

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

N° 6

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE GENERALE

par

Anne-Claire BENOTEAU

née le 28/02/1981 à Chatenay-Malabry (92)

Présentée et soutenue publiquement le 5 mars 2009

**DEPISTAGE PRECOCE DE L'OBESITE DE L'ENFANT : LA
FORMATION NOUS REND-ELLE PLUS PERFORMANTS ?**

Entretiens avec 15 généralistes de Loire Atlantique

Président : Monsieur le Pr Jean-Michel ROGEZ

Directeurs de thèse : Monsieur le Dr Patrick LE VAILLANT
Monsieur le Dr Cédric RAT

Table des matières

TABLE DES ABREVIATIONS.....	4
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	5
I INTRODUCTION.....	6
II METHODE.....	10
A QUELQUES NOTIONS DE SOCIOLOGIE	10
1) <i>L'entretien semi-directif.....</i>	<i>10</i>
2) <i>L'analyse de contenu</i>	<i>10</i>
B GUIDE D'ENTRETIEN	11
C SELECTION DES PARTICIPANTS ET PRISE DE CONTACT	11
D REALISATION DES ENTRETIENS.....	12
E ANALYSE DES ENTRETIENS.....	12
III RESULTATS.....	13
A PANEL DES MEDECINS INTERROGES	13
B MATERIEL ANALYSE : LES REPONSES DES MEDECINS.....	15
1) <i>Etat des lieux des connaissances avant 2006 (question 1)</i>	<i>15</i>
2) <i>Suivi de la croissance des enfants avant 2006 (question 2).....</i>	<i>16</i>
3) <i>Pourquoi les médecins participent à des actions (question 3)</i>	<i>17</i>
4) <i>Ce que les médecins attendent d'une action (question 4).....</i>	<i>17</i>
5) <i>Ce que l'action leur a apporté (question 5).....</i>	<i>18</i>
a) <i>L'URML</i>	<i>18</i>
b) <i>Le séminaire de l'UNAFORMEC.....</i>	<i>19</i>
c) <i>La campagne de l'APS.....</i>	<i>20</i>
6) <i>Les médecins ont compris l'importance du rebond d'adiposité (question 6).....</i>	<i>21</i>
IV DISCUSSION	22
A SUR LA METHODE.....	22
1) <i>Type d'enquête choisi.....</i>	<i>22</i>
2) <i>Recueil des données</i>	<i>23</i>

3) <i>Traitement de l'information</i>	23
1) <i>La formation continue, pour être efficace, doit être interactive et répétée</i>	24
2) <i>Les difficultés des médecins généralistes face à l'obésité de l'enfant</i>	26
a) Confusion entre dépistage et diagnostic	26
b) L'obésité de l'enfant dépasse le cadre de la médecine.	26
➤ Sur le plan alimentaire.....	27
➤ Sur le plan socio-économique	27
➤ En ce qui concerne l'activité physique.....	28
➤ Les mesures gouvernementales	29
3) <i>La prévention, une activité à part entière de la pratique généraliste, en particulier en pédiatrie</i>	30
V CONCLUSION	34
ANNEXE 1	40
ANNEXE 2	43
ANNEXE 3	95

Table des abréviations

APS : Agir ensemble pour la Promotion de la Santé

ALD : Affection Longue Durée

CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins

CM2 : Cours Moyen deuxième année

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

Ex : Exemple

FMC : Formation Médicale Continue

FPC : Formation Professionnelle Conventiionnelle

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Plan National Nutrition Santé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluation
Continues

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

Table des illustrations

Figure 1 : Répartition selon le sexe et le type d'exercice	p 16
Figure 2 : Durée d'installation des médecins interrogés	p 17
Figure 3 : Nombre d'action(s) réalisée(s) parmi les actions retenues pour ce travail	p 17
Figure 4 : Nombre de médecins ayant participé à chaque action	p 18
Figure 5 : Utilisation des différentes sources d'information	p 19
Figure 6 : Calcul de l'IMC	p 19

I INTRODUCTION

En France, l'obésité de l'enfant peut se définir par des valeurs supérieures au 97^{ème} centile de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) et/ou des plis cutanés. L'IMC se calcule par la formule poids / taille². Les valeurs du 97^{ème} centile de la distribution de l'IMC des enfants français [Rolland-Cachera et coll., 1991] correspondent approximativement aux valeurs du 85^{ème} centile de la distribution des enfants nord américains [Must et coll., 1991](1).

En 2000, l'*International Obesity Task Force* (IOTF) a proposé une nouvelle définition de l'obésité de l'enfant : les seuils sont constitués par les courbes de centiles passant par les valeurs de l'IMC égales à 25 et 30 kg/m² à 18 ans ; ces valeurs correspondent aux degrés 1 et 2 de surpoids chez l'adulte (1). (cf. annexe 1)

Le rebond d'adiposité correspond à la remontée de la courbe de corpulence, qui survient en théorie après 6 ans.

L'augmentation importante de la prévalence de l'obésité de l'enfant en fait un problème de santé publique (1).

Dans la région Nord Ouest en 2003, on estimait à 14,6 % la fréquence du surpoids (obésité incluse) chez les filles et 10,3 % chez les garçons (2). C'est moins que la moyenne nationale la même année : 18,1 % des enfants en surpoids, dont 3,8 % d'obèses (3).

En Vendée en 2004, 11,2 % des enfants de 4 à 9 ans étaient en surpoids et 2,7 % présentaient une obésité selon les critères internationaux de l'IOTF (4).

A Nantes en 2005, dans les classes de CM2, le surpoids chez les filles atteignait 18,8 % et l'obésité 9,7 % ; 14,9 % des garçons étaient en surpoids et 7,2 % étaient obèses (5).

La surveillance régulière de l'IMC permet le diagnostic de l'obésité et le dépistage des sujets les plus à risque de devenir obèses. Par ailleurs, l'âge du rebond d'adiposité prédit l'adiposité à l'âge adulte : plus il est avancé, plus le risque de devenir obèse est élevé (6). Il faut donc le dépister précocement, afin de pouvoir prévenir l'obésité infantile (1, 6, 7).

Le rapport d'expertise collective de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm) en 2000 recommande d'indiquer les valeurs de poids et taille sur le carnet de santé, de calculer l'IMC et de tracer la courbe de corpulence en complément des courbes de poids et de taille, au moins une fois par an (1).

La réduction de l'obésité chez l'enfant est un des objectifs du Programme National Nutrition Santé (PNNS), et plus particulièrement du PNNS 2 (8, 9). En ce sens, en novembre 2003, le ministère de la santé a adressé à chaque médecin généraliste installé (ainsi qu'aux

spécialistes concernés, libéraux et hospitaliers) un kit comprenant un disque de calcul de l'IMC de l'enfant et des courbes de corpulences, accompagnés de l'affiche « la santé vient en mangeant » et d'un document explicatif. L'enveloppe contenait par ailleurs un disque d'IMC de l'adulte et son document d'accompagnement.

Or, les études montrent que ces outils sont restés inutilisés chez la plupart des médecins : le médecin généraliste ne dépiste pas, ou peu. Tout au plus diagnostique-t-il l'obésité infantile (1, 10). Dans une enquête de 2006 portant sur 198 médecins généralistes girondins, seuls 17 % d'entre eux calculaient l'IMC des enfants lors des consultations de surveillance, et 13 % à chaque consultation. Parmi ces médecins, seuls 48 % reportaient l'IMC sur la courbe de corpulence, et 22 % ne traçaient jamais la courbe (10).

De même, un médecin généraliste s'est intéressé aux carnets de santé des enfants de moins de 7 ans qui ont été admis aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes en 1 mois : 75 % des IMC « obligatoires » n'étaient pas calculés, 67,3 % des courbes de corpulence n'étaient pas tracées, et n'étaient composées que de points épars dans 15,8 % des cas (11).

Quelques études ont eu pour but de comprendre ce phénomène, et d'analyser les raisons de cette absence de dépistage (10, 12). Certains médecins sont pessimistes quant à l'impact de la prise en charge et manifestent un véritable rejet du problème. D'autres mettent en avant le manque de temps ou de compétence devant un problème de société qui les dépasse (12). Quand on demande aux médecins généralistes d'exprimer leurs difficultés dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant, le manque de formation revient dans 24 % des cas. Quand on leur demande de préciser leurs souhaits d'aide à la prise en charge, les formations adaptées sortent dans 35 % des cas (10). Selon Sheppard (2004), l'amélioration de la formation théorique des médecins est un point important pour une meilleure prise en charge de l'obésité (12).

En Loire Atlantique, entre 2006 et 2007, 3 actions de sensibilisation ou de formation médicale continue (FMC) sur le dépistage précoce et la prise en charge de l'obésité de l'enfant ont été proposées aux médecins généralistes.

1. L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) des Pays de la Loire a réalisé une campagne de sensibilisation et de formation des médecins généralistes et pédiatres au dépistage des enfants à risque de devenir obèses. Cette action s'est déroulée en mars 2006, dans l'agglomération nantaise, auprès des médecins qui l'acceptaient. Elle a été assurée par une *study nurse*, infirmière formée à ce genre d'intervention. Elle a consisté en un entretien de

20 minutes, au cabinet de chaque médecin. Les participants ont été indemnisés 2 C (le C étant côté 22 € en 2008). A l'issue de cette campagne, un questionnaire évaluant les connaissances en matière d'obésité de l'enfant et l'efficacité de la campagne a été envoyé à chaque médecin visité. Six mois plus tard, un deuxième questionnaire d'évaluation des connaissances et des pratiques a été adressé. Cent quatre vingt quatorze (194) médecins, soit 53,4 % des médecins interrogés, ont répondu.

2. L'Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Évaluation Continues (UNAFORMEC) propose depuis quelques années un séminaire conventionnel de 2 jours consécutifs sur le thème de l'obésité de l'enfant. Il s'agit d'aider le médecin à :

- faire un diagnostic de situation à propos de jeunes patients présentant une obésité avérée ou un risque de surcharge pondérale
- mettre en œuvre une démarche éducative efficace auprès des jeunes et de leurs familles.

L'importance et les modalités du dépistage précoce y sont abordées selon les 4 étapes suivantes :

- L'identification des représentations et des difficultés autour de l'obésité chez l'enfant,
- L'hygiène de vie du patient obèse,
- Le poids et l'environnement psycho-socio-culturel,
- L'élaboration des stratégies au long cours et négocier avec le patient.

Le séminaire est ouvert aux généralistes. Il alterne ateliers en petits groupes - pour un travail sur les représentations et mise en situation à partir de situations cliniques - et séances plénières avec interventions d'experts spécialiste et généraliste. Il est indemnisé 15 C par jour de participation. L'inscription est à l'initiative de chacun.

Je me suis intéressée au séminaire de mars 2006 à Saint-Nazaire. Il comptait 22 participants.

3. Agir pour la Promotion de la Santé (APS) est une association visant à établir un lien entre les outils de prévention et de dépistage issus de la recherche, et les praticiens sur le terrain. Les outils sont scientifiquement validés, et choisis pour leur facilité d'utilisation. L'APS contribue ainsi à la systématisation des démarches de prévention par les praticiens. Chaque campagne est indemnisée 10 C. En mars 2007, la campagne sur le dépistage précoce de l'obésité de l'enfant a concerné 50 médecins généralistes des Pays de la Loire, choisis pour leur implication dans la formation, qu'elle soit initiale ou continue. Ces derniers recevaient un

kit contenant des courbes d'IMC filles et garçons, un disque permettant de calculer l'IMC de l'enfant, et des feuillets « valorisation » ou « conseils ». Il y avait aussi des affiches pour la salle d'attente, un mode d'emploi, un questionnaire de satisfaction et d'évaluation de la campagne. Il s'agissait de tracer les courbes de corpulence de tous les enfants rencontrés, quel que soit le motif de consultation. Selon le résultat, des feuillets de conseils étaient remis aux parents. Neuf cent quarante cinq (945) courbes ont été tracées et 913 feuillets remis.

J'ai interrogé des médecins généralistes ayant participé à cette (ces) action(s).

Mon objectif principal était d'évaluer l'impact de la participation à une action : en découle-t-il, de leur point de vue, une modification de leurs pratiques professionnelles ? Et si oui, dans quelle mesure ?

Mes objectifs secondaires étaient de savoir ce qui amène les médecins généralistes à participer à une action, et ce qu'ils en attendent ; vérifier l'existence d'une différence d'efficacité en fonction des différentes actions ; enfin, essayer de comprendre les raisons des difficultés des médecins à effectuer ce dépistage dans le cadre de leurs consultations.

II METHODE

A QUELQUES NOTIONS DE SOCIOLOGIE

1) L'entretien semi-directif

Un de mes objectifs était d'essayer d'appréhender le rapport des médecins généralistes à leur pratique, en termes de connaissances et de formation continue. Ce travail trouve donc sa place à la fois dans le champ de la médecine, et dans celui des sciences humaines. Il m'a semblé intéressant de le mener sous forme d'une recherche qualitative, dont l'objet est par définition un phénomène humain qui n'est pas d'essence scientifique. Ce fait humain n'est donc en général pas directement visible (13). L'intérêt d'une démarche qualitative est de gagner en profondeur, de restituer des conduites et des discours de manière plus approfondie, de rendre compte de la complexité du réel (14).

Les enquêtes qualitatives permettent d'entrer plus longuement dans les logiques des conduites individuelles grâce aux techniques d'entretien ou aux méthodes d'observation ethnologique. L'entretien permet d'avoir accès au point de vue des personnes, à leur expérience vécue, au sens qu'elles donnent à leurs actions (14). On distingue différentes formes d'entretiens, selon leur degré de directivité. J'ai choisi l'entretien semi-directif, dans lequel l'enquêteur oriente le discours de l'interviewé, non pas en le dirigeant, mais en l'accompagnant en vue d'aborder l'ensemble des thèmes et en le laissant construire son propre discours (14).

2) L'analyse de contenu

L'analyse de contenu correspond à l'exigence de donner à la pratique psychosociologique une caution d'objectivité scientifique (15). Elle consiste à sélectionner et à extraire les données susceptibles de permettre la confrontation des hypothèses aux faits (16). Il existe différentes méthodes d'analyse de contenu. J'ai choisi l'analyse thématique catégorielle, qui consiste à découper transversalement tout le corpus. L'unité de découpage est le thème qui représente un fragment de discours. Chaque thème est défini par une grille d'analyse élaborée empiriquement (16). Le corpus sur lequel j'ai travaillé est la retranscription de la globalité des entretiens. (cf. verbatim en annexe 2)

B GUIDE D'ENTRETIEN

L'entretien semi-directif utilise un guide d'entretien, afin de répondre au mieux à la problématique et d'apporter des éléments de réponse au questionnement général(14).

- 1) Connaissez-vous le dépistage précoce de l'obésité de l'enfant avant de participer à cette action?
- 2) Utilisez-vous l'évolution des courbes d'IMC pour le suivi des nourrissons et des enfants ? Sinon que faisiez-vous ?
- 3) Quelle motivation vous a incité à vous investir dans cette action ?
- 4) Qu'en attendiez-vous ?
- 5) Que vous a apporté cette action ? Avez-vous changé votre pratique ? En quoi ?

Au fur et à mesure des entretiens, le guide s'est enrichi, en particulier avec la question suivante :

- 6) Parlez-moi du rebond d'adiposité précoce ? (si ce thème n'était pas abordé spontanément par le médecin).

C SELECTION DES PARTICIPANTS ET PRISE DE CONTACT

J'ai sélectionné au hasard 10 personnes dans le listing de chaque action. Pour la campagne de l'URML, j'ai utilisé le listing des médecins ayant renvoyé les 2 questionnaires (à 1 et 6 mois). J'ai contacté ces personnes dans l'ordre jusqu'à obtenir 5 rendez-vous dans chaque groupe. Le motif de refus le plus fréquent était le manque de temps. J'ai donc eu un entretien avec 15 médecins généralistes, tous installés en Loire Atlantique.

J'ai d'abord adressé un courrier à tous les médecins sélectionnés, puis je les ai contactés par téléphone afin d'obtenir un accord de participation et un rendez-vous. L'entretien était réalisé au cabinet ou au domicile du médecin, selon ses préférences. J'avais prévu une durée approximative de 20 à 25 minutes.

Un des médecins interviewés a finalement été exclu du corpus afin de souscrire au critère d'homogénéité du groupe étudié. En effet, il ne pratique plus désormais la médecine

générale classique et s'est tourné vers la nutrition. Je l'ai remplacé par un médecin ayant participé à la même action.

D REALISATION DES ENTRETIENS

Les entretiens se sont déroulés pour la majeure partie au cabinet du médecin interviewé, généralement en début ou fin de plage de consultations, mais parfois pendant le jour de congé du médecin.

Chaque entretien commençait par une petite présentation, semblable à ceci :

« Comme je vous le disais dans le courrier, je fais ma thèse sur l'intérêt qu'ont pu trouver les médecins généralistes de Loire Atlantique à participer à des actions de sensibilisation sur la nécessité de dépister précocement l'obésité de l'enfant. Je rencontre des médecins de Loire Atlantique qui ont participé à 3 actions [dans l'ordre chronologique] : il y a eu le séminaire de l'UNAFORMEC sur St Nazaire, il y a eu sur Nantes et sa communauté urbaine, l'URML qui a dépêché une visiteuse pour procurer une information aux médecins généralistes, et en mars 2007, la campagne de l'APS, sur le même thème. Et donc vous, vous avez participé à X des actions. »

La durée des entretiens a varié de 5 à 25 minutes.

E ANALYSE DES ENTRETIENS

J'ai enregistré la totalité des entretiens au format .wav, à l'aide d'un enregistreur numérique, puis les ai retranscrits sous Word sur un ordinateur portable. La totalité de cette retranscription constitue le verbatim. Après quelques résultats descriptifs, j'ai réalisé une analyse de contenu.

