je constate qu'il y a un problème de poids, je vois que j'ai du temps et j'essaye d'aborder le problème. Soit il y a quelque chose qui a un lien avec l'alimentation, soit on parle d'une gastro entérite, par exemple, ne fut ce que ça, ou le problème des parents qui viennent avec leur enfant en disant "il ne mange rien, il ne veut pas manger" et moi je trouve qu'il a trop de poids (rires). Parfois les enfants trop maigres aussi, ça ça arrive aussi effectivement. Donc voilà, c'est un peu selon, soit il y a un point

d'accroche qui donne l'occasion de parler d'alimentation, soit que les parents n'amènent pas du tout ça sur le tapis mais moi je vois qu'il y a un problème et j'ai le temps d'en parler alors j'essaye de l'aborder.

- *Donc le temps est un frein?*

C'est quand même souvent un facteur limitant je pense, surtout en période hivernale. On a plus le temps en été d'en parler.

- *Et donc, quand tu abordes la question, est-ce que tu utilises des outils? Comment est-ce que tu en parles aux parents?*

Je m'intéresse d'abord aux habitudes alimentaires donc je demande aux parents de me dire "tiens hier, qu'est-ce que votre enfant a mangé?". Et je m'intéresse aussi à ce qui se passe entre les repas parce que c'est souvent là que se pose le problème et évidemment attention à tout ce qui est boissons, sodas et compagnie. Donc, j'essaye de reconstruire un peu avec eux le menu type d'une journée et alors j'essaye de leur expliquer ce qui pourrait être changé dans cette alimentation dans un sens plus favorable à la santé. Je n'ai pas d'autre outil à part leur montrer la courbe de poids, je n'utilise rien d'autre. On est pas dans une population qui a un accès très facile à tout ce qui est écrit. Donc les écrits, je n'utilise quasi plus pour les patients parce que je pense que ça ne fonctionne pas. Donc voilà, c'est plus dans le dialogue, dans la discussion. C'est déjà arrivé aussi pour des enfants qui avaient vraiment des gros problèmes de poids de proposer un suivi alors. D'une part, de pouvoir référer au diététicien qui travaille dans notre équipe, parce qu'il est très accessible, on ne demande que 5€ par consultation. C'est quelqu'un qui travaille très très bien. J'essaye d'inciter alors les parents à venir voir le diététicien et même si je réfère au diététicien, je propose quand même de les revoir. Par exemple, voilà je dis «vous allez voir le diététicien, dans 3 mois je vous revois et on fait le point ». Mais même si je ne les renvoie pas vers le diététicien, j'essaye de revoir les enfants, en tout cas quand je sens qu'il y a une accroche, que les parents semblent un peu intéressés par le fait de faire quelque chose. Si toutes les réponses que je reçois c'est des « oui mais, oui

mais, oui mais », ok ils ne sont pas prêts à faire quelque chose alors je n'insiste pas outre mesure non plus.

- *Tu lances le sujet et tu verras ce qu'ils en font par après... Et les gens reviennent en général quand tu lances un suivi ?*

En général, je dirais qu'au moins les trois quart reviennent mais en même temps, il y a un biais de sélection parce que je pense que c'est les gens les plus motivés chez qui je vais jusque-là. Ceux chez qui je sens qu'il n'y a aucune volonté, je laisse tomber... momentanément hein, sachant que ça peut changer mais à ce moment-là, ils ne sont pas prêts.

- *Quand tu l'abordes, quels sont les réactions que tu as déjà recueillies?*

Les principales réactions un peu négatives je dirais c'est les gens qui disent "oui mais il n'aime pas ceci, oui mais il n'aime pas cela" mais en même temps, il n'y a personne dans la famille qui mange parfois ce type d'aliment et il n'a jamais eu l'occasion de goûter. Je trouve que la difficulté la plus importante c'est les boissons sucrées et le grignotage. Ça, c'est vraiment difficile, difficile de faire comprendre qu'un enfant peut se passer de boire du coca, qu'un enfant peut se passer de manger des chips. Quand tu fais tes courses dans les grandes surfaces ici, c'est vraiment une catastrophe quand tu vois les caddies des gens (rires), on se dit, c'est là qu'on devrait commencer quoi, dans les grands magasins et arrêter de... Je pense que culturellement aussi il y a des habitudes qui ne sont pas du tout intégrées dans la population plus populaire, plus précarisée. La consommation de fruits et légumes, c'est vraiment pas quelque chose d'évident pour eux. C'est beaucoup de féculents, c'est beaucoup de matières grasses, beaucoup de charcuterie donc ça c'est pas simple. Ils ont toujours, enfin souvent, la réaction de dire que c'est trop cher. Donc il y a ce mythe ou réalité, je ne sais pas très bien, qu'une alimentation équilibrée ça coûte plus cher. Oui, je ne sais pas, je n'ai jamais fait d'étude de marché. Notre diététicien ici nous dit que ce n'est pas vrai, il dit qu'il suffit de bien choisir ses aliments. Si on mange des aliments de saison et qu'on consomme ça dans des quantités raisonnables, c'est pas plus cher, voilà. Ça c'est l'argument économique. Donc il y a le problème des habitudes, le problème économique et donc le problème surtout je pense des