III RESULTATS

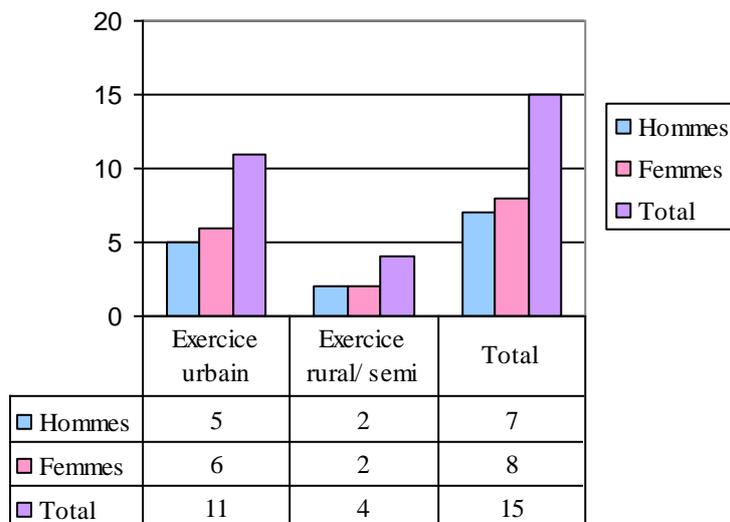
A PANEL DES MEDECINS INTERROGES

J'ai donc interrogé 15 médecins : 7 hommes et 8 femmes. (*Figure 1*)

Parmi les 11 médecins exerçant en milieu urbain, 4 sont installés dans une zone d'urbanisation intensive, 2 en centre-ville, 5 en périphérie du centre ou dans la communauté urbaine.

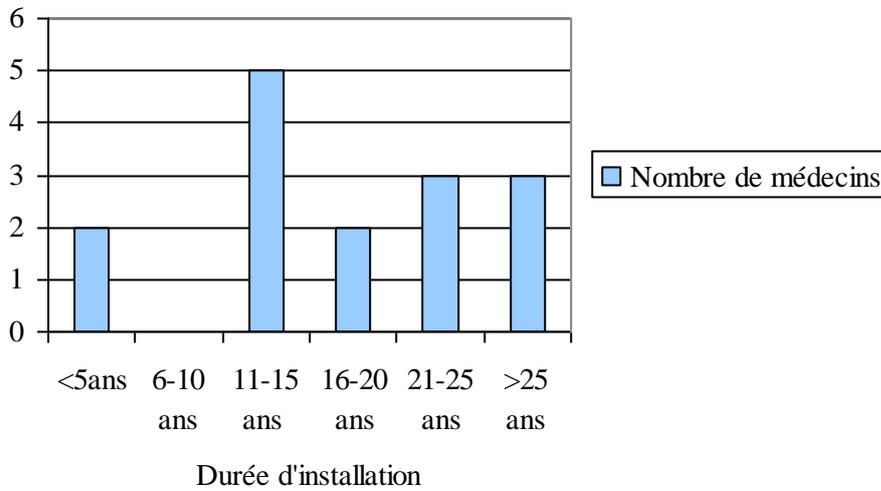
Dix sont installés en groupe (de 2 à 6), selon diverses modalités (partage des locaux seuls, ou association comptable), et 2 exercent seuls. Tous m'ont reçue à leur cabinet, sauf 1 qui m'a reçue à son domicile. Treize m'ont reçue lors d'une journée de consultation, et 2 sur leur jour de congé.

Figure 1 : Répartition selon le sexe et le type d'exercice :



Je n'ai interrogé que des médecins installés : 2 depuis moins de 10 ans, 7 depuis 11 à 20 ans et 6 depuis plus de 21 ans. (*Figure 2*)

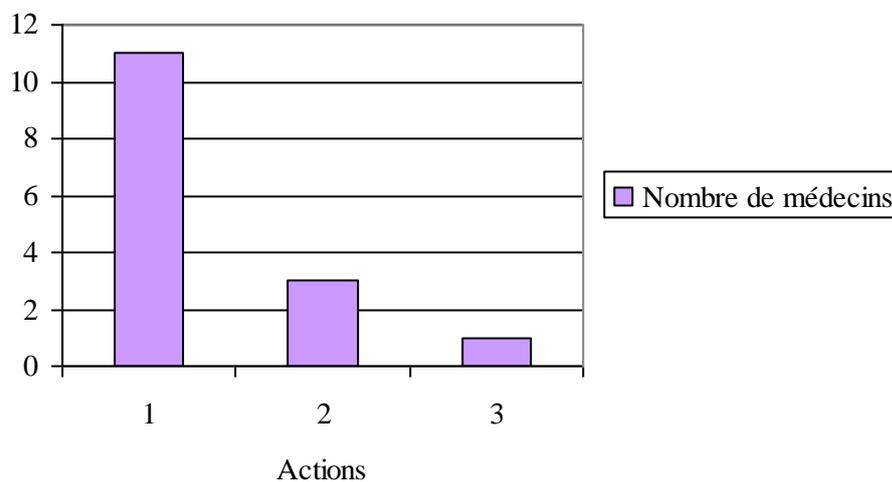
Figure 2 : Durée d'installation des médecins interrogés



Parmi les 15 participants, 11 ont participé à 1 seule des 3 actions choisies. (Figure 3)
Trois médecins ont participé à 2 actions : deux d'entre eux ont reçu la visiteuse de l'URML et participé à la campagne de l'APS, et 1 a participé au séminaire de l'UNAFORMEC et à la campagne de l'APS.

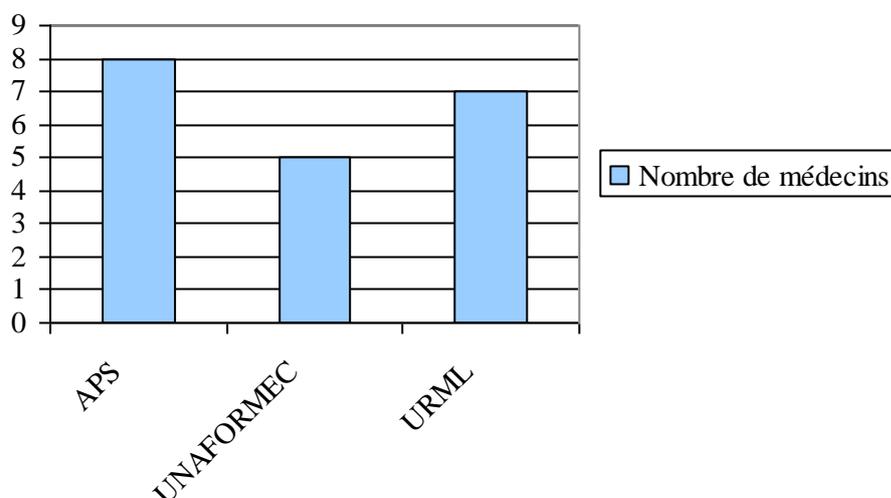
Un médecin a participé aux 3 actions.

Figure 3 : Nombre d'action(s) réalisée(s) parmi les actions retenues pour ce travail



Au total, j'ai interrogé 7 médecins qui ont reçu la visiteuse de l'URML, 5 médecins qui ont participé au séminaire de l'UNAFORMEC et 8 médecins qui ont participé à la campagne de l'APS. (Figure 4)

Figure 4 : Nombre de médecins ayant participé à chaque action



B MATERIEL ANALYSE : LES REPNSES DES MEDECINS

- Le verbatim figure en annexe 2.
- Les Unités Minimum de Signification (UMS) correspondent au résultat du découpage du verbatim en fragment de discours porteur de sens. Elles sont indiquées dans le texte par ^x, et sont regroupées dans l'annexe 3.

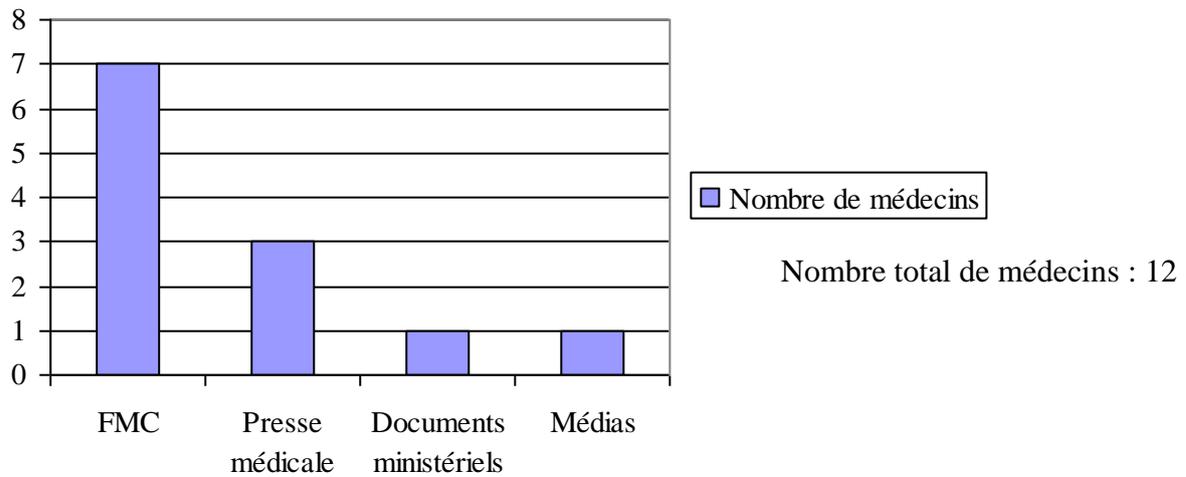
1) Etat des lieux des connaissances avant 2006 (question 1)

A la question « Avant de participer à cette action, aviez-vous entendu parler du dépistage précoce de l'obésité de l'enfant ? », 12 médecins ont répondu "oui", aucun n'a répondu "non" mais 3 font état d'une mauvaise connaissance initiale, disant qu'ils n'en avaient pas beaucoup entendu parler.¹

Parmi ceux qui ont déclaré connaître le sujet (*Figure 5*):

- 7 avaient participé à une FMC antérieure,
- 3 avaient lu la presse médicale,
- 1 avait lu les documents remis par le ministère de la santé lors du PNNS 1,
- 1 avait écouté et lu la presse grand public.

Figure 5 : Utilisation des différentes sources d'information

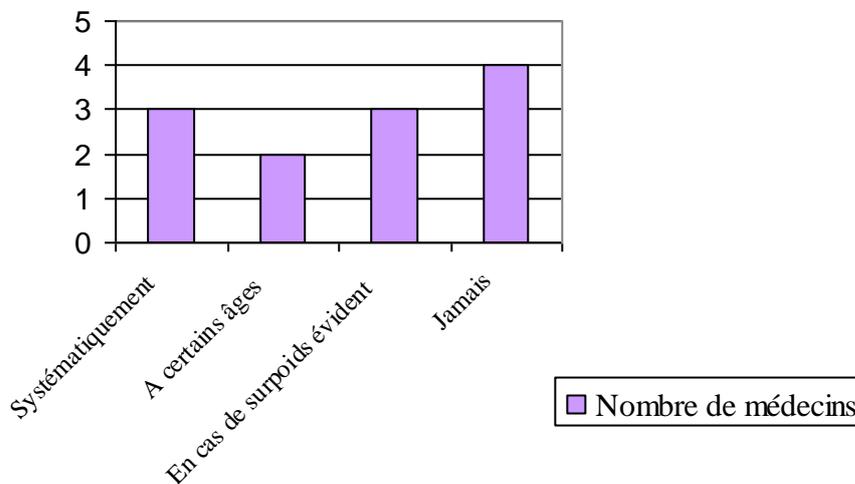


2) Suivi de la croissance des enfants avant 2006 (question 2)

Tous les médecins interrogés suivaient leurs petits patients avec le poids, la taille et les courbes correspondantes.

Parmi les 12 médecins qui disaient connaître la nécessité du dépistage précoce de l'obésité de l'enfant, 8 calculaient l'IMC (*Figure 6*): 3 médecins calculaient l'IMC de façon systématique. Deux ne le calculaient qu'à certains âges (en particulier vers 5-6 ans). Trois médecins m'ont répondu qu'ils ne calculaient l'IMC qu'en cas de surpoids évident².

Figure 6 : Calcul de l'IMC



3) Pourquoi les médecins participent à des actions (question 3)

Parce que « *toute bonne information est à entendre* » [M9] et que « *c'est toujours intéressant de savoir un peu...* » [M4]

L'intérêt pour le sujet semble lié à la fréquence du problème au quotidien : les médecins ont pour la plupart conscience que l'obésité des enfants est devenue fréquente, et que ça ne va pas s'arranger dans les années à venir³.

Le manque de compétence, l'absence de formation initiale à cette prise en charge particulière, la nécessité d'une mise à jour des connaissances apparaissent logiquement comme des facteurs importants⁴.

Le côté pratique est évidemment un facteur décisif dans le choix de participer à une action : les médecins apprécient de pouvoir se former non loin de chez eux, et dans des créneaux horaires correspondant aux horaires classiques d'une journée de travail⁵. En aparté, certains ont ajouté que si le séminaire avait eu lieu plus loin, ils ne se seraient peut-être pas déplacés...

La fidélité à une démarche ou à son instigateur revient de façon quasi-systématique pour les participants à la campagne de l'APS. Les médecins interrogés ont dit avoir participé à toutes les campagnes ou presque. Il apparaît une sorte de devoir moral, d'engagement, vis-à-vis de l'APS ou de ses responsables, selon les médecins⁶.

A noter qu'aucun des médecins interviewés n'a cité la rémunération comme motivation pour participer à une action de formation.

4) Ce que les médecins attendent d'une action (question 4)

La réponse à cette question semble difficile, comme en témoignent les nombreux silences et hésitations [M1,4,5,6,7,8,9,10,12,13,14].

Certains ne s'en souviennent pas⁷.

Un médecin n'avait pas d'attente : « *oh, bah non. [...] Je n'avais pas d'attente particulière* » [M15].

Selon le cas, les médecins semblent parfois chercher à confirmer ou augmenter un savoir⁸.

Mais le plus souvent, ils sont en demande d'éléments concrets, d'outils, de quelque chose à faire :

M3 : « *Ce qu'il nous faut, ce sont des choses pratiques, des choses qu'on peut mettre en place facilement...* » et « *Donc, c'est des trucs tout bêtes comme ça, qu'on apprend et qui ...* »

M4 : « *je pensais qu'elle allait m'apporter des outils* »

M8 : « *Euhhh ... Des choses pratiques, pour avoir... euh, des, des recettes, pour les patients. C'est tout ce que j'en attendais.* »

M2 : « *... euh... j'étais conscient que c'était pas... parce que, je suis attaché au poids. Mais j'avais pas de ... ouais, j'étais en attente d'un outil. Je savais pas trop si ça allait le devenir, mais j'étais en attente d'un outil* »

Ils incluent dans cette catégorie une conduite à tenir:

M4 : « *Et puis surtout, moi j'avais envie de savoir, ben, qu'est-ce qu'on faisait quand on avait dépisté, est-ce qu'on pouvait avoir quelque chose, quoi, une réponse en plus, quelque chose de plus...* »

M10 : « *Euh... Pour avoir des aides, pas pour dépister, mais pour prendre en charge après le...l'obésité* »

Un des médecins explique que les différentes modalités de formations sont pour lui des moments de « recentrage » sur un aspect particulier de sa pratique. Il met à jour ses propres difficultés dans l'exercice professionnel. Il travaille ensuite de façon plus approfondie les domaines correspondants. Son but est de rendre ainsi les choses plus automatiques au cours de la consultation [M9].

5) Ce que l'action leur a apporté (question 5)

Sur 15 médecins interrogés, seuls 3 dépistaient systématiquement avant de participer à une des actions. A l'issue de cette(ces) action(s), 11 médecins sur 12 (92 %) déclarent avoir modifié leurs pratiques. Au final :

- 12 médecins calculent systématiquement les IMC et reportent les points sur la courbe, au moins entre 3 et 10 ans,
- 2 médecins calculent l'IMC et tracent la courbe plus souvent,
- 1 médecin n'a rien changé, et ne dépiste pas.

a) L'URML

Il apparaît que les 7 médecins interrogés qui avaient reçu la visiteuse de l'URML ont été déçus par cette action. L'un d'eux n'en avait aucun souvenir [M13]. D'autres se sont sentis frustrés :

M4 : « *Ah oui, oui, bah, oui, qui nous apportait pas grand-chose, aucune réponse, c'était un peu frustrant.* »

M11 : « *Oui, quand même, oui. Il y a un petit mieux, mais...* »

M9 : « *J'aurais aimé qu'elle m'apporte plus, parce que, elle, elle avait le potentiel. L'URML avait le potentiel de nous donner par ex la liste de tous les gens... enfin, il y avait des possibilités, éventuellement...* » et « *Maintenant, qu'est-ce qu'elle m'a apporté réellement, ben je vais dire pas grand-chose, parce que effectivement, quand elle est arrivée, elle m'a donné les documents, et j'ai dit « ah oui, mais ils sont encore sur mon bureau, et ils sont classés, en fait... »* » et « *Donc c'est vrai que la visite en elle-même n'a pas changé ma pratique.* »

Le médecin qui n'avait pas d'attente particulière dit en avoir malgré tout retiré une 'petite information'⁹.

Enfin, 2 médecins se sont sentis confortés dans leur pratique. Un médecin a augmenté son savoir en termes de diététique, ce qui répondait à ses attentes [M11].

Malgré tout, et à l'échelle de mon enquête, concernant le dépistage précoce, les modifications de pratiques à l'issue de cette campagne de sensibilisation et de formation ont été nulles. Soit parce que les médecins avaient déjà modifié leurs pratiques antérieurement [M1,4,11,12], soit parce que la campagne n'a pas eu d'impact sur la pratique clinique quotidienne [M9,13,15]. Quatre médecins sur les 7 interrogés (57,1 %) calculent l'IMC systématiquement.

b) Le séminaire de l'UNAFORMEC

Les médecins ayant participé à ce séminaire se disent plus sensibilisés à l'importance du dépistage précoce de l'obésité de l'enfant. Les 5 médecins interrogés (100%) disent calculer désormais systématiquement (c'est-à-dire au moins 1 fois par an) l'IMC chez tous les enfants, et tracer les courbes correspondantes. Ceci alors que 2 d'entre eux rapportent qu'ils ne le faisaient pas avant [M3 et M7], et 2 uniquement en diagnostic chez des enfants déjà en surpoids [M10 et M13].

Ainsi, 4 médecins sur 5 (80 %) ont modifié leurs pratiques de dépistage.

« *Parce que donc, là, après, beaucoup plus systématiquement, on a rempli les courbes d'IMC.* » [M13]

Un médecin m'a dit déjà calculer l'IMC systématiquement avant le séminaire, et n'a donc pas changé ses pratiques à l'issue de la formation [M8].

Les recettes pratiques à type de journal alimentaire, modèle en pâte à modeler*, activité physique journalière ont été appréciées et retenues. Certains n'en ont pas eu assez [M8].

Un médecin rapporte se sentir plus à l'aise pour aborder le sujet avec les enfants et leurs parents [M7].

c) La campagne de l'APS

Quand les médecins ont participé à 2 actions, la campagne de l'APS est venue en second. De même, pour le médecin ayant participé aux 3 actions, c'était la dernière.

Les 8 médecins interrogés qui avaient participé à la campagne de l'APS ont pu appréhender l'importance réelle d'un dépistage systématique en le faisant eux-mêmes pendant 15 jours. Ceci a entraîné une modification de pratiques chez 6 d'entre eux (75 %) :

- 2 calculent l'IMC et tracent la courbe un peu plus systématiquement (c'est-à-dire souvent mais pas toujours) [M6 et M10] ;
- 4 dépistent de façon systématique, alors qu'ils le faisaient :
 - jamais avant [M9 et M2]
 - moins systématiquement [M5 et M14].

Le médecin qui a participé aux 3 actions avoue que celle-ci était un peu redondante : il avait modifié ses pratiques dès la seconde [M13].

Un des médecins pratiquait déjà le dépistage de façon systématique et n'a pas modifié ses pratiques [M4].

Au total, à l'issue de cette campagne, 6 médecins sur 8 (75 %) dépistent systématiquement l'obésité de l'enfant.

Devoir faire ce dépistage systématique les a incités à optimiser le fonctionnement de leur logiciel médical¹⁰.

« Et en fait ça a joué son rôle, puisqu'en fait, il fallait le faire chez tous les enfants. Donc maintenant, effectivement, je prends aussi l'IMC chez TOUS les enfants. Alors que je ne le faisais pas avant. » [M9]

* Voir description dans l'entretien M3

A noter que 2 médecins se sont interrogés quant à la conduite à tenir face aux enfants de petit poids. En effet, le calcul systématique de l'IMC permet la mise en évidence d'un certain nombre d'enfants maigres, avec le même questionnement de la part des parents que pour les enfants en surpoids. Que faire ? Faut-il faire quelque chose ?

6) Les médecins ont compris l'importance du rebond d'adiposité (question 6)

Trois médecins ont abordé spontanément le sujet du rebond d'adiposité précoce. Ils utilisaient cette étape de la croissance pour justifier qu'un IMC seul ne sert à rien, et qu'il faut faire la courbe de corpulence [M2,3,12].

Sept médecins m'ont répondu surveiller l'apparition du rebond d'adiposité [M5,7,8,9,11,13,14].

Parmi ces 10 médecins ayant compris l'importance du rebond d'adiposité :

- 7 médecins ont dépisté au moins un rebond d'adiposité précoce [M3,7,8,11,12,13,14]. Ils sont intervenus en conséquence et ont le sentiment d'avoir été efficaces.
- 1 médecin considère qu'il est très difficile d'obtenir un résultat, même à ce moment là [M2].
- 1 médecin m'a dit ne pas avoir repéré de rebond d'adiposité précoce [M5].
- Je n'ai pas demandé au dernier s'il avait dépisté des rebonds précoces.

Deux médecins ne surveillent pas les courbes de corpulence et ne peuvent donc pas déceler un rebond d'adiposité précoce [M6 et M15].

Enfin, le sujet du rebond d'adiposité n'a pas été évoqué avec les médecins M1, 4 et 10.

Au total, sur les 12 médecins avec qui le sujet a été abordé, 10 surveillent l'apparition du rebond d'adiposité (soit 83,3 %).

IV DISCUSSION

A SUR LA METHODE

1) Type d'enquête choisi

Ma méthode faisait appel à la mémoire des participants : c'était une enquête déclarative. En aucun cas il ne s'agissait de vérifier ou de contrôler leurs dires. Or, on sait que le déclaratif n'est pas l'expression sans biais de la réalité (17). Un à 2 ans se sont écoulés depuis les actions, et ce laps de temps peut expliquer certaines hésitations. Par ailleurs, pour les médecins ayant participé à plusieurs actions, il pouvait être difficile de faire la différence entre les modifications acquises après l'une ou l'autre des actions (biais de mémorisation).

Les méthodes qualitatives souffrent a priori d'un manque de crédibilité vis-à-vis des techniques quantitatives (18). Aussi, depuis plusieurs années, les chercheurs se sont attachés à définir des critères d'évaluation, dérivés des critères de validation des méthodes quantitatives. Mucchielli les définit ainsi dans *Les méthodes qualitatives* (13):

- ✓ L'acceptation interne est indispensable à la réalisation d'une enquête. Dans les entretiens, la présence de l'interviewer doit d'abord être acceptée en même temps que le thème abordé. En deuxième lieu, les interviewés doivent accepter les résultats des recherches, et doivent forcément se reconnaître dans le portrait que la recherche trace d'eux-mêmes. En effet, on part du principe que ce sont eux qui détiennent leur réalité.
- ✓ La complétude de la recherche, c'est non seulement un ensemble de résultats auxquels il ne manque rien, mais aussi une présentation de ces résultats en un ensemble cohérent qui a par lui-même un sens. L'analyse finale doit déboucher sur un panoramique cohérent comportant la mise en réseaux de toutes les données. Elle doit être parfaitement crédible et compréhensible.
- ✓ La saturation est à la recherche qualitative ce que la représentativité est à la recherche quantitative. C'est le phénomène qui apparaît au bout d'un certain temps lorsque les données que l'on recueille ne sont plus nouvelles. On peut alors arrêter la recherche.

Dans mon enquête, la saturation toutes actions confondues est obtenue. Un plus grand nombre d'interviewés aurait peut-être permis d'arriver à la saturation pour chaque action individuellement.

2) Recueil des données

En ce qui me concerne, il s'agissait de ma première enquête par entretien. Mon inexpérience a forcément occasionné une perte d'informations. Le manque de disponibilité, de ma part comme de celle des médecins, ne m'a pas permis de faire beaucoup d'entretiens-tests. Ainsi que le veut la technique de l'entretien semi-directif, mon guide d'entretien s'est étoffé au fil des interviews : les derniers entretiens sont beaucoup plus riches que les premiers.

Un autre biais lié à la méthode concerne l'échantillon. En effet, les médecins participant aux campagnes de l'APS sont identifiés comme ayant une réflexion sur leur pratique par leur implication dans la formation initiale ou continue. Ce n'est pas le cas des médecins ayant reçu la visiteuse de l'URML ou participé au séminaire de l'UNAFORMEC.

3) Traitement de l'information

Quantitativement, mes résultats ne sont pas significatifs, du fait d'un échantillon nécessairement réduit, en raison du type d'étude choisi. Les chiffres sont donnés dans un souci de précision, mais c'est bien ce qui a été dit ou suggéré qui m'intéressait.

Qualitativement, de même que pour la récolte des informations, mon manque d'expérience dans l'interprétation des résultats ne m'a sans doute pas permis d'atteindre la complétude de cette recherche : un sociologue pourrait extraire de nombreuses autres données de mes entretiens, notamment par une analyse formelle (sur l'expression même du discours), de l'énonciation, ou de l'évaluation, par exemple (15).

Néanmoins, ce travail permet d'appréhender à distance l'impact ressenti par des médecins généralistes ayant participé à une action de formation.

B SUR LES RESULTATS

1) La formation continue, pour être efficace, doit être interactive et répétée

Il est frappant de voir la différence entre les réponses aux questions 1 et 2. Avant de participer à l'une des actions, parmi les 15 médecins interrogés :

- 3 médecins ne connaissaient pas le dépistage précoce et ne dépistaient pas,
- 3 connaissaient et dépistaient systématiquement,
- 9 disaient connaître mais ne pratiquaient pas le dépistage systématique.

Autrement dit, alors que 12 médecins déclarent connaître la nécessité du dépistage précoce de l'obésité de l'enfant, seuls 3 d'entre eux calculent systématiquement l'IMC lors des consultations de pédiatrie. On voit apparaître ici le traditionnel hiatus entre les connaissances déclaratives et procédurales : il ne suffit pas de « savoir » pour « faire ». Cet écart entre un savoir (connaissance) et son application dans la pratique (comportement) a souvent été mis en évidence dans les 20 dernières années (19).

Or, le but fondateur de la FMC n'est pas le maintien et l'actualisation des connaissances, mais le développement de compétences pour assurer une meilleure qualité des prestations de santé, et par là, un meilleur état de santé pour la population (19). L'amélioration des pratiques semble être un indicateur intermédiaire raisonnable dans l'évaluation d'une formation. Ceci car il est très difficile d'évaluer une amélioration de l'état de santé de la population à l'échelle d'un cabinet médical (19).

De façon surprenante, la visite au domicile proposée par l'URML ne semble pas avoir eu, dans mon enquête, l'impact escompté. Pourtant, cette méthode de formation, connue sous le nom de *academic detailing*, a prouvé son efficacité avec un haut niveau de preuve dans de nombreux essais randomisés (20). Le délai écoulé depuis la visite peut être à l'origine de ce mauvais résultat apparent, puisqu'il est connu que l'efficacité de l'intervention s'estompe après la fin des visites. D'autre part, mon enquête n'a concerné qu'un faible pourcentage des médecins ayant reçu la visiteuse de l'URML, et ne saurait en aucun cas rendre compte de l'efficacité réelle de la campagne. En effet, le rapport intermédiaire de l'URML (21) est plus encourageant :

Remplissage des courbes avant	Remplissage des courbes après	Nombre (N=184)	Pourcentage
Oui	Oui	125	68 %
Non	Oui	48	26 %
Non	Non	9	5 %
Oui	Non	2	1 %

Ainsi, selon l'URML, 26 % des médecins interrogés disent avoir intégré la réalisation des courbes de corpulence à leur pratique.

La campagne de l'APS, en fournissant aux médecins généralistes un outil de dépistage validé « clé en main », constitue une forme originale d'acquisition de compétences. Elle a entraîné une modification des pratiques de dépistage chez 6 médecins sur 8. Ce résultat confirme l'efficacité de cette méthode de découverte des outils, déjà notée à propos du dépistage de la consommation excessive d'alcool (22) ou du mal-être des adolescents (23).

La forme « classique » de FMC, sur le mode conférencier, s'il permet une augmentation du savoir, n'entraîne que très peu de modification des pratiques professionnelles. Cette méthode de formation est même déconseillée actuellement par de nombreux auteurs (19, 20, 24, 25).

Le séminaire de l'UNAFORMEC correspond à une forme « moderne » de FMC : ayant tiré profit des multiples méta-analyses de DAVIS (24, 25), l'UNAFORMEC, comme d'autres organismes de FMC, propose depuis de nombreuses années des séminaires interactifs, avec mise en situation et travail en petit groupe. Et cette technique semble porter ses fruits puisque, dans cette étude, 4 médecins sur 5 ont modifié leurs pratiques professionnelles. L'un des médecins s'est rappelé : « *on avait fait un semainier pour essayer* » [M7].

A noter qu'en France, l'évaluation à distance dans les actions de Formation Professionnelle Conventionnelle (FPC)[†] a disparu depuis 2 ans. En effet, les caisses d'assurance maladie voulaient différencier la FPC de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) par un financement distinct. Depuis, la distinction perd un peu de sa clarté, sur le plan financier tout au moins, et la future loi prévoit un fond commun à la FPC et à l'EPP. Qu'advient-il des évaluations à distance dans ce contexte ?

[†] Forme de FMC gérée de façon paritaire par l'assurance maladie et les syndicats de médecins, et rémunérée par les caisses d'assurance maladie au titre de la perte de ressource, pour les praticiens libéraux conventionnés en activité.

Les médecins interrogés ont conscience que l'information, quel que soit son véhicule, doit être répétée¹¹. Et en effet, l'association de plusieurs méthodes de mise en œuvre des recommandations est conseillée par de nombreux auteurs (26).

2) Les difficultés des médecins généralistes face à l'obésité de l'enfant

a) Confusion entre dépistage et diagnostic

Il est apparu au cours de mon enquête une fréquente confusion chez les médecins interviewés entre dépistage et diagnostic de l'obésité infantile, et entre prévention et prise en charge. En effet, bien que j'aie clairement annoncé qu'on parlait de dépistage, et donc de prévention, j'ai dû rappeler qu'on parlait d'enfants **sans** problème de poids au cours de 4 entretiens [M2,6,9,15]. De plus, quand les médecins ont exprimé des difficultés dans ce domaine, ce qui est revenu fréquemment (6 médecins, soit 40%), elles concernaient la prise en charge d'un surpoids déclaré. Et, de fait, la complexité de cette prise en charge met souvent les médecins en échec, ce qui est difficile à vivre (27).

Au contraire, les généralistes qui ont bien compris que le dépistage consiste à éviter l'apparition de l'obésité - donc à s'occuper d'enfants de corpulence normale- sont ceux qui trouvent que ce n'est pas si difficile :

M3 : « *On peut agir, et puis, bon, c'est bien.* » et « *On se sent utile, peut-être.* »

M9 : « *Reprendre quelqu'un qui va dévier, ce n'est pas difficile.* »

M11 : « *Comme je vous disais, en les prenant plus tôt, ça va mieux.* »

Certains médecins justifient leur réticence à aborder le sujet (de façon préventive ou curative) par le risque de voir apparaître des problèmes relationnels avec les parents¹². L'enquête menée en 2006 auprès de 198 médecins girondins suggère ceci : les médecins se font une représentation personnelle de l'obésité des patients. Celle-ci justifie probablement la peur qu'ils expriment face aux réactions des patients et des familles (10).

b) L'obésité de l'enfant dépasse le cadre de la médecine.

❖ L'obésité de l'enfant dépasse le cadre de la médecine générale.

« *Je dis, c'est complexe, et ça fait intervenir beaucoup d'autres personnes que le médecin. Tout seul, on est complètement impuissant.* » [M6]

Certains interviewés m'ont rapporté ne pas se sentir assez performants pour assumer seuls la prise en charge de l'obésité infantile. Ils se trouvent souvent amenés à déléguer au pédiatre, nutritionniste, endocrinologue ou diététicien, ainsi que l'avait déjà décrit le Dr Bocquier en 2005 (28).

❖ Mais l'obésité infantile dépasse aussi le cadre médical global. Le Dr Gasser, pédiatre nantaise, déclarait lors de l'Échange de Pratiques du 3 décembre 2004 à Nantes sur le thème L'enfant et l'ado, alimentation et activité physique (29), « L'obésité n'est pas qu'un problème médical, c'est pour cela qu'on n'y arrive pas, ce n'est pas de la médecine pure. »

Le Pr Basdevant, chef du service de nutrition de l'Hôtel Dieu (Paris), précise (30): « Nous avons constitué des consultations familiales car l'obésité, qui est souvent de l'ordre de la famille, peut menacer un autre enfant, un frère ou une sœur, par exemple. Nous faisons alors de la prévention familiale. Et puis l'éducation nutritionnelle, la promotion des activités physiques sont très importantes. Mais cela dépasse l'échelle de l'individu ou celle de la famille. C'est à la cité, en lien avec les professionnels, d'organiser ces campagnes en milieu scolaire, dans les restaurations collectives, etc. »

➤ Sur le plan alimentaire

« Bien travailler et bien manger, rien de meilleur pour la santé »
Dicton populaire

L'alimentation est intimement liée aux coutumes, ce qui, selon les médecins interviewés¹³, représente un obstacle majeur à toute tentative de modification. En effet, se nourrir n'est pas qu'un besoin biologique. C'est aussi une activité sociale, culturelle, symbolique et cognitive. Car manger nécessite de mobiliser des représentations qui orientent et guident nos choix alimentaires (31). L'un des médecins a évoqué l'aspect symbolique de la nutrition d'un enfant pour une mère [M11]. De la même façon, les grands-parents, qui « gavent » les enfants, trouvent leur place dans ce contexte culturel¹⁴.

➤ Sur le plan socio-économique

Le Pr Basdevant constate aussi (30): « D'une manière générale, la santé est liée à l'économique. Les jeunes obèses sont souvent vulnérables sur le plan socio-économique, et il est très difficile de maintenir un équilibre nutritionnel quand on est dans ce type de difficulté. Sans parler de l'activité physique, qui a un coût. »

Il en va de même, pour les jeunes les plus à risque de devenir obèses. Il existe en effet une relation significative entre la catégorie socioprofessionnelle paternelle et la prévalence de l'obésité infantile. La proportion d'enfants en surcharge pondérale apparaît aussi nettement plus importante en Zone d'Education Prioritaire (ZEP)(32). En 2006, la prévalence de l'obésité demeurait inversement proportionnelle aux revenus (33).

Par ailleurs, les médecins se sentent impuissants face au lobby de l'industrie agro-alimentaire, en particulier dans les zones en difficultés socio-économiques, où les gens apparaissent plus crédules :

M6 : « *Quand on voit les vitrines des supermarchés, par ex, ou les publicités à la télé, on se dit « bon, on se bat pourquoi, là » »*

M10 : « *Elle gobait tout ce, toute la pub à la télé. C'est plein de lait le Kinder©, c'est vraiment... euh... Voilà, comme quoi les pubs, là, c'est vraiment... persuader de donner des bonnes choses à...Oui, là, le message porte... »*

➤ Sur le plan génétique

Les praticiens ont conscience du facteur héréditaire¹⁵, maintenant bien établi, quoique complexe (34).

➤ En ce qui concerne l'activité physique

Dans mon enquête, l'activité physique a été moins souvent abordée, et une seule fois spontanément. Elle arrive en second lieu quand on parle d'obésité. Pourtant, pour le Dr Frelut, pédiatre à l'hôpital Robert Debré, la promotion de l'activité physique est la base d'une prévention qui doit toucher tous les enfants, et pas seulement ceux à risque d'obésité. Ce n'est que pour les enfants à risque qu'il faut adjoindre la surveillance de l'alimentation (35). Comme l'a souligné l'un des médecins interviewés [M11], les activités physiques, loin de se limiter à la pratique du sport, peuvent être intégrées dans la vie quotidienne à condition qu'un cadre de vie propice le permette. De plus, des alliances fructueuses peuvent être développées entre promotion de l'activité physique et promotion d'activités sportives, en particulier de loisirs. Cependant des changements durables de comportements ne peuvent être dissociés d'un projet de société plus global qui offrirait un cadre de vie plus favorable à nos besoins physiologiques, psychologiques et sociaux (36). Ainsi, là encore, l'accès à l'activité sportive dépend des parents, bien sûr, et de la politique des collectivités locales et des associations en

matière d'activités sportives. Néanmoins, il est bien rare qu'une ville ne propose aucune activité physique à ses jeunes citoyens.