limites. Les parents, dans ce domaine-là comme dans d'autres, ont du mal à mettre des limites à leurs enfants au niveau éducatif. Donc ça fait partie de ces sujets sur lesquels les parents lâchent prise et cèdent parce que c'est plus facile de donner un paquet de chips au gosse et de le mettre devant la TV plutôt que d'éventuellement faire une autre activité avec lui, de lui dire que non, on va manger dans une heure et que c'est pas le moment de manger des chips. Donc je pense que c'est plus global que l'alimentation ce problème de cadre.

- *Ça fait longtemps que vous avez un partenariat avec le diététicien qui est chez vous?*

Oui, depuis que je travaille à la maison médicale, il y a toujours eu un diététicien. Ce n'était pas lui depuis le début mais c'est une très vieille habitude de la maison médicale. Et lui, il est ici depuis une quinzaine d'années.

- *Et le fait que ce soit moins cher, ça a toujours été aussi? Il y a toujours eu un financement de la part de la maison médicale?*

Oui toujours, parce qu'on estime que ça fait vraiment partie des soins de santé de base et que c'est important que ça reste accessible. Donc c'est 5€ pour les gens qui sont inscrits à la maison médicale. S'il y a des gens extérieurs, ils peuvent venir mais alors ils payent directement au diététicien, mais je ne sais pas exactement quels sont ses tarifs. C'est un service qu'on offre à la population.

- *Tu as évoqué les freins, qu'est ce qui, à l'inverse, facilite le fait de l'aborder, que le message passe bien?*

Si les parents sont demandeurs déjà évidemment, ça c'est beaucoup plus facile. Ou éventuellement quand il y a un problème de santé, ça, ça peut être également un élément déclencheur d'une motivation. Ou quand le problème de poids cause un problème au niveau de l'insertion sociale, qu'il y a des railleries, des problèmes relationnels à l'école, donc ça, ça peut être une motivation aussi. Parfois aussi parce qu'un autre intervenant a attiré l'attention sur le fait qu'il y a un problème, à la médecine scolaire par exemple ou l'ONE. On a parfois des

parents qui viennent quand même parfois suite à ça. C'est rare je trouve, ce n'est pas fréquent. Parfois, quand il y a plusieurs membres de la même famille qui sont dans la même situation, s'il y a une prise de conscience de l'un d'entre eux, ça va avoir un peu un effet ricochet sur un autre. On peut alors en profiter pour se dire « tiens, ce serait plus facile si toute la famille faisait l'effort ». Aussi parfois via le sport, des jeunes, des enfants qui commencent une activité sportive et qui se rendent compte qu'ils ont des limitations. On peut réexpliquer à ce moment-là qu'il y a un lien évidemment avec leur surpoids et que s'ils perdaient du poids, ils seraient plus performants au niveau sportif. Voilà, c'est des trucs un peu déclencheurs que j'ai déjà pu observer.

- *Quand tu détectes le problème, sur quoi est-ce que tu appuies? Est-ce que tu parles du fait qu'il risque d'avoir des problèmes de santé plus tard? Est-ce que tu essayes de faire peur?*

D'abord, je reste dans mon rôle de médecin, donc j'attire l'attention sur le lien avec des problèmes de santé, soit déjà présents, soit à craindre pour le futur d'une part. J'insiste aussi sur le fait que ça a des implications en termes de performance à différents niveaux, performances physiques en général. Pour les plus grands, les ados, il y a aussi tout ce qui est performances par rapport à une recherche d'emploi ou des choses comme ça. Dans les métiers plus physiques qui sont quand même la majorité des métiers que les gens essaient d'obtenir ici, ça va avoir un impact. Donc l'argument santé, l'argument performance physique. Parfois, mais alors on est plus chez les enfants, c'est tout ce qui concerne la fertilité chez les couples, parce qu'on sait bien qu'il peut y avoir un lien mais là on n'est plus vraiment dans l'enfance. Voilà essentiellement ça je dirais. L'image de soi, je trouve que ce n'est pas quelque chose sur lequel on peut vraiment s'appuyer parce que je n'ai pas l'impression qu'il y a beaucoup de personnes en surpoids chez les enfants, chez l'ado qui ont vraiment un souci par rapport à ça. Il ne me semble pas, ça vient rarement... Plus alors chez les jeunes filles, ça oui parfois. Là on est déjà chez les ados, les grands ados. Mais chez les garçons pas tellement je trouve.