➤ Les mesures gouvernementales

Depuis 2001, la prévention de l'obésité de l'enfant est un objectif prioritaire de santé publique. Elle est incluse dans la loi n° 2004 806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Les médecins ne sont pas seuls concernés. Les collectivités locales, les associations, les industriels, ont été invités à se conformer à de nouvelles mesures. La prévention de l'obésité infantile est le socle de toutes les réglementations en cours, et complète, notamment dans la partie nutrition, les directives arrêtées dans la circulaire 2003 210 du 1er décembre 2003 du ministère de l'Éducation nationale. Ainsi, depuis le 1er septembre 2005, plusieurs mesures ont été prises, comme l'interdiction des distributeurs automatiques de boissons sucrées et de confiseries dans les établissements scolaires, la réglementation de la publicité sur les produits ou une surtaxe sur les mélanges alcoolisés et sucrés. Des recommandations ont été également faites sur les collations et goûters en milieu scolaire.

Toutes ces mesures confortent le Programme National Nutrition Santé (PNNS), qui a été lancé en 2001 (8). Ce programme souhaite agir sur l'un des déterminants majeurs de l'obésité : la nutrition. Il comprend 9 objectifs prioritaires dont l'arrêt de l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez l'enfant.

Le 6 septembre 2006, à la suite du rapport établi par Serge Hercberg, professeur de nutrition, Xavier Bertrand, alors ministre de la Santé, a présenté le deuxième plan du PNNS, qui s'achèvera en 2010 (9). Celui-ci met l'accent sur le problème du surpoids et insiste sur la promotion de la nutrition et sur le dépistage précoce des troubles alimentaires (30). Les actions étudiées dans mon enquête découlent de cette mobilisation générale.

Les citoyens sont aussi informés et responsabilisés dans le cadre de ce PNNS par :

- les messages sanitaires associés aux publicités alimentaires,
- la diffusion de livrets d'information (Il existe 9 livrets, adaptés aux différents âges de la vie, concernant l'alimentation et l'activité physique),
- la création d'un site www.mangerbouger.fr .

Certains praticiens ont pu apprécier les effets des campagnes d'information au cours de leurs consultations. Ils trouvent que les parents sont plus sensibilisés, demandent à suivre les

courbes de corpulence, et voire même s'inquiètent à outrance du risque qu'a leur enfant de devenir obèse.

Ceci nous amène à poser la question de la place particulière de l'enfant obèse dans une fratrie, de la nécessité de mettre toute la famille « au régime », et, par effet de miroir, du problème des enfants de petit poids.

3) La prévention, une activité à part entière de la pratique généraliste, en particulier en pédiatrie

Le concept de consultation de prévention en médecine générale apparaît dans la loi de Santé Publique du 9 août 2004. Il s'inscrit dans une volonté d'organiser une activité de prévention plus systématisée par les médecins généralistes. En 2005, dans le cadre d'une démarche qualité lancée par MG Form (organisme de formation professionnelle de médecins généralistes), une dizaine de médecins a réfléchi sur cette problématique et a abouti au constat suivant : il existe des dépistages organisés, des dépistages individuels, ou plutôt des bribes de dépistage sur certains patients au cours de consultations classiques. Ils ont confirmé, au cours de ce travail, que la prévention ne doit pas être mêlée au curatif (37).

Néanmoins, en l'absence de cadre organisationnel et de cahier des charges clairement défini, la consultation spécifique de prévention à proprement parler n'existe pas encore (38).

Il est très difficile de chiffrer la part de l'activité des médecins ayant trait à la prévention. En effet, les définitions divergent, et la prévention est souvent intriquée au soin. L'enquête de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) concernant les motifs de consultation admet comme activité de prévention :

- la prise en charge de l'hypertension artérielle,
- les vaccinations,
- la prise en charge des hyperlipidémies
- les examens systématiques.

Selon ces critères, la prévention représente 32,5 % de l'activité du généraliste (39).

En ce qui concerne la pédiatrie, la loi du 15 juillet 1970 institue la délivrance obligatoire de certificats de santé, à l'occasion de 3 examens médicaux préventifs. Ces

examens font partie des 20 examens médicaux systématiques et obligatoires prévus de 0 à 6 ans : 8 premiers jours de la vie [certificat obligatoire] ; 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e, 5^e et 6^e mois ; 9^e mois [certificat obligatoire] ; 12^e, 16^e, 20^e mois ; 24^e mois [certificat obligatoire] ; puis chaque semestre de 2 à 6 ans. Ils sont orientés vers la détection précoce d'anomalies. Au-delà de l'âge de 6 ans, le relais est pris par la médecine scolaire (40).

Dans 80 % des cas, la consultation de proximité de pédiatrie est assurée par les médecins généralistes (41). Les pathologies infectieuses (respiratoire, ORL, intestinales) sont à l'origine de la majorité des consultations. La dimension préventive (vaccinations, suivi de la croissance, du développement psychomoteur et affectif, conseil alimentaire...) constitue le deuxième motif de consultation. Selon la typologie décrite par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), l'activité de prévention et dépistage représente près de 13 % des séances dédiées aux enfants (1 consultation sur 8). Près d'un enfant sur 2 (44 %) vu pour une consultation de prévention est âgé de moins de 4 ans (42).

Au cours de mon enquête, 4 médecins ont manifesté un intérêt plus particulier pour la prévention¹⁶.

Les médecins généralistes, dans une large majorité, déclarent se sentir efficaces pour changer les comportements de leurs patients en prévention primaire (43). Mais s'ils sont convaincus de la nécessité de la prévention, ils se sentent manifestement plus à l'aise dans les activités « techniques » (vaccination, frottis...) que dans celles présentant une forte dimension éducative (alimentation, activité physique, addictions...)(44). La prévention la plus difficile à mettre en œuvre est celle qui implique des changements comportementaux du patient (45). En France, ce type de prévention passe encore trop souvent par des conseils de restriction (interdictions, moralisations, injonctions...).

Les freins à la prévention et à l'éducation pour la santé les plus fréquemment cités par les praticiens sont la résistance des patients (51,2 % des médecins), ou le manque de temps (33,5 % des médecins). Le manque de formation est évoqué, en troisième lieu, par moins d'un médecin sur quinze (4,8 %)(43). La résistance des patients est ici la résistance des parents, que décrit très bien le médecin M15¹⁷.

La **promotion de la santé** a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer (OMS, 1986)(46). Elle allie bien vivre et préservation la santé. Dans le cadre de la promotion de la santé, on s'efforce de donner aux personnes la possibilité de maîtriser leur santé et les facteurs qui la déterminent, en développant les compétences personnelles, en intégrant l'action locale et en suscitant le

développement de politiques adaptées, des services de santé et de milieux favorables (47). En envisageant les modifications à apporter sous un angle plus positif (encouragements, renforcement des « bonnes » habitudes existantes...) ce concept devrait permettre de diminuer la résistance des patients. Pourtant, bien qu'il existe depuis 23 ans, il n'est pas encore réellement entré dans les mœurs médicales françaises.

En ce qui concerne l'obésité de l'enfant, le Pr Basdevant déclare (30): « Ma conviction est que l'on a intérêt à faire plus de promotion de la santé que de prévention de l'obésité. Je crois qu'il est bon de faire de la promotion sur le bien-être et l'état de santé. En France, on a fait un énorme progrès concernant l'éducation pour la santé. Mais il ne suffit pas de promouvoir, il faut rendre les conditions possibles. Faire la promotion des fruits et des légumes, promouvoir le goût, fréquenter les équipements sportifs, etc. Il faut continuer à le faire, certes. Mais la tâche principale est de rendre accessible toutes ces actions à ceux qui en ont vraiment le plus besoin. »

Une autre des difficultés de la démarche de prévention par rapport à celle de soins, est - et restera - liée au fait que les résultats obtenus sont l'absence de maladie, donc un non-événement. C'est pourquoi l'exercice est difficile, contraignant, et souvent peu valorisant pour le médecin et son consultant (48).

Dans mon enquête, 5 médecins ont souligné la fréquence des motifs multiples de consultation[‡] et le fait que les parents attendent que leur enfant soit malade pour l'emmener chez le médecin, y compris pour ses examens obligatoires. Ainsi, **le caractère non urgent de la prévention la fait passer au second plan**¹⁸.

En effet, la médecine générale ne peut se limiter uniquement à la prise en charge de la maladie présentée, et souvent le médecin prend en charge des problèmes multiples. La plupart du temps, le patient consulte pour plusieurs affections, dont le nombre augmente avec l'âge. La réponse simultanée à plusieurs demandes implique nécessairement une gestion hiérarchisée des problèmes, qui prend en compte les priorités du patient et celles du médecin (50). Ainsi, au quotidien, le curatif prend souvent le dessus, en particulier en pédiatrie.

Il faut informer les familles de l'importance des consultations spécifiques de prévention, et de la nécessité d'accorder du temps au suivi exclusif de la croissance et de développement de l'enfant. En effet, sans la coopération des parents, aucun cadre législatif ne

[‡]Dans une thèse de Médecine Générale de 2000, le nombre moyen de motifs de consultation tous âges confondus, est de 1,23 (49).

permettra d'améliorer la prévention en pédiatrie. Le feuillet « Surveillance médicale », en page 17 des nouveaux carnets de santé (édités après 2005) reprend ces éléments et spécifie : « Ces examens sont importants pour suivre le développement et la santé de votre enfant et prendre en charge rapidement les problèmes. Ils sont un moment privilégié pour dialoguer avec le médecin. Lors de ces examens, le médecin effectuera les vaccinations. Pensez à les faire pratiquer par le médecin de votre choix, pédiatre, généraliste ou en consultation de P.M.I. (consultations de Protection Maternelle et Infantile), **en dehors des consultations pour maladie.** ».

Cette voie d'information, bien que nécessaire ne semble pas suffisante.

«C'est tellement complexe, une consultation en médecine générale, que, ça c'est un des problèmes abordés, qu'il y en a souvent beaucoup d'autres...» [M6]

Enfin, la médecine générale est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte **tous** les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée. Les médecins de famille soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. La médecine générale couvre un vaste champ d'activités déterminé par les besoins et les demandes des patients (50). La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ne prévoit pas moins de 100 objectifs à atteindre dans les 5 années suivantes parmi lesquels la diminution du tabagisme, de la consommation d'alcool, de la iatrogénie, de la prescription abusive d'antibiotiques, de la transmission des maladies infectieuses graves, etc., et l'amélioration de la prise en charge de la douleur, du dépistage des cancers, de la prise en charge des pathologies neuro-psychiatriques, cardio-vasculaires, rares, chroniques, etc (51)...

« C'est qu'il faut être dans la même performance dans tous les domaines, et que y a des fois on privilégie des choses, et puis y a des fois... Faut rester humble, on n'est pas parfait. » [M2]

V CONCLUSION

En Loire Atlantique, 3 organismes ou associations, entre autres, se sont attachés à faire comprendre aux généralistes l'importance du dépistage précoce dans la prévention de l'obésité de l'enfant. Pour cela, ils leur ont expliqué, selon différentes méthodes, le rôle de l'IMC, indice facile à calculer et à reporter sur une courbe de corpulence. Le suivi régulier de cette courbe est l'élément-clé du dépistage.

J'ai interviewé 15 médecins ayant pris part à l'une ou plusieurs des actions retenues. Trois d'entre eux dépistaient systématiquement l'obésité de l'enfant avant de participer à la formation. Onze médecins sur les 12 autres (92 %) m'ont rapporté avoir modifié leurs pratiques à l'issue des actions de formation entreprises, c'est-à-dire avoir intégré l'IMC et la courbe de corpulence à leurs indices de suivi de la croissance. Au total, 12 médecins m'ont déclaré dépister l'obésité de l'enfant de façon systématique, et 2 de façon très régulière.

Ainsi, en 2008, 14 médecins sur les 15 interviewés ont déclaré avoir compris la place fondamentale de la courbe de corpulence dans le suivi de l'enfant, et mettre en application cette connaissance dans le cadre du dépistage précoce de l'obésité. De ce passage d'une connaissance à une compétence résulte une amélioration des performances.

Au cours de mes entretiens, les médecins ont rapporté choisir leurs thèmes de formation selon leurs lacunes théoriques et des critères pratiques comme le lieu et l'horaire. Les attentes vis-à-vis d'une action de formation sont quant à elles assez floues, mais s'organisent autour du besoin d'augmenter le savoir et les compétences (apprendre une conduite à tenir).

Au vu de mon enquête, les méthodes pédagogiques impliquant une participation active des médecins (ici le séminaire de l'UNAFORMEC et la campagne de l'APS) semblent plus efficaces en termes de modifications des pratiques professionnelles. Ainsi, 4 médecins sur les 5 ayant participé au séminaire de l'UNAFORMEC, et 6 sur les 8 ayant pris part à la campagne de l'APS ont déclaré avoir modifié leur façon de suivre la croissance des enfants. Au contraire, aucun des médecins ayant reçu la visiteuse de l'URML n'a l'impression d'avoir modifié sa pratique suite à cette campagne.

Depuis 2007, l'augmentation de la prévalence de l'obésité tend à se stabiliser (52). Parallèlement, les enfants sont mieux suivis sur le plan de la croissance. En attestent les résultats de l'étude menée par l'URML des Pays de la Loire sur le remplissage des carnets de

santé des écoliers nantais de 6 ans : toutes écoles confondues, le nombre de carnets de santé comprenant une courbe de corpulence entre 2006 et 2007 a doublé (21).

Pour autant, en 2008, l'obésité de l'enfant reste un problème face auquel les médecins généralistes se sentent démunis. Ceci apparaît pour une part lié à la confusion fréquente entre dépistage et diagnostic. Les médecins ont tendance à oublier que le dépistage, en voulant prévenir, s'adresse à des enfants sans problème de poids. Les enfants ainsi dépistés à risque de devenir obèses peuvent être en général pris en charge par le médecin traitant avec des résultats encourageants. Mais d'autre part, la prévention et la prise en charge de l'obésité infantile dépassent largement le cadre médical pour faire intervenir une dimension culturelle et sociologique, ainsi qu'une composante socio-économique et politique. Elles nécessitent donc l'intervention d'un ensemble d'acteurs. Le médecin seul est impuissant face à un tel problème.

La prévention, malgré l'engouement législatif qu'elle suscite, est souvent reléguée au second plan, après l'activité de soin proprement dite, surtout lors des consultations de pédiatrie. En effet, le manque de revalorisation et l'aspect chronophage de l'éducation à la santé en font le parent pauvre de la consultation souvent trop courte du médecin généraliste. Les médecins gagneraient à faire évoluer leurs pratiques de prévention vers une attitude de promotion de la santé. Par ses aspects plus positifs, celle-ci semble à même de pouvoir faire tomber certaines résistances des patients aux changements de comportements. Ainsi, allier une consultation spécifique (dans l'intérêt du praticien) à la promotion de la santé (dans l'intérêt du sujet) semble être une façon d'améliorer la santé des populations.

BIBLIOGRAPHIE

1. Inserm. OBESITE : prévention et dépistage chez l'enfant. Rapport d'expertise collective de l'Inserm 2000.
2. InVS. Corpulence des enfants scolarisés en GSM en France métropolitaine et DOM : variations régionales et disparité urbaines. BEH. 2003.
3. Inserm. Expertise collective - Santé des enfants et des adolescents, propositions pour la préserver: Les Editions Inserm; 2003.
4. AMELINEAU F. Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants vendéens. Nantes: Thèse Médecine; 2004.
5. KUBISZTAL-AMBEZA M. Obésité dans les écoles nantaises en 2005. Nantes: Thèse Médecine; 2008.
6. Rolland-Cachera M-F, et al. Adiposity rebound in children : a simple indicator for predicting obesity. Am J Clin Nutr. 1984;39:129-35.
7. Association française d'étude et de recherches sur l'obésité, Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques, Société de nutrition et de diététique de langue française. Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités. 1998.
8. Programme National Nutrition Santé. 2001-2005 [cited 2008; Available from: www.mangerbouger.fr
9. Deuxième Programme national nutrition santé. 2006-2010 [cited 2008; Available from: www.mangerbouger.fr
10. THIBAUT H., DEBREST-BASTET M, DUCOS G, SAUBUSSE E, MAURICE-TISON S. Pratiques et attentes des médecins, Une enquête du réseau REPOP Aquitaine en 2006. Concours Med. 2007;33/34.
11. GRZYB-GERBOT C. Evaluation de la surveillance staturo-pondérale par les médecins au cours de la deuxième enfance. Nantes: Thèse Médecine; 2005.
12. DERIOT. Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité. In: Sénat, editor.; 2005.
13. MUCCHIELLI A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines. 2e édition mise à jour et augmentée ed: Armand Colin; 2004.

14. DESANTI R, CARDON P. L'enquête qualitative en sociologie ASH étudiants; 2007.
15. BARDIN L. L'analyse de contenu. Edité chez PUF en 1977 ed: Quadrige MANUELS; 2007.
16. BLANCHET A, GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien 2e édition refondue ed: A. Colin 2007, 1992 pour la première édition.
17. REDELMEIER DA, TVERSKY A. Discrepancy between medical decisions for individual patients and for group. N Eng J Med. 1990;332:1162-4.
18. RIUTORT Philippe. Précis de sociologie. Paris: Presses universitaires de France 2004.
19. GALLOIS P. La formation médicale continue. Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation: Médecine-Sciences Flammarion; 1997.
20. DURIEUX P. Efficacité des méthodes de mise en oeuvre des recommandations médicales. In: ANAES, editor. Service des recommandations et références professionnelles; 2000.
21. URML, PL. Rapport intermédiaire de l'évaluation de la campagne de visite de sensibilisation de médecins généralistes au dépistage précoce de l'obésité infantile. Nantes; 2009.
22. GUILLARD F. Incitation à l'application pratique par les médecins généralistes du repérage et de l'intervention brève auprès des consommateurs excessifs d'alcool : évaluation de 2 méthodes : soutien organisé par une association de promotion de la prévention en médecine libérale : distribution simple par courrier des informations et des outils nécessaires Nantes: Thèse Médecine; 2006.
23. BOUILLOT M. Dépistage du mal-être des adolescents en médecine générale intérêt d'utilisation du TSTS-CAFARD Nantes: Thèse Médecine; 2008.
24. DAVIS D, O'BRIEN MA, FREEMANTLE N, WOLF FM, MAZMANIAN P, TAYLOR-VAISEY A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior of healthcare outcomes? JAMA. 1999;282:867-74.
25. DAVIS D, THOMSON MA, OXMAN AD, RB H. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA. 1995;274:700-5.
26. CANIARD E. Les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation. 2002.

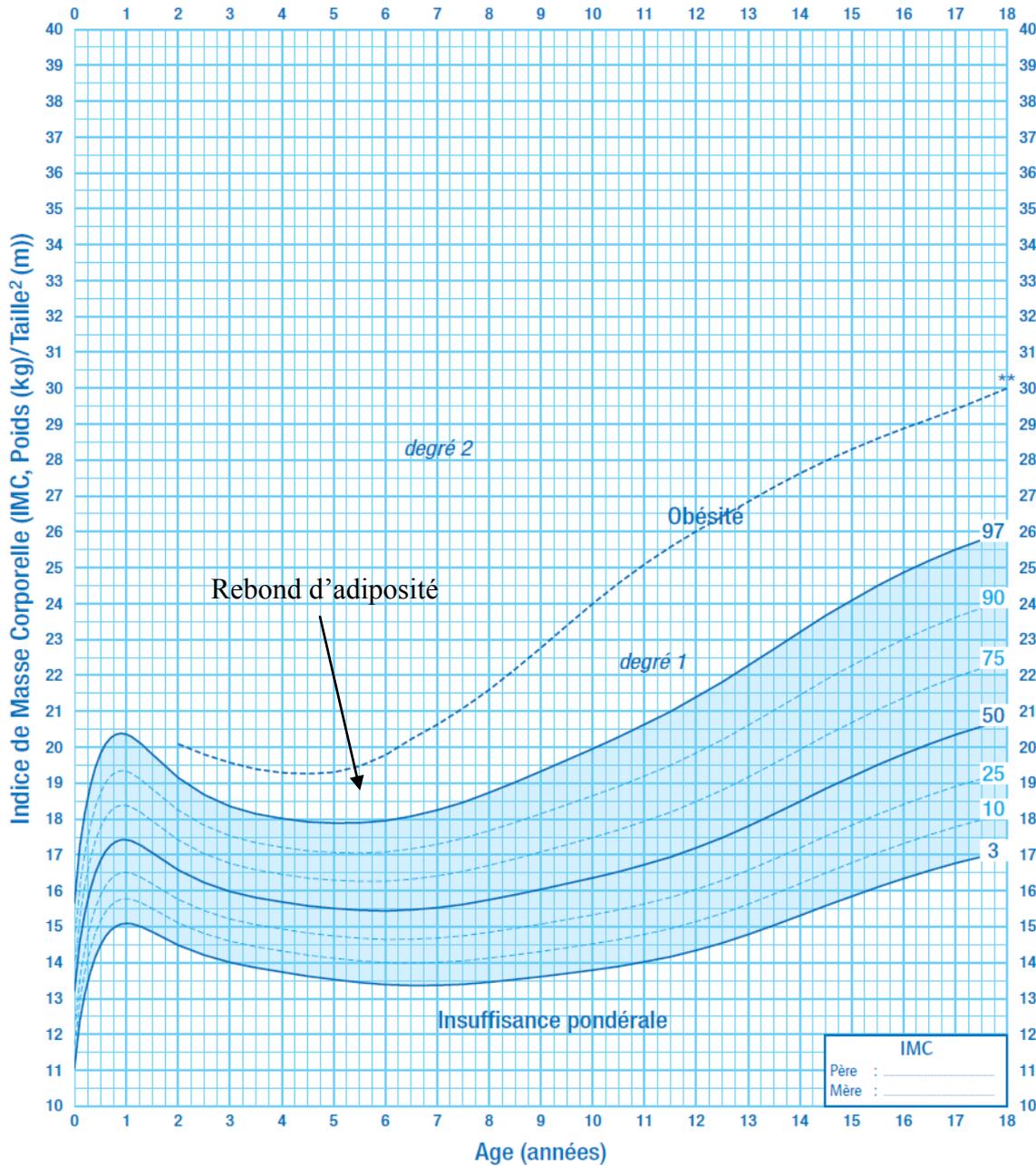
27. MODAI P. Prise en charge de l'enfant obèse ou en surpoids en médecine libérale. *mt pédiatrie*. 2007;10(6):380-84.
28. BOCQUIER A, VERGER P, BASDEVANT A, ANDREOTTI G, BARETGE J, VILLANI P, et al. Overweight and obesity : knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obes Res*. 2005;13:787-95.
29. GASSER A., KREMPF, M., DARMAUN D. L'enfant et l'ado, alimentation et activité physique. *Echanges de pratiques* 3 décembre 2004; Nantes. p. 10-11.
30. DANGAIX D. " Créer partout des centres de soins gratuits pour les jeunes obèses " Entretien avec le professeur Arnaud Basdevant, chef du service nutrition de l'Hôtel-Dieu. *La Santé de l'Homme*. 2006;386:5-6.
31. LAHLOU S. La vraie valeur des repas : manger et imaginer. *Sciences Humaines*. 2002;128.
32. DREES. La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. *Etudes et Résultats*. 2002;55.
33. ObEpi-Roche. 4ème enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids en France 2006.
34. MAGAREY AM, DANIELS LA, BOULTON TJ, COCKINGTON RA. Predicting obesity in early adulthood from childhood and parental obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2003;4:505-13.
35. FRELUT M-L. Obésité de l'enfant et de l'adolescent. *Encycl Med Chir*. 2002 oct-nov-déc 2002;Sect. 6.
36. FAYARD A, FRITZ-LEGENDRE M. La santé... par l'activité physique ! Développons un environnement favorable aux activités physiques. *La Santé de l'Homme*. 2007;387:12.
37. GIUSTI M. La consultation spécifique de prévention en médecine générale. *Concours Med*. 2005;127(35):1974-77.
38. COLOMBET I, MENARD J. Consultation de prévention en médecine générale : quel cahier des charges ? *Médecine*. 2007;3(2):79-82.
39. GALLOIS P, VALLEE JP, LE NOC Y. Prévention en médecine générale, une part croissante et une évolution de l'activité. *Médecine*. 2007;3(2):74-78.
40. Inserm. *Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Paris; 2002.

41. Propositions pour le SROS III Pays de la Loire: COTER, santé de l'enfant et de l'adolescent Pays de la Loire
2004.
42. FRANC C, LE VAILLANT M, ROSMAN S, PELLETIER-FLEURY N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. Etudes et Résultats. 2007;588.
43. GAUTIER A. Prévention et éducation pour la santé. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. 2004:63-82.
44. ORS PACA, Inserm. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence Alpes Côte d'Azur. Regard Santé. 2006;16.
45. GALLOIS P, VALLEE JP, LE NOC Y. Prévention en médecine générale. Deuxième partie : regards croisés patients-médecins. Médecine. 2008;4(9):406-10.
46. OMS. Charte d'Ottawa. 1986.
47. OMS. Sixième Conférence sur la Promotion de la santé. 2005; Bangkok.
48. BAUDIER F. Le nouveau parcours de soins : quelle place pour la prévention individualisée ? Concours Med. 2005;127(34):1931-34.
49. SENOUS PETITJEAN Latifa. Analyse multifactorielle des consultations en médecine générale à Paris. Etude portant sur 2140 consultations pour 1200 patients: Thèse Médecine, Pierre et Marie Curie, Paris VI; 2000.
50. WONCA, Europe. La Définition européenne de la médecine générale - médecine de famille
2002.
51. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel de la République Française. 2004.
52. SALANAVE S, PENEAU S, ROLLAND-CACHERA M-F, HERCBERG S, CASTETBON K. Prévalences de surpoids et d'obésité des enfants de 7 à 9 ans scolarisés en CE1 et CE2. Journées de veille sanitaire de l'Institut de veille sanitaire; 2007; Paris; 2007.

ANNEXE 1
Courbes de corpulence

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

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



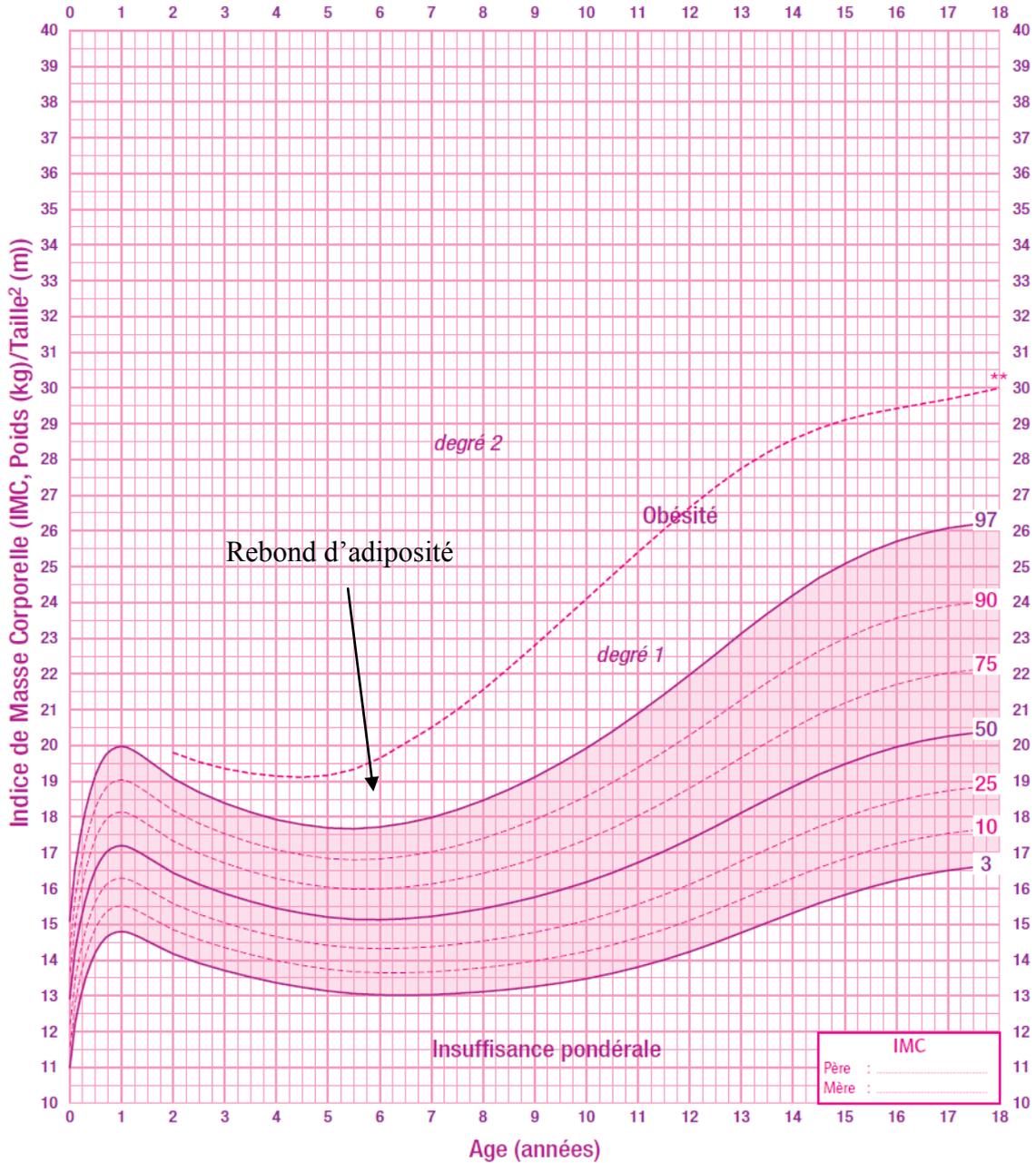
Courbe graduée en percentiles disponible sur www.sante.fr (Ministère → les dossiers → N → Nutrition), établie en collaboration avec MF Rolland-Cachera (INSERM) et l'Association pour la Prévention et la prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (APOP) et validée par le Comité de Nutrition (CN) de la Société Française de Pédiatrie (SFP).

* Données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr 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;320:1240-3

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

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



Courbe graduée en percentiles disponible sur www.sante.fr (Ministère → les dossiers → N → Nutrition), 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 (Pr 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;320:1240-3

ANNEXE 2

Verbatim

Entretien Médecin 1

AC : Je travaille avec des médecins qui ont participé à 3 actions, donc la study nurse de l'URML, la campagne de prévention qui a été menée par l'association de Patrick Le Vaillant, Agir pour la Promotion de la Santé et un we, enfin, un séminaire de formation de l'UNAFORMEC qui était organisé à St Nazaire. J'ai tiré au sort sur les listings, je me suis dit « il faut que j'en voie 5 de chaque. » Il se trouve qu'il y en a qui ont fait plusieurs actions, donc voilà.

C'était il y a 2 ans, ça fait longtemps... Est-ce que, avant de recevoir cette dame, vous connaissiez déjà l'importance du dépistage précoce de l'obésité de l'enfant ?

M : Oui

AC : C'est quelque chose qui vous intéressait déjà à ce moment là. Et vous le pratiquiez comment, à ce moment là ?

M : ... Par rapport aux enfants ?

AC : Oui ?

M : Ben par un examen ... clinique, au moment des vaccinations...

AC : Oui ?

M : au moment des certificats de sport, aussi...au moment des maladies infantiles, ou des maladies saisonnières ORL, ...

AC : Et alors qu'est-ce que vous utilisiez comme paramètres ?

M : Le poids et la taille, et l'IMC un petit peu déjà, mais de façon beaucoup plus floue qu'avant d'avoir la formation...

[bruits de papiers brassés]

AC : Vous avez votre petite réglette *[rires]*, c'est bien, vous ne l'avez pas jetée, vous, au moins...

M : Ah non, non, parce que, c'est précieux !

AC : Et donc vous connaissiez déjà un petit peu, c'était flou, est-ce que c'est pour cette raison que vous avez accepté le passage de cette... infirmière.

M : Non, c'était pas très flou, mais j'avais eu d'abord la formation avec un médecin nutritionniste... du CHU, donc son nom, je ne sais plus... Et du coup ça m'a intéressé, pour faire suite à cette formation, de la recevoir.

AC : D'accord, donc c'était déjà quand même un domaine qui vous intéressait pas mal ?

M : Oui ! Je trouve que ça fait partie du quotidien de la médecine générale...

AC : d'accord

M : Et puis ça...permet de prévenir les obésités qu'on retrouve après à l'adolescence...

AC : bien sûr...

M : Quand même, c'est assez bien.

AC : Oui... Vous en avez beaucoup ?

M : Beaucoup, non... j'ai pas de pourcentage en tête, mais c'est quand même un problème qui revient assez souvent en médecine générale...

AC : Et, qu'est-ce que vous attendiez du passage de cette personne ?

M : ...

AC : quand vous avez accepté de la recevoir ?...

M : ben de confirmer ... l'information que j'avais eu à la formation, ce qui a été le cas.

AC : d'accord, donc vous aviez quand même des idées assez précises, et elle vous a reconfirmé simplement...

M : Oui

AC : que c'était important de...

M : Oui

AC : d'accord. Ok... Et, est-ce que vous diriez que d'avoir reçu cette personne a impliqué des changements dans votre pratique ?

M : Non. Parce que les changements, je les ai déjà eu après la formation...

AC : d'accord, donc en fait, ça les a confirmés ?

M : Voilà.

AC : Ok. Et, à l'heure actuelle, vous calculez l'IMC de tous les enfants que vous voyez ?

M : Tous

AC : et vous tracez la courbe ?

M : tous.

AC : magnifique ! [*rites*]

M : Y a pas toujours la courbe dans le carnet de santé, pour les grands...du coup, je fais avec ma petite réglette, ... voilà...

AC : d'accord. Au final, ça vous a paru intéressant de recevoir cette...

M : Ah oui !

AC : Dans le sens où bon, moi, j'évalue pas spécialement les actions qui ont été faites, ... la question qui préside à ma thèse, en fait, c'est de savoir, euh... si une action, quelle qu'elle soit, a pu aider les médecins généralistes, puisqu'on les sent vraiment en défaut, plus les hommes que les femmes d'ailleurs, dans ce domaine là...

M : Euh, oui, bah, moi, ne serait-ce que d'avoir la réglette pour calculer l'IMC, voilà, c'est... si je perds ma réglette, je ne peux plus calculer d'IMC...

AC : vous avez votre calculatrice ! Poids/ taille ² !

M : C'est tellement pratique, puis ça devient un réflexe.

AC : Très bien. Simplement, juste pour vous situer un petit peu, vous travaillez dans un cabinet, vous êtes en association...

M : Oui, alors on est 5, et nous on est 2 femmes associées dans ce cabinet. [...]

AC : Et, vous êtes installée depuis combien de temps ?

M : 10 ans

AC : d'accord [...]

M : On a quand même beaucoup d'enfants en clientèle, par contre on a, ben, entre guillemets, des demi-clientèles, [...]

Entretien Médecin N°2

- AC : Alors, juste pour vous situer un peu, vous, vous êtes installé en association, j'ai vu. Vous êtes installé ici depuis combien de temps ?
- M : 25 ans, ça fait 25 ans que je me suis installé.
- AC : On est plutôt en milieu rural ?
- M : En milieu semi-rural, oui...
- AC : Semi-rural, d'accord. Donc vous voyez des enfants.
- M : Je vois beaucoup d'enfants
- AC : D'accord. Donc il y a 1 an et demi, vous avez participé à la campagne de Patrick Le Vaillant, avec l'APS [...]. Vous avez fait d'autres campagnes ?
- M : Oui, je ne les ai pas fait toutes, mais presque toutes.
- AC : D'accord. Avant de participer à cette campagne, vous connaissiez déjà la nécessité de dépister précocement ?
- M : Oui
- AC : Oui. Comment est-ce que vous suiviez les tout-petits et moyens petits ?
- M : Bah, par le poids et taille. C'est-à-dire que j'ai quand même ...pris conscience de ... l'IMC lors de ce dépistage là.
- AC : D'accord.
- M : C'est ce que j'avais mis dans ma conclusion, à la fin, ils nous demandent...
- AC : Ouais, ouais, ouais,
- M : Donc je mettais que, effectivement, pour la ... sur le... la dynamique de prise de poids, finalement, c'est...nettement visualisé sur cette courbe-là, par rapport, même à l'abstraction de l'une par rapport à l'autre, en les mettant parallèles, et tout ça, c'est clair que l'IMC c'est plus parlant.
- AC : mmm, mmm. Mais donc avant, pas du tout, quoi...
- M : Non, parce que je me suis aperçu que dans les carnets de santé, c'était jamais mis, que dans mon dossier, c'était jamais mis alors que j'ai une courbe qui me le donne. Donc ça m'a permis de découvrir que mon logiciel me permettait de bosser...
- AC : C'est quoi comme logiciel ?
- M : C'est dBméd.
- AC : d'accord, ah, bah, effectivement [rires]. C'est bien, on en apprend tous les jours.
- M : donc c'est une formation qui...tout le temps...
- AC : donc, qu'est-ce qui vous a poussé à accepter, de faire cette campagne ? Parce que j'ai su que certains avaient trouvé ça un peu... lourd...
- M : Oui, elles sont toutes un peu lourdes, hein, ses campagnes, c'est-à dire qu'il faut vraiment s'y coller, c'est réellement une astreinte importante, en temps, heu..., ouais en temps, il faut vraiment être très volontaire, pour s'y tenir.
- AC : OK
- M : Ah ouais
- AC : Quelles qu'elles soient, quoi ?
- M : Ouais, moi, j'ai trouvé toutes, quoi... C'est-à dire, après, ou on les bâcle, ou on les fait correctement. Mais, si on veut les faire correctement, c'est vraiment du temps passé, quoi.
- AC : d'accord...
- M : Ouais
- AC : Parce que là, du coup, vous avez repris les carnets de santé des petits que vous suivez, et...