- *Est-ce que tu te sens assez formé pour donner les conseils et informer les parents?*

Dépistage oui et prise en charge aussi. Je n'ai pas l'impression qu'il faut des compétences très particulières, que c'est plus une question de bon sens. Et de nouveau de pouvoir être à l'écoute et de prendre du temps avec les gens pour discuter. Mais je trouve que ça ne demande pas de compétences particulières parce que finalement, c'est des conseils d'alimentation saine comme tu peux donner à n'importe qui.

Ce qui est plus compliqué, c'est le lien entre ce surpoids et des problématiques d'ordre psychologique. Je trouve parfois des liens très forts... Tu perçois qu'à travers ce surpoids il y a des choses qui clochent dans la relation avec la mère par exemple. Je ne veux pas pénaliser les mères mais on pourrait dire aussi à l'inverse avec le père qui est absent souvent, qui ne prend pas sa place. En tout cas il y a quelque chose de cet ordre-là qui se joue parfois. Il y a des mères qui sont comme ça extrêmement protectrices, qui ont complètement envahi le champ de l'éducation, le père est absent, soit absent physiquement, soit absent parce qu'il ne prend pas sa place, soit parce qu'il est exclu par la mère, soit qu'il a démissionné je ne sais pas. Et alors, on a l'impression que ce problème d'alimentation c'est quelque chose qui est intimement lié à la relation mère-enfant, et que la mère ne peut pas imaginer qu'elle mette des limites à son enfant. C'est vraiment de l'ordre de l'inconscient presque de la mère nourricière, enfin il y a quelque chose comme ça... Et là c'est très compliqué parce qu'il faudrait presque un abord psychologique presque de la systémique pour essayer de résoudre ce problème-là. Parfois je fais un parallèle entre ces situations où on sent qu'il y a une dépendance à l'alimentation et ce qu'on peut parfois observer plus tard chez les plus âgés de dépendances autres, tabac, héroïne, autres drogues. Et où je trouve, on retrouve la même constellation familiale et avec souvent un père absent et des mères qui sont un peu toutes puissantes parfois. Donc à mon avis, il y a quelque chose de similaire entre les problématiques alimentaires que tu peux observer chez certains enfants et ce que tu peux observer en termes de toxicomanie chez des plus grands, je trouve qu'il y a un peu les mêmes configurations de famille. Ça serait intéressant de voir, ça serait peut-être une autre étude, si les enfants qui ont des problèmes de surpoids et d'obésité comme ça, ont un profil plus à risque de développer d'autres problèmes d'addiction plus tard. Certains je pense que ça doit être vrai, mais ce n'est certainement pas une majorité. Donc ces situations là où tu sens qu'il y a quelque chose qui se joue au niveau psychologique, c'est beaucoup plus compliqué pour nous d'aider à résoudre, et c'est bien souvent des familles qui ne sont pas nécessairement prêtes à faire un pas vers un

traitement psy. Et tu vois bien qu'il y a des familles comme ça, des histoires qui se répètent de générations en générations. Je me souviens d'une caricature de Sempé, il y a très longtemps, où tu vois un petit garçon, tout petit garçon, 3-4-5 ans qui est sur une chaise et visiblement, il est entouré par son grand-père et sa grand-mère qui sont très gros. Et le grand père s'adresse au petit garçon "et toi, qu'est-ce que tu feras quand tu seras gros?" (Rires) C'est des images comme ça....

- *Quand les parents sont en surpoids, est ce que c'est quelque chose qui facilite ou quelque chose qui est plus compliqué ?*

C'est d'abord, je pense, un facteur de risque pour l'enfant, ça c'est clair. Moi ça ne me bloque pas d'aborder le problème. Si je vois que les parents ont aussi un problème de poids, je m'occupe de l'enfant même si je vois que clairement les parents sont dans la même situation, en me disant que par l'enfant, il y a peut-être moyen de faire ricochet aussi et d'aider les parents à prendre conscience de la problématique. Donc moi je dirais que ça ne change pas grand-chose dans ma prise en charge que les parents aient ou pas un surpoids.