M : Oui, tout à fait, c'est-à-dire que pendant le temps de l'étude, j'ai repris les carnets de santé, les parents me les laissaient, j'ai refait les courbes. Donc c'était, ouais, non, non, c'était lourd ...

AC : D'accord... et donc qu'est-ce qui vous a poussé à accepter ?

M : Alors, je l'ai fait, attention, pour ceux qui posaient problème ! C'est évident que ceux qu'étaient dans un rapport poids/taille... complètement bien sans surpoids suspecté, ou courbe qui dérape, euh, je les ai pas faite, hein, j'ai demandé aux parents de les faire.

AC : Est-ce que vous avez calculé un IMC pour tous les enfants ?

M : Oui, systématiquement à la consultation. Mais après j'ai pas refait toutes les courbes sur les enfants qu'étaient bien sur le plan staturo-pondéral, quoi...

AC : D'accord. Vous avez en fait, fait un IMC. A partir de cet IMC, vous avez jugé s'il y avait un souci ou pas. S'il y en avait un, vous traciez la courbe, s'il n'y en avait pas, vous...

M : Non, c'est plus compliqué que ça, parce que, ce qui est important dans l'IMC, c'est pas l'IMC ponctuel, c'est la dynamique de la courbe. Donc, moi, je voyais mon antériorité au niveau rapport poids/taille, j'avais une certaine cohérence, et si mon IMC me laissait suspecter que ça dérapait, je faisais la courbe IMC totale. Et puis si mon IMC ponctuel était cohérent avec une courbe qui ne m'avait pas du tout inquiété, je disais aux parents « recalculez le truc, faites ça pour la prochaine fois » et puis...

AC : mmm, mmm

M : Mais, non, non, je me suis servi de l'IMC, mais avec la courbe, parce que sinon... C'est la dynamique de la courbe, qui est importante, c'est pas l'IMC ponctuel. On peut avoir un IMC qui est bien mais qui est en train de passer de ça à ça, pouf, et... donc, une prise, ça sert à rien, quoi.

AC : Et vous avez eu des surprises ?

M : J'ai pas eu beaucoup de surprises, non. J'ai pas eu beaucoup de surprises, j'en ai plus depuis. J'en ai eu une belle y a pas longtemps, donc c'est rigolo, parce que ça tombait pile poil. Avec un gamin que je suspectais réellement pas de dérapier, parce qu'il est pas mal.

AC : Quel âge ?

M : Ah, je sais plus, je sais plus...

AC : Plutôt 2-3 ans, ou plutôt 6 ?

M : Non, non, rebond d'adiposité un petit peu précoce, euh...ouais, ouais, c'était dans ces eaux-là, c'était 4 ans je crois bien. Et, c'était en train de partir, on avait passé 2 courbes, quoi.

AC : D'accord

M : Or, c'est vrai que comme ça, à le voir,...

AC : Bah il est encore tout mignon...

M : Voilà, je suspectais pas, ça se passait... Et puis quand j'ai vu la dynamique de la courbe, j'ai fait venir la maman derrière – c'est souvent ce que je fais maintenant, avec le truc, là [ordinateur]- et, ouais, ouais, c'est éloquent. C'est clair. Donc, c'est depuis, depuis, j'en ai eu. Quand j'ai fait l'étude, j'ai touché du doigt que les courbes étaient parlantes, mais pour des patients pour lesquels j'étais déjà conscient qu'il y avait une notion de surpoids. Ça m'a confirmé que c'était un outil de travail, ça ne m'a pas fait découvrir de choses, vraiment. Par contre, depuis, ça m'a fait découvrir quelques courbes qu'étaient vraiment en train de dérapier.

AC : D'accord. Et vous avez la notion... donc maintenant, on a un petit peu de recul, est-ce que, en intervenant au moment du dérapage, vous avez notion qu'on a rattrapé les choses, ou...

M : C'est très difficile.

AC : Oui

M : La prise en charge de l'obésité de l'enfant, c'est très difficile...

AC : Oui, mais à ce moment là, ils sont pas obèses.

M : Tout à fait

AC : Le petit que vous avez vu l'autre jour, il n'est pas obèse.

M : Non, mais pour moi ils sont dans une dynamique. C'est à dire qu'après on regarde le morphotype parental, et on se dit « boum, d'accord... » et puis voilà. C'est-à-dire qu'après, il y a plein de choses qui se coordonnent.

AC : Bien sûr

M : Et c'est une prise en charge très lourde, parentale, des enfants et des parents...

AC : Mais bon, à 4 ans, c'est le moment ou jamais.

M : tout à fait. Oui, oui, là on peut encore, parce qu'on est encore dans des règles alimentaires qui peuvent un peu se modifier, mais... C'est là que ça doit servir. C'est sûr que quand on est à 8 ans avec une courbe qui a explosé 4 ans avant et qu'on est largement au dessus des normes, c'est beaucoup trop tard. Enfin, c'est mal barré, quand même...

AC : Quand vous avez accepté de répondre à la campagne de Patrick, vous aviez une attente particulière ?

M : ... euh... j'étais conscient que c'était pas... parce que, je suis attaché au poids. Mais j'avais pas de ... ouais, j'étais en attente d'un outil. Je savais pas trop si ça allait le devenir, mais j'étais en attente d'un outil. Quand il a proposé le truc, je me suis dit ... Bon, les pédiatres... On avait Piloquet qu'était venu nous faire une formation, chez nous, en FMC, qu'avait commencé un peu à nous sensibiliser au truc... Donc, voilà, ça enfonçait le clou, un peu...

AC : Ça, c'était il y a combien de temps, cette première formation ?

M : Ah, ça, c'était, y a, je sais pas, quand est-ce qu'il est venu, 6 ans, peut-être, 5-6 ans...

AC : D'accord. Donc c'était histoire d'en remettre un petit peu...

M : Oui ... oui, oui... Ça faisait suite à une réflexion qu'avait déjà commencé à germer à ce moment là.

AC : d'accord. Et du coup... ça vous a poussé à modifier vos pratiques ?

M : Ah ouais ! ouais, ouais. J'ai l'IMC qui figure dans presque tous les dossiers d'enfants. Ouais, ouais...

AC : d'accord. Bon, bah, c'est impeccable.

M : Voilà, non, non, mais... C'est... Il y a peu de formations qui m'ont donné un outil de travail... comme ça. Simple, direct. Les autres, de tout ce que j'ai fait avec Patrick, je crois que c'est... Enfin, il y a eu d'autres outils, mais qui sont ... euh...

AC : le TSTS cafard, par exemple, vous l'utilisez ?

M : Non.

AC : Après, c'est vrai qu'ils sont moins pratiques.

M : Non, mais dans tous les autres domaines, hein, dans tous les autres domaines que j'ai fait, c'est la seule où vraiment, il est ressorti un outil, simple, facile, le logiciel existant, enfin, c'est hyper simple, quoi ! Il suffit d'entrer le poids, la taille, on clique sur IMC et on a la courbe ! Faudrait être de mauvaise volonté pour pas faire ça ! Mais...

AC : Mais y a des gens...

M : Non, mais on a tellement de choses à faire, que ça paraît simple, mais c'est pas toujours simple.

AC : Oui, mais... Objectivement, ça vous prend combien de temps ? Maintenant que vos courbes sont faites ?

M : Non, mais c'est pas que ça prend du temps. C'est qu'il faut être dans la même performance dans tous les domaines, et que y a des fois on privilégie des choses, et puis y a des fois... Faut rester humble, on n'est pas parfait.

AC : Ok, très bien.

Entretien N°3

AC : Oui, donc, en fait, moi, je fais ma thèse en essayant de savoir si les actions – y a eu 3 actions pour montrer aux médecins généralistes l'intérêt du dépistage précoce de l'obésité de l'enfant : c'était le truc de Patrick Le Vaillant, je ne sais pas si vous connaissez, l'APS...

M : Oui-oui, oui-oui

AC : Voilà, il a fait une campagne sur l'intérêt de l'IMC...il y a eu ce we de formation de l'UNAFORMEC. Ils en ont fait plusieurs, celui qui m'a intéressé, c'est celui de 2006 [...], et puis, il y a eu, juste sur la communauté urbaine de Nantes, l'URML qui a envoyé une visiteuse pour...euh...

M : Porter la bonne parole

AC : Voilà. Et puis il y avait un petit questionnaire à remplir après. Donc, voilà... Alors, moi, ce que j'aimerais un petit peu connaître, c'est... Donc, vous resituez à peu près le we en question ?

M : Oui, oui-oui.

AC : Alors, est-ce que, avant, vous connaissiez l'importance du dépistage de l'obésité de l'enfant ?

M : Non, pas tant. Pas tant, honnêtement, pas tant. Donc depuis, depuis, ben on est plus sensibilisé, et l'IMC, je le note systématiquement.

AC : D'accord

M : C'est sûr que, au niveau informatique, il se met systématiquement.

AC : Vous avez quoi comme logiciel ?

M : Euh, Axisanté. Si ce n'est qu'il faut mettre la taille en cm.

AC : Oui, mais, bon, ça c'est pas très compliqué.

M : Non, mais pour le calcul, normalement, c'est en mètre.

AC : Oui, c'est vrai, exact. [...]

M : Donc, il se calcule automatiquement, euh, bon après, à nous de le noter dans le dossier, parce qu'après il disparaît... J'avoue que dans Axisanté je ne me sers pas des courbes, mais je note l'IMC à chaque fois.

AC : Avant, vous ne le faisiez pas ?

M : Non, du tout.

AC : D'accord. Comment vous suiviez les petits ?

M : Je faisais poids/taille. Point.

AC : Vous faisiez les courbes quand même ?

M : Les courbes de poids et de taille ? oui-oui. Mais de l'IMC, non.

AC : Alors qu'est-ce qui vous a poussé à aller faire ce séminaire ?

M : Qu'est-ce qui m'a poussé à faire le séminaire ... Parce que j'aime bien faire les séminaires. [*rires*]

AC : [*rires*] Alors pourquoi celui-là ?

M : Pourquoi celui-là ... [*inaudible*] Non, le truc de pédiatrie, donc, m'intéressait... Ça, c'est un critère quand même important. Après c'est une question de dates, une question de répartition dans l'année, et après, ça dépendait de mon associé. Dont je ne tiens plus compte maintenant, parce que je me suis fait avoir plusieurs années, parce que j'attendais ses dates de vacances, et je ne les ai toujours pas, donc, maintenant, je me dis « je serai pas là, s'il n'y a personne, il n'y a personne. » Non, non, mais la pédiatrie est intéressante, j'essaie de varier, comme ça... J'en fais trois par an, donc...

AC : Ok, et qu'est-ce que vous en attendiez, en fait, de ce séminaire ?

M : Des choses comme ça. Ce qu'il nous faut, ce sont des choses pratiques, des choses qu'on peut mettre en place facilement...

AC : ouais...

M : Et ça, honnêtement, c'est pas dur, et les gens comprennent qu'il y a des petits trucs. Qui est-ce qui était là, qui est-ce qui animait ? Y avait Odile PINARD, sans doute... Pff, pff, pff, je ne sais plus... Mais bon rien que le truc, c'est le truc tout bête, je ne sais plus qui nous avait dit ça, pour sensibiliser les gamins. J'ai acheté de la pâte à modeler depuis...

AC : [rires]

M : Ben oui mais la pâte à modeler ... Je m'en suis encore servi hier. Je prends un peu de pâte à modeler, donc, je fais une belle boule et je dis au gamin « tu vois, t'es un peu comme ça... Regarde, à ton âge, de toute manière, c'est le poids et par la taille – bon au carré, j'explique pas trop, ils sont un peu petits - euh, la taille t'as pas à t'en occuper, ça va augmenter. Mais le poids, c'est à toi de jouer. Donc tu vois, tu gardes le même poids – je fais ma ... hop [bruit de main qui se frottent] – regarde, du coup, la pâte à modeler, y a le même poids, mais regarde, c'est beaucoup plus fin parce que tu as grandi. »
Donc, c'est des trucs tout bêtes comme ça, qu'on apprend et qui ... Bah pour les gamins, ça... parce qu'autrement... faut les sensibiliser, les gamins...

AC : Bah, oui, oui...

M : Faut les sensibiliser eux, et sensibiliser les parents. Parce que là, c'est pas facile, y en a qui comprennent pas. Mais, euh, non-non, depuis, l'IMC, oui, systématiquement. J'avoue qu'il n'y a pas tous les séminaires... on retient pas toujours des trucs pratiques...

AC : Et vous tracez les courbes ?

M : Oui, je trace les courbes...

AC : D'accord.

M : Bon, de toute manière, j'ai une ... je leur montre surtout, j'ai une courbe, mais en grand, là, plastifiée, on a eu ça par je ne sais pas qui, et je leur montre sur les courbes.

AC : C'est le ministère de la santé, je crois. Au moment du PNNS 1

M : Oui, c'est ça. Donc c'est les grands trucs plastifiés, y a garçon/fille, et je leur montre où ils se situent là-dessus, etc... Parce que les courbes, autrement, c'est pas évident, sur les carnets, c'est trop petit.

AC : C'est trop petit, vous trouvez...

M : Ah oui ! Mais bon, on peut pas faire plus grand...

AC : Bah au moins, ils ont la leur propre, quoi.

M : Oui, c'est ça ! Mais euh... c'est ça.

AC : Parce qu'un point dans la courbe, tout seul, isolé...

M : Ah bah ça sert pas à grand-chose. Si, s'il est nettement au dessus.

AC : Oui, voilà, mais bon, là...

M : Non, non, mais l'intérêt, c'est avant... C'est le rebond d'adiposité, etc... Je leur explique, etc, c'est là où c'est intéressant. Après... Enfin, c'est intéressant... C'est facile, si je puis dire... Après, c'est quand même plus dur. Donc je leur montre, où c'était, que ça monte, etc... et puis, ils voient mieux. Je leur dis « viens, viens là, à côté de moi, tu vas voir, regarde » parce que de l'autre côté du bureau, c'est... on essaye

AC : Non, et puis, nous, la faire à l'envers, c'est pas facile non plus...

M : Non plus. Et vous verrez, avec l'âge, c'est encore plus dur !

AC : D'accord ! [sourire] Et vous aviez la notion du rebond d'adiposité, avant ?

M : Non. Du tout. Très très très très vague. Non, mais ce sont des choses vraiment intéressantes.

AC : Donc vous avez vraiment beaucoup appris, et du coup vous avez pas mal changé votre pratique.

M : Ah c'est sûr. Oui. C'est un séminaire qui a permis de beaucoup changer. Tous les séminaires sont intéressants, moi je trouve. Les personnes âgées, c'était intéressant aussi, on apprend des trucs, mais... on oublie après.

AC : Bah, oui, c'est ça.

M : Y a celui sur la thyroïde, qui est très intéressant, mais alors on oublie... [...]

AC : Ben, en fait, ce qui ressort un petit peu de ce que me disent les gens, c'est que l'IMC, c'est quand même un outil qui est vraiment ... simple, utilisable au quotidien...

M : Oui, c'est ça. Ça, c'est très simple. C'est l'avantage.

AC : Mais ce qui est important, c'est quand même de tracer les courbes.

M : Oui.

AC : Parce qu'un IMC, tout seul, pour un enfant, ça veut rien dire.

M : Non, non, non, c'est ça, c'est de voir, et voir quand ça commence à foirer, etc. Bon quand ils sont bien, pas d'histoire, mais... C'est de ... visualiser les choses. Parce qu'on voit bien si le gamin est un peu gros ou pas.

AC : Oui, mais si on le voit, c'est trop tard. C'est plus du dépistage, c'est du diagnostic.

M : Oui. C'est du diagnostic.

AC : Vous en avez, ici, vous en avez dépisté, des petits qui, vers 3-4 ans, changent de couloir ?

M : J'en ai pas énormément, on va dire... Mais on arrive à modifier les choses, on essaie de sensibiliser les parents, c'est pas toujours évident. Enfin, bon, l'idée quand même du bon gros bébé disparaît quand même...

AC : Oui, oui, oui

M : Si, j'en ai une, entre autres, qui s'améliore, qui s'améliore, c'est sûr que...

AC : Et chez qui vous étiez sûr qu'il y avait un problème, ou est-ce que des fois vous avez des surprises ? C'est-à-dire, en faisant de façon systématique la courbe, vous avez vu qu'elle était en train de traverser des couloirs ?

M : Non, là, on voyait, quand même, on voyait. C'est-à-dire que moi, je ne l'ai pas vue dès le début.

AC : Ah oui, d'accord

M : Donc, je l'ai vu après un an.

AC : D'accord. Bah, c'est ce qu'il faut, de toute façon, le temps de voir que...

M : Oui, c'est ça, mais bon, un petit peu après un an donc... Mais bon, quand je l'ai vue, elle était déjà... Elle était pas au dessus, mais on sentait que c'était le gros bébé. Mais on peut agir, et puis, bon, c'est bien.

AC : Ouais... Et vous avez quelques rebonds d'adiposité précoces ? Vers 4ans ½, 5ans ?

M : J'ai eu 1 cas. Qu'est pas vieux, on attend. D'un petit qu'était pas mal, et puis on voit que ça ... bon, pour l'instant, c'est pas...

AC : Mais, physiquement, on dirait pas ?

M : Oh non

AC : Voilà, c'est ça.

M : Au départ, on voit pas...

AC : Et c'est là que c'est intéressant.

M : Au départ, on voit pas. Bah c'est sûr que le gamin qui arrive...non, non mais au départ, tiens ouais ? Alors en général on remesure. Le poids, ça va. Mais on remesure. C'est pas toujours évident, de les mesurer. On a des doutes.

AC : On dit « bah, revenez donc dans 3-4 mois »

M : Oh, on le revoit généralement. On les voit souvent.

Ac : Ils sont encore souvent malades, à cet âge là.

M : Oui, on les voit souvent. Assez malades, on en profite. Mais euh... non, c'est intéressant. On se sent utile, peut-être.

AC : [rires]

M : Faut garder la foi. Mais... C'est ça, je change un peu, c'est... Patrick Le Vaillant, avec l'éducation thérapeutique, je trouve ça très intéressant. Plutôt que d'asséner des conseils, des interdictions...

[...]

AC : Il y en a beaucoup, là, des enfants obèses ? Vous en voyez ...

M : J'en ai quelques uns, ouais.

AC : Mais qui sont vraiment au-delà du...

M : Ah ouais ! Hanhh, j'en ai une, c'est une obésité, comment on appelle, de grade 2. Il n'y a plus de surpoids. Donc le gamin, là, qu'est juste au dessus « t'es obèse ! »

AC : Oui, moi, j'évite le mot...

M : Oui, mais c'est marqué.

AC : Et elle a quel âge ?

M : Elle a ...11 ans, je crois.

[...]

AC : Et sinon, pour vous situer un peu, vous êtes en association.

M : Alors, c'est pas véritablement associés, parce qu'au point de vue comptable on n'est pas associés, mais on est 2 dans le même cabinet.

AC : D'accord. Vous êtes installé depuis combien de temps ?

M : 25 ans. Quand même.

AC : Toujours en association ?

M : Non, je suis en association depuis 3 ans.

AC : D'accord. Et donc vous avez une patientèle plutôt rurale...semi-rurale ?

M : Oh oui, rurale, semi-rurale, oui. Ça change un petit peu, maintenant, des agriculteurs, y en a beaucoup moins.

[...]

Entretien Médecin n°4

AC : Je fais ma thèse sur l'intérêt du dépistage précoce de l'obésité de l'enfant. Vous, vous avez participé à 2 choses en fait, parmi les 3 actions dont je m'occupe. C'est-à-dire qu'en mars 2006, vous avez reçu la study nurse de l'URML.

M : Ouais...

AC : C'était une dame qui venait ici, vous distribuer la bonne parole...

M : Ah oui, oui, bah, oui, qui nous apportait pas grand-chose, aucune réponse, c'était un peu frustrant.

AC : Voilà... Et puis ensuite, en mars 2007, donc un an après, vous avez répondu favorablement à la campagne de Patrick.

M : Mmm.

AC : J'ai envie de dire, qu'est-ce qui vous a poussé en 2006 à accepter de recevoir cette personne ?

M : Alors, en 2006, je savais pas à quoi ça correspondait, quoi, la démarche, donc, bon, c'est toujours intéressant de savoir un peu... et puis, bon, je pensais qu'elle allait m'apporter des outils, quoi, quelque chose de, quoi, quelque chose que je ne faisais pas déjà. [rires]

AC : D'accord.

M : Mais, bon, tout ce qu'elle m'a dit, je le faisais déjà, donc ça m'a pas apporté grand-chose. Et puis surtout, moi j'avais envie de savoir, ben, qu'est-ce qu'on faisait quand on avait dépisté, est-ce qu'on pouvait avoir quelque chose, quoi, une réponse en plus, quelque chose de plus... Bon, ça j'ai pas eu. C'est pour ça que c'était un peu frustrant pour moi. Et puis, bah par rapport à la campagne de ... c'est l'APS ?

AC : Oui, c'est ça.

M : Ben, ça m'intéressait de voir ce que ça pouvait donner. Et puis... Mais c'est vrai que c'est quelque chose que je fais systématiquement, en fait, que je faisais déjà avant, donc...

AC : D'accord. Déjà avant, vous suiviez les enfants... vos petits vous les suivez en faisant l'IMC chez tout le monde, et la courbe de corpulence.

M : Oui, oui, les courbes, je suis toutes les courbes.

AC : D'accord.

M : Donc c'est quelque chose qui, je pense c'est très important, et c'est vrai que je le faisais déjà systématiquement avant. Mais bon, je pensais, quoi j'ai trouvé que c'était... Je pense que leurs campagnes sont bien, j'en avais fait une autre avant. C'était l'alcool que j'ai fait avant. [...] Donc, non, non-non, ça m'intéressait de voir, et puis je pense que c'est bien de faire de la prévention, donc, euh... Et puis bon, quoi, leurs petites fiches n'étaient pas mal faites donc, je trouvais que c'était ...

AC : D'accord. De la campagne de l'APS, vous attendiez quoi ? [silence] La même chose que...

M : ... Je sais pas, en fait [rires]. Non, je pense que c'était euh...ouais, je ne sais pas ce que j'attendais de l'APS... bah voir... non je sais pas, parce que je faisais déjà avant, donc...

AC : ... Vous étiez plus dans une démarche de rendre service ?

M : ouais, pt'être... [rires] En fait ! Non, quoi, je pense que c'est important de faire ces, quoi, je trouve que c'est bien ce qu'ils font... Puis bon, c'est vrai que ç'a permis de ... bah comme j'en parlais systéma, bon c'est vrai j'en parle aussi systématiquement, mais là, j'en parlais même dans le cadre où c'est parce que là, on fait beaucoup ça en ce moment, avec tous les renouvellements, ou plutôt les certificats de sport. Donc, on en parle beaucoup en ce moment, mais la période était vraiment, c'était plutôt, j'avais dit que c'était même un peu compliqué, parce qu'avec toutes les épidémies... Mais c'est

vrai que ça permettait de refaire le point, et de toucher des enfants qui n'étaient pas forcément touchés aussi, qui ne faisaient pas de sport, donc... C'était, quoi, j'ai trouvé que c'était bien. Puis bon, le fait d'avoir la fiche, bah les gens en parlaient eux aussi. Ça les fait réfléchir aussi, je pense que le fait d'avoir le support aussi papier avait peut-être un petit peu plus d'impact que quand je dis... « faut faire attention... »

AC : ouais, ouais... Et, euh, au moment du PNNS 1, le ministère de la santé a envoyé à tous les médecins installés, vous savez il y avait le disque pour calculer l'IMC, et puis des courbes de corpulence plastifiées. Vous avez utilisé ce matériel, ou pas du tout ?

M : Non. Moi, j'utilise ça [*rires*] [*calculatrice IMC*].

AC : C'est magnifique !

M : Ouais, là, les piles commencent à fatiguer, et en fait, pareil, j'utilise ces courbes-là, en fait dans les carnets où il n'y en a pas.

AC : Vous avez des carnets de courbes...

M : Elles sont super bien, elles sont grandes, donc, même, il y a une série de carnets de santé qu'était pas bien, où les courbes sont infaisables, donc j'utilise celles-là, et puis maintenant, les nouveaux carnets, ça y est, ils sont bien. Les nouveaux-nouveaux sont bien.

AC : Y a la colonne IMC, aussi

M : Oui, donc c'est bien. Mais autrement, c'est vrai que sur les carnets bah des... 12, 13-14 ans, où il n'y avait pas encore les courbes d'IMC, je mets celles-là.

AC : D'accord. Donc, en fait, vous n'avez pas tellement changé votre pratique.

M : Non

AC : Ça vous a confirmé que c'était important, voilà, quoi.

M : Oui.

AC : Qu'est ce que vous utilisez comme logiciel ?

M : Axisanté.

AC : Et vous utilisez le....

M : Non, pas du tout.

AC : Vous calculez à chaque fois à la main

M : Oui, mais elle calcule direct, hein ! Je fais poids taille et c'est bon.

AC : Comme il le fait aussi, Axisanté...

M : Ah bon ?!

AC : Je vous montre...

M : Merci ! [...]

AC : Et, vous avez une idée de depuis quand vous calculez systématiquement les IMC ?

M : J'ai fait une formation sur l'enfant de 0-2 ans, c'était une pédiatre d'Angers, qui était venue. Je pense que c'est depuis ce temps-là que je le fais.

AC : D'accord ! Et donc, ça, vous avez une idée de quand est-ce que ça remonte ?

M : J'étais remplaçante, encore, donc ça date.

AC : 4-5 ans, quoi...

M : Ouais. Facile, ouais. [...]. Je me demande si j'ai pas fait aussi une formation avec Sabine BARON, l'endoc...pédiatre, là, de... Mais ça c'était une soirée, je pense, j'ai dû faire un truc comme ça aussi. Donc voilà

AC : D'accord, donc, ça fait déjà quelques années quand même, que vous...

M : Ouais. Je faisais déjà les IMC en tant que remplaçante, donc, ça fait...7 ans...

AC : Au moment du PNNS 1.

M : Mais je pense que j'ai été vraiment sensibilisée, ouais, c'était lors de cette formation 0-2 ans. Avant que je sois installée, je faisais déjà parce que j'avais déjà récupéré des courbes... Voilà.

Entretien Médecin N°5

- AC : Donc en fait, je m'intéresse à l'intérêt qu'ont pu trouver les médecins généralistes à participer à des actions de formation, et vous, vous avez accepté de participer à la campagne de Patrick Le Vaillant, enfin, de l'APS, qui a eu lieu donc il y a un an et demi, c'était en mars 2007.
- M : Je sais pas, parce que je les fais toutes, du moins, comme on doit être que 50, il y en a une que j'ai pas faite, c'était sur la prévention des infections. [...]
- AC : D'accord. Donc, avant de faire cette campagne, est-ce que vous connaissiez déjà l'importance du dépistage précoce de l'obésité de l'enfant ?
- M : Je pense que j'étais allée à des réunions, au moins 2, une avec Mme Le Ninivin et une autre avec je ne sais plus qui... C'était avant... D'ailleurs, il ne devait pas y avoir un réseau, sur Nantes, là, sur la prise... ?
- AC : Oui, il en a été question...
- M : Oui, donc c'était à ce moment là.
- AC : puis le projet a été abandonné.
- M : Oui donc ça doit être... je me demande si c'était pas... une réunion générale, qu'a eu lieu à l'Océania, je me vois bien aller sur un truc comme ça, sur le réseau, du moins, sur le machin, là...
- AC : Donc c'était il y a 3-4 ans.
- M : Ouais, un truc comme ça.
- AC : Donc déjà, vous aviez entendu parler de ça. Alors comment vous suiviez vos petits patients à ce moment là en termes de croissance ?
- M : Je pense que, comme ils nous avaient parlé de l'IMC, donc je pense que je commençais déjà à le faire.
- AC : D'accord
- M : La ... la campagne c'était l'année dernière... Moi j'ai des enfants qui ont des IMC dans leur, calculés parce qu'il y a l'ordinateur, où j'en ai d'avant 2007, donc c'est bien que je le faisais avant.
- AC : D'accord
- M : Peut être moins systématiquement.
- AC : D'accord. Qu'est-ce qui vous a poussé du coup, à participer à cette campagne ?
- M : C'était pour savoir où j'en étais, et où en était la population de la clientèle.
- AC : D'accord.
- M : Pour savoir si on était dans les stat, et puis de remettre les points...
- AC : D'accord. Qu'est-ce que vous en attendiez ?
- M : ... Des confirmations de mes impressions...euh... Alors, ça dépend des jours, y a des jours où je me dis qu'ici ils ne sont pas trop gros, et puis il y a des jours où je me dis « ils sont tous gros. »
- AC : Et globalement ?
- M : Euh... Ça dépend vraiment des jours. [rires] Hier j'ai vu un enfant qui a un IMC qu'est à 11,7
- AC : A quel âge ?
- M : 11,7, il doit être à quelque chose vers 8 ans...
- AC : Il est en dessous des courbes !
- M : Ah, il est largement très maigre. Et l'autre qui est à 23, là. Bon, c'est vrai qu'il faut relativiser par rapport à l'âge, et puis donc, euh... c'est des fois haut.
- AC : Et quand vous trouvez un IMC comme ça, particulièrement déroutant, qu'est-ce que vous faites ?

M : Et bah, j'essaie d'avertir les parents. Alors, il y en a qui acceptent et d'autres qui acceptent moins, des fois on va chez le nutritionniste, ou on commence à mettre en marche la diététique, à donner des conseils, mais c'est pas forcément facile.

AC : mmm, mmm. Qu'est-ce que ça vous a apporté de participer à cette campagne ?

M : ... Je sais pas. Je sais pas... C'est plus facile. Je le fais plus systématiquement, c'est même pas...

AC : Vous le faites plus systématiquement...

M : Ben, on prend bien la tension. Moi, je suis une Marie-balance, donc, ça me changeait pas grand-chose, mais...

AC : Peut-être en termes de mesure ? de taille, je veux dire.

M : Oui, bah, je mettais aussi, les enfants, je les mesure systématiquement aussi, donc... Mais je faisais pas forcément le rapport.

AC : D'accord. Vous pensez avoir changé vos pratiques, du coup, un petit peu, ou ... ?

M : Bah, le calculer, parce que poids taille, c'est bien simple parce que les enfants, même s'ils viennent deux fois dans la semaine, ils veulent monter encore sur la balance, et aller se mesurer, alors... Donc, c'est qu'ils doivent entrer dans le schéma... [rires].

AC : Vous les avez bien fait rentrer dans le...

M : Dans le moule de poids/taille. C'est un peu systématique, donc, heu... Mais bon, c'est... Mais bon du coup, l'IMC, avant, je le calculais peut-être pas forcément aussi facilement, j'en sais rien.

AC : Et maintenant, vous le calculez systématiquement ?

M : Pfff, pas tout le temps, tout le temps, tout le temps... Ça dépend pourquoi ils viennent. S'ils viennent pour un vaccin, je vais le faire systématiquement, s'ils viennent pour un rhume, euh, je vais quand même vérifier

AC : Vous en avez au moins 1 à 2 par an ?

M : Au moins 1, 2, je ne sais pas. Je sais pas, il faudrait que je prenne un dossier au hasard... Je suis incapable de le dire.

AC : Si vous avez un nom en tête...

M : Tiens, je l'ai vu hier, donc... Par contre, celui là, je sais que je l'ai, au moins j'en ai 4, 5 [...]

AC : C'est un enfant à problème, ou... ?

M : Il a 14 ans, non, il est un peu en surpoids, il a 14 ans, il a un IMC à 21,7. Bon, c'est surtout qu'il a monté.

AC : D'accord ok

M : Il a monté, parce qu'il n'est pas ... lui donc du coup, parce que je suis avec son suivi... Donc, là, j'en ai un par an.

AC : Ouais d'accord...

M : L'année dernière, j'ai dû le voir plus souvent, donc j'en avais 3.

AC : D'accord. Et peut-être que vous faisiez un peu un

M : Oui, parce que là il est passé de 18,7 à 19,6 et 21,7, donc il monte un petit peu son IMC quand même.

AC : D'accord

M : Donc j'ai commencé à l'alerter un petit peu.

AC : Et les courbes ? Vous les faites systématiquement ?

M : Sur les points des enfants ? J'ai tendance, oui, parce que du coup je vois les enfants, je leur pointe le problème.

AC : Parce que, un IMC, tout seul...

M : Bah, non, c'est rien du tout.

AC : Ça veut rien dire, quoi.

M : Mais, je montre, hein, aux enfants, et moi, j'ai, quand je n'ai pas le carnet de santé, ou les vieux carnets de santé, vous voyez elle est là [*courbe plastifiée*]. Il peut y avoir des petits points ou des machins, des petits trucs : t'es là, t'es là. [...]

AC : D'accord... Et ça vous est arrivé, vous les faites plutôt avec le logiciel, ou vous les faites sur le carnet ?

M : Les IMC ?

AC : Les courbes.

M : Ah, j'ai pas de courbe, y a que des points.

AC : Vous utilisez quoi comme logiciel ?

M : Axilog. J'ai pas de courbe sur le... Il y a peut-être possibilité de faire des courbes, mais je ne sais pas où c'est. Moi, je ne suis pas une pro de l'informatique.

AC : Donc vous... l'IMC se calcule automatiquement dans le logiciel, et ensuite vous tracez la courbe dans le carnet de santé ou...sur une courbe papier.

M : Je n'ai pas de courbe papier, je le mets sur le carnet de santé, et s'ils n'ont pas de carnet avec machin, je leur montre où ils sont, pour leur sensibiliser un petit peu le truc.

AC : D'accord. Est-ce que ça vous est arrivé d'avoir des rebonds d'adiposité précoces ?

M : J'en ai 1, là, actuellement, qui me tracasse beaucoup.

AC : Il a quel âge ?

M : Il a 2 ans, il est ... il va avoir 2 ans, là. [*Cherche dans le dossier*] Surtout qu'avant il était bien, ce petit bout d'chou... Au mois de mars, il était à 11,4 kg, donc il a ...1 an. Je l'ai vu au mois de septembre : 15,2 kg !

AC : Oh, wouah ! En 6 mois, même pas...

M : 6 mois ! Oui. Et je l'ai revu pour une angine le 2 octobre, et là 15,6 kg. Donc, là, je commence à m'inquiéter beaucoup, là. Parce que là, il a un IMC qu'est à 21,5 pour 18 mois. Donc là, je pense que c'est un rebond d'adiposité... c'est même pas un rebond d'adiposité, c'est...

AC : C'est qu'il n'a pas chuté son IMC des 1 an. Sauf que maintenant, on a un vrai problème.

M : Ah oui, il y a un problème ! Il est presque aussi gros que son frère.

AC : Et vous avez....

M : Bah, j'ai dit à la maman qu'il fallait que je le revois dans 3 mois pour vérifier, parce que de toutes façons, là, moi, sinon, je passe la main. Moi, je...

AC : Il est petit, hein... Mais y a... Vous avez fait un petit tour d'alimentation, enfin, la maman fait des erreurs ?

M : Je ne pense pas, parce que son frère qui a 4 ans, il est à 16 kg, 1,03 m, il a un IMC qui est à 15,8, donc normal. Euh... je crois qu'il... Là, je ne sais pas pourquoi il a... repris, il a pris du poids comme ça... Euh, j'ai dit à la maman de lui donner déjà moins, de pas lui donner autant qu'à son frère. Je crois qu'elle lui donnait la même quantité, mais bon, il semblait avoir faim, mais quand même. Puis, il n'était pas venu spécialement pour ça, hein. Il était venu parce qu'il avait des boutons. Et la fois d'après parce qu'il avait de la fièvre, mais moi j'ai fait...