- *Et tu ne l'évoques pas dans la discussion?*

J'ai quand même un peu peur à ce moment-là de stigmatiser les parents. Je préfère travailler plus en diplomatie je dirais, en essayant d'abord d'instaurer une série d'habitudes alimentaires favorables pour l'enfant puis après on verra bien avec les parents. Mais ceci dit, si je suis médecin traitant des parents, c'est quelque chose que j'aborderai certainement avec eux aussi, mais peut-être pas en présence de l'enfant.

- *Quand tu l'abordes, si l'enfant est en âge de comprendre, tu l'abordes plus vers l'enfant? Avec les parents?*

Moi j'essaye toujours de parler à l'enfant, ça c'est sûr, en tout cas dans un premier temps même si après je réexplique autrement après aux parents, mais j'essaye d'éveiller un tout petit peu de motivation chez lui aussi ça c'est sûr. Même pour d'autres problèmes de santé,

quand il y a moyen, j'essaie d'expliquer à l'enfant ce qu'il a, ce qu'on va faire, que c'est pas grave, qu'il va maigrir. Donc dans des problèmes comme ça évidemment, c'est important que l'enfant soit partenaire.

- *Est-ce que tu parles parfois de l'importance des repas en famille, du rôle de la télé etc?*

Oui ça c'est vrai, tu as raison, je n'ai pas pensé à le dire mais je parle aussi de l'organisation des repas. Le fait que c'est important que les repas soient pris à des heures plus ou moins régulières, qu'on ne mange pas n'importe comment, n'importe quand, quand on en a envie, qu'il y a des heures de repas. Que si l'enfant à ce moment-là ne mange pas, on n'insiste pas, on ne le force pas l'enfant mais on dit « écoute, si tu ne manges pas maintenant, le prochain repas c'est à midi par exemple ou le soir et tu n'auras rien à manger entre temps ». Et si l'enfant rouspète entre les repas qu'il a faim, surtout ne rien donner à part boire de l'eau. Donc ça j'insiste mais c'est très difficile pour les parents de respecter ça.

Il y a je pense encore quelque chose de l'irrationnel derrière l'alimentation. On ne peut pas laisser un enfant avoir faim. Il y a quelque chose qui est là profondément ancré dans l'être humain. On retrouve ça chez les personnes plus âgées. Si tu observes un peu les personnes âgées notamment en maison de repos et de soins, le moment des repas, c'est quelque chose d'extrêmement important. Il y a cette peur de ne pas avoir à manger qui est une peur très primale et qui doit encore exister comme ça très souvent, qui explique que les parents ont probablement beaucoup de difficultés à refuser de donner à manger à leur enfant quand il n'est pas dans le cadre. Encore faut-il qu'il y ait un cadre. Et même quand le cadre est défini, en dehors du cadre il y a encore beaucoup beaucoup d'entorses au règlement. Donc ça effectivement c'est quelque chose que je dis souvent aux parents. Comme j'attire l'attention sur le fait que tout ce qui est sucré, c'est inutile. Au niveau de la santé, ce sont des aliments dont on peut se passer et que si on aime bien donner à l'enfant un biscuit, un bonbon, une boisson sucrée, ça doit venir après, ça doit venir comme un dessert, quand on a mangé autre chose. Et que ce n'est pas des aliments avec lesquels on fait une alimentation de base. Donc ça effectivement, j'aborde souvent avec les parents aussi. Et alors ce qu'on retrouve aussi parfois c'est que ça devient un enjeu de pouvoir comme ça cette question de l'alimentation. Donc, il y a une crispation au niveau de l'alimentation de l'enfant mais tu vois ça aussi chez les

enfants dont les parents se plaignent qu'il ne mange pas et ça monte vite dans les tours. Donc voilà, j'essaye de remettre le cadre, de rappeler les principes de base, j'essaye de soutenir les parents dans leur implication.

- *Le rôle du médecin traitant pour toi est central dans la problématique?*

C'est un rôle central dans le sens où c'est quand même souvent nous qui voyons le plus souvent les enfants comme travailleur de la santé, qu'on peut donc dépister le problème, qu'on a un lien de confiance je pense souvent avec les parents qui nous permet peut être plus facilement d'aborder ce sujet-là comme d'autres, et de peut-être plus écouter que d'autres intervenants. Oui, je pense, bon il y a des enfants qui sont suivis par les pédiatres qui font de la médecine générale pédiatrique, je trouve que ce n'est pas une bonne idée en soi mais bon, si ça se fait, le pédiatre peut aussi jouer ce rôle-là. Mais dans les populations qu'on a ici, les grosses majorités ne vont pas chez le pédiatre, donc c'est finalement le médecin généraliste qui joue ce rôle totalement. Oui je pense que comme pour l'ensemble des problèmes de santé, on a un rôle central en termes de dépistage, en termes de sensibilisation, en termes de motivation et si nécessaire de référence.