AC : Oui, oui, bah, ça doit commencer, ça doit choquer un peu, je pense...

M : Ah, bah, là, ah bah oui, là, ça me choque, parce que vous voyez, celui là, je le sais [*le nom*]. Je le sais ! Celui là, c'est mon record !

AC : D'accord. Et sinon, de façon plus classique, peut-être, des rebonds d'adiposité vers 4 ans, 4 ans ½, 5 ans ?

M : Je ne vois pas tellement ça, non. Je ne vois pas trop ça.

AC : Non ?

M : Non.

AC : Vous y faites attention, quand même, ou...

M : Ah, bah, je regarde, puisque c'est encore, c'est la courbe, mais...

AC : Oui, voilà.

M : J'ai pas l'impression que ça soit, qu'il y ait des trucs comme ça.

AC : Et en dehors de ce petit bout là, vous avez des enfants obèses ?

M : Des... des ... obèses, des surpoids, quelques uns, oui.

AC : Ouais. Plutôt dans quelle tranche d'âge ?

M : Alors. Euh... Il y en a une qui doit être adolescente parce qu'elle a fait un séjour à la maison... je ne sais pas où à Rennes, là, ou... pendant les vacances d'été. Y en a un, ça doit être vers les 9-10 ans, je dirais...

AC : Oui, d'accord.

M : Damien, il a quel âge ? Ou 8ans ½, voyez. ...Parce qu'il fait 47 kg, 1,43 m. Ambre, elle doit avoir dans les 11 ans. Ambre. Elle a 1,49 m, 60 kg donc IMC 27. 11 ans. Hier qui c'est que j'ai vu ? Ben lui, il a vu la nutritionniste avant-hier, donc... Il a 8 ans, un truc comme ça.

AC : D'accord. Et vous avez tendance à rapidement déléguer, ou si...

M : Ah, bah, oui, parce que là quand même, je pense qu'il faut pas leur donner... Moi, si je ne sais pas faire, c'est une perte de chance. Donc, faut que je délègue.

AC : Mmm, mmm. D'accord

M : Ben, je trouve que c'est...

AC : Mmm, mmm. D'accord.

M : Je sais pas, moi, je... si on... si on n'avance pas le schmilblick, pour les gamins, c'est...

AC : C'est sûr...

M : Maintenant, il faut que les parents acceptent.

AC : Ben, faut que les parents prennent conscience du problème, oui. Ce qui n'est pas forcément toujours gagné d'avance...

M : Non.
[...]

AC : Pour vous situer un petit peu plus, donc, vous travaillez en association. Vous êtes combien de médecins ?

M : Euh, 3.

AC : Vous êtes installée depuis combien de temps ?

M : Ici ? Ça va faire 5 ans passés.

AC : D'accord. Et avant, vous travailliez ailleurs ?

M : Nantes.

AC : D'accord. Toujours en association ?

M : On était 2.

AC : Ici, on est en semi-rural ?

M : Semi-rural, oui
[...]

AC : Est-ce que, pour connaître un petit peu votre activité par ailleurs, est-ce que vous êtes impliquée dans la FMC, ou est-ce que vous êtes maitre de stage, ou...

M : Non, pas du tout, ça, c'est mon collègue. Qu'est maitre de stage.

AC : D'accord. Bon bah, voilà.

Entretien Médecin 6

AC : Alors, est-ce qu'avant de participer à cette campagne avec Patrick, vous connaissiez déjà l'intérêt du dépistage précoce de l'obésité de l'enfant ?

M : Je ne sais pas si je connais, euh... Je n'en suis pas persuadée, alors comme ça... Je ne suis pas persuadée, dans mon exercice, ici, dans ce quartier là, avec les gens qui vivent ici, je ne suis pas persuadée qu'il faille faire un dépistage systématique.

AC : D'accord. Mais néanmoins, vous... avez entendu parler de l'intérêt qu'on peut avoir...

M : Oui, oui-oui

AC : ... à suivre...

M : Oui, comme ça, de façon théorique, oui.

AC : Comment vous suivez les petits que vous avez ici ? En termes de croissance.

M : Effectivement, je suis leur croissance, et je les pèse et je les mesure, et je fais les courbes. Je fais les courbes, et quand je vois qu'il y a un problème, je le signale. Ce que je voulais dire, c'est, c'est peut-être plus une réaction un peu sensitive à tout ce qui concerne les dépistages avec les grilles et les trucs comme ça. Et d'autre part que, c'est tellement complexe, une consultation en médecine générale, que, ça c'est un des problèmes abordés, qu'il y en a souvent beaucoup d'autres, donc, euh..., et comme... Et le 3^e élément, c'est : Et qu'est-ce qu'on fait après, quand on a dépisté ça, quelle action on peut avoir, et y a un peu une espèce de sentiment d'impuissance. C'est là où le quartier dans lequel on travaille intervient, c'est à dire, on a beaucoup de gens en difficulté économique importante, et que c'est dans cette population-là qu'on trouve le plus d'obésité enfant ou adulte. Et que en parler c'est bien, proposer des solutions c'est autre chose. Et souvent aussi, encore, 4^e élément, l'obésité... débutante chez un enfant,... souvent ça cache aussi, non seulement une mauvaise information sur l'alimentation, probablement, mais aussi, tellement de facteurs psychologiques ou systémiques familiaux, que ... ben là... une consultation, enfin, je trouve que c'est difficile, d'aborder ça comme ça, une seule fois... Enfin, pas une seule fois, parce qu'on les revoit, mais, euh... Y a tellement d'éléments autour que ça paraît difficile à bouger, en particulier d'éléments environnementaux et de mode de vie de la famille. Voilà

AC : D'accord.

M : C'est plus facile de dépister précocement une hypertension et de donner un traitement après [*rires*]

AC : [*rires*] D'accord.

M : Parce que là, y a pas de traitement, c'est pas un médicament qui règle la situation.

AC : C'est vrai que c'est... c'est...

M : Que souvent c'est, alors, souvent, moi... enfin là, on parle pas du dépistage précoce, là, c'est plutôt des obésités déjà constituées. Souvent c'est un enfant dans une fratrie. Hein, la situation qui me vient en tête, c'est plutôt ça, un enfant dans une fratrie, et c'est un seul enfant qui a ce problème d'obésité quelques fois. Et là, quelle place particulière il a dans la famille ? Surtout chez les garçons.

AC : Ah oui ?

M : Oui. Des jeunes garçons...

AC : C'est plus...

M : Je ne sais pas, je parle de ça parce que j'ai l'impression que je vois ça relativement souvent.

AC : D'accord. Et alors, bon j'imagine que vous saviez déjà que c'était un problème un peu sensible dans la population que vous avez là, qu'est-ce qui vous a poussé à accepter quand même de participer à la campagne de l'APS ?

- M : Oh, parce que je... je... je me suis dit que quand même je pouvais faire... [*rires*] même si le sentiment d'impuissance... il est... Je vais pas m'arrêter à ça. Donc...Ça m'a intéressé quand même de voir, effectivement, bon, ça remonte un peu loin, de voir effectivement si... si je pouvais pas prendre le problème avant, effectivement, l'obésité constituée, là, avec des habitudes alimentaires, des habitudes de relations familiales qui sont difficiles à bouger. Et que, à ce moment là, effectivement ça m'est arrivé... Je me souviens maintenant de cette campagne, je ne sais pas si je suis toujours aussi attentive, parce que j'ai affiché l'affiche là, donc je m'en suis servie quand même, vis-à-vis d'enfants de 6-7 ans, 8 ans, pour essayer de leur faire prendre conscience de ce problème là, devant leurs parents, donc... Effectivement, ça m'a aidée quand même à ...intervenir plus tôt. Plus tôt que l'obésité constituée.
- AC : D'accord. Donc non plus forcément à diagnostiquer, mais peut-être plutôt à essayer de dépister ?
- M : Dépister, euhhhh
- AC : C'est-à-dire quand ils sont encore tous mignons mais qu'on voit qu'ils commencent à déraiper un peu, quoi.
- M : Oui, oui-oui.
- AC : D'accord. Donc, vous vous disiez que peut-être ça valait le coup. Vous en attendiez quoi, de la campagne, en fait ?
- M : ...Je crois... une meilleure information personnelle, d'avoir une... d'être plus attentive à ça. Et puis, je sais que c'est un problème qui s'aggrave, donc... que c'est pas fini, qu'on va avoir de plus en plus, enfin...donc, ben, qu'il faut bien prendre ça en charge même si c'est complexe. Je dis c'est complexe, et ça fait intervenir beaucoup d'autres personnes que le médecin. Tout seul, on est complètement impuissant.
- AC : Bien sûr...
- M : Quand on voit les vitrines des supermarchés, par ex. [*rires*] ou les publicités à la tv, on se dit « bon, on se bat pourquoi, là ? »
- AC : C'est d'une hypocrisie rare.
- M : Oui, oui, tout à fait. C'est ça, on se bat, c'est... On retrouve ça un peu dans l'alcoolisme.
- AC : Oui, voilà. De toutes façons, contre l'industrie agro-alimentaire, on ne peut pas grand-chose, malheureusement.
- M : Tout à fait.
- AC : Mais, alors... Est-ce que vous diriez, enfin, est-ce que vous avez le sentiment que d'avoir participé à cette campagne pendant 15 jours, ça vous a apporté quelque chose en termes de pratique quotidienne ?
- M : [*silence*] mmmm... C'est difficile, peut être de répondre...de répondre à ça, parce que c'était très ponctuel, quand même. Je compare à la campagne sur le test TSTS Cafard.
- AC : Oui !
- M : Mais, ça, ce test TSTS Cafard, c'est complètement intégré, mais parce que par ailleurs je suis très impliquée dans la formation médicale continue, et je m'intéresse particulièrement à ce sujet-là, donc... J'ai lu par exemple tout ce qu'a écrit le groupe ADOC [*ADOLEscent et Conduites à risques*] de Philippe Binder, je fais... moi-même j'interviens dans des séminaires de formation sur l'adolescent, donc tout ça, ça s'intègre au fait que ça m'a beaucoup intéressée de le faire de façon plus systématique à un moment donné. Ça m'a permis de...d'une part de vraiment intégrer ça et de le faire quasiment automatiquement maintenant, et d'autre part d'en parler aussi à mes associés parce que j'en ai 2 qui participent à ces campagnes de l'APS, et puis à d'autres. Donc on a pu partager ça. Parce que là, y a eu un travail de fond aussi, et... une bonne intégration. Alors que l'obésité, j'ai fait aucune formation obésité de l'enfant, j'ai participé à aucune formation sur le sujet.

AC : Uniquement la campagne.

M : La campagne puis quelques articles lus dans la presse. C'est tout. Donc c'est pas... Ça n'a pas eu un impact...

AC : Voilà, il n'y a pas eu modification profonde de votre approche ?

M : Si, alors je crois que je suis quand même plus attentive, là au problème de poids des enfants, et quand je vois un enfant qui est un peu en surpoids, là, j'interviens. Je dis pas que... j'en sais rien, je doute de mon efficacité quelques fois, mais...je signale le problème. Je laisse pas ...

AC : Oui, vous ne fermez pas les yeux.

M : Non ! Je ne dis pas « bon, ça va... »

AC : Est-ce que vous calculez l'IMC des enfants ?

M : Oui-oui, toujours. De toutes façons, c'est fait automatiquement... mais je regarde, je regarde.

AC : Est-ce que vous regardez les courbes ? A quoi ça correspond dans les courbes ?

M : Alors, ça je l'ai fait pendant la campagne, effectivement, mais je ne le fais pas systématiquement. Je le fais quelques fois, mais pas suffisamment, sûrement. Pas systématiquement.

AC : Parce qu'en fait, je ne sais pas si vous y arrivez, mais moi, un IMC pour un enfant, tout seul, ça ne me dit strictement rien. C'est-à-dire que je ne sais pas à quel âge on est...Autant pour les adultes, bah voilà, vous êtes à 19, oups, vous êtes à 26, oups, mais...

M : Effectivement

AC : Mais pour l'enfant, c'est vrai que sans la courbe, on est un peu...Ça veut rien dire, donc...

M : Pff, disons, c'est quand je Alors c'est juste que je le fais pas systématiquement, vu l'apparence de l'enfant, quelques fois je ne le fais pas parce que manifestement il n'est pas en surpoids. Peut-être que je me trompe...

AC : Alors, je me permets de vous interrompre. Parce que c'est à ce moment-là qu'on intervient, dans le dépistage. C'est-à-dire que si il est, manifestement, un petit peu rondet pour son âge, ou même si simplement il a l'air en forme à 7 ans, il y a déjà un problème. C'est déjà un diagnostic. Pas forcément tardif, c'est peut être un diagnostic précoce, mais c'est plus un dépistage.

M : Oui, d'accord.

AC : Le dépistage, il intervient plutôt avec la notion de rebond d'adiposité, quand c'est un petit gosse tout mignon, qu'est toujours un petit gosse tout mignon, simplement, sa courbe elle a dérapé, et il vient de franchir 2 couloirs en 1 an.

M : Oui, alors ça, c'est vrai, je ne suis pas du tout attentive à ça.

AC : Bon, voilà, simplement... Je rebondis un peu sur le sentiment d'impuissance que vous avez. C'est vrai que quand ils sont un petit peu ronds, à 7-8 ans, c'est déjà trop tard. En fait, quand on les chope vers 3 ans ½ -4 ans, quand on voit qu'ils sont en train de franchir les couloirs, bien sûr c'est mieux si les parents sont coopérants et à même de comprendre, et qu'ils ont aussi la possibilité de se donner les moyens de changer les choses, mais souvent à cet âge là, l'enfant n'a pas encore acquis complètement ses habitudes alimentaires, et si les parents y mettent du leur, on arrive à changer quelques trucs. Et souvent, on les récupère, en fait, ceux-là. C'est-à-dire que, en général, 6 mois-1 an après, ils sont revenus dans leur courbe. Donc c'est vrai qu'à ce moment-là, on a à peu près l'impression d'être efficace.

M : Oui, oui, non, mais...

AC : Alors que c'est vrai qu'à 7 ou 8 ans, sans parler de 10, 11, 13 ans, c'est... c'est mort.

M : Mmm,mmm

AC : Il reste l'hôpital, les endocs, et encore...Donc, en fait, oui, vous n'avez pas pris l'habitude, à l'issue de la campagne...alors que par ex, vous l'avez prise pour TSTS Cafard.

M : Oui

AC : Vous avez fait quelles autres campagnes, comme ça ?

M : Celle sur les infections. Peut-être qu'après j'ai plus dit après aux gens de se laver les mains. La prévention du mal de dos. Ah oui, la difficulté était, va-t-on parler de la prévention d'un éventuel mal de dos pour quelqu'un qui n'a pas de mal de dos ? Il fallait parler de ça dans la prévention. C'était pas évident. On s'est dit ça à plusieurs...Ça se rajoutait à une consultation pour un autre motif, c'était pas... Il faut cibler la prévention quand même aux préoccupations des gens. [...]

J'ai souvent pas été très disponible, en fait. Je ne suis ici que 3 ½ jours par semaine.

AC : Alors oui, justement, juste pour un peu mieux vous situer : Vous travaillez ici 3 ½ jours par semaine. Vous êtes installée ici depuis quand ?

M : 28. 28 ans.

AC : Et vous avez toujours travaillé en association ?

M : Oui

AC : On est donc dans une zone un petit peu économiquement difficile.

M : Oui, pour une bonne partie des gens, oui

AC : Qu'est-ce que vous faites le reste du temps ?

M : De la formation continue. Je suis « cadre de formation continue » si on peut appeler ça comme ça. A la fac, je suis tuteur et maitre de stage.

Entretien Médecin N°7

AC : Vous avez participé à ce séminaire. Est-ce que avant, vous connaissiez le dépistage précoce de l'obésité de l'enfant ?

M : Pas aussi bien, on va dire.

AC : Oui, comment est-ce que vous suiviez vos petits patients ?

M : Avec les courbes du carnet de santé. Je ne faisais pas forcément la courbe de l'IMC, comme maintenant, je la fais systématiquement.

AC : Donc avant, vous faisiez poids taille.

M : Oui. Et puis voilà.

AC : Qu'est-ce qui vous a poussé à vous inscrire à ce séminaire-là ?

M : Pour se former. Voilà, on a besoin de se former de temps en temps, donc on fait des stages. Je trouvais le sujet intéressant, on est confronté à pas mal d'enfants... avec des enfants justement un peu trop forts, on va dire... Donc je voulais des informations précises. Et puis le sujet était bien.

AC : D'accord. Vous aviez des attentes précises ? Qu'est-ce que vous espériez de ...

M : ... bah avoir de nouvelles informations, des outils, des fiches de diététique... Voilà.

AC : Et alors qu'est-ce que ça vous a apporté ?

M : Pleins de choses, puisque j'ai changé un peu ma pratique, et...

AC : Oui, vous l'avez changé dans quel...

M : Bah déjà dans l'abord avec les enfants, je trouve que j'en parle plus facilement avec eux. On pointe, voilà on fait la courbe, j'en parle avec eux, on essaie de se fixer des objectifs... Qu'est ce qu'on avait fait ? On avait parlé, je crois, des ... on avait parlé... faire des semainiers je crois aussi à l'époque, on avait fait ça. J'en ai fait plusieurs, des séminaires, je ne sais plus si c'est dans celui-là ou pas. On avait fait un semainier pour essayer ... Je revois les enfants après, ils me rapportent ce qu'ils ont fait sur la semaine au niveau alimentaire, on corrige. Voilà, on insiste bien là-dessus. Je trouve que c'est plus facile d'en parler maintenant que j'ai fait le stage.

AC : D'accord. Vous calculez l'IMC de tous les enfants ?

M : Oui

AC : Vous faites les courbes de tous les enfants ?

M : Oui

AC : Sur l'ordinateur ou dans le carnet de santé ?

M : Dans le carnet de santé.

AC : D'accord. Et ...

M : Au début, j'utilisais un petit logiciel là, qui n'était pas mal. Mais pfut... en fait je le fais sur le carnet de santé, c'est aussi bien, je montre à la maman où il en est, on fait la courbe, quand c'est en haut ça l'alerte, c'est plus intéressant. Voilà. Sauf que pour les adolescents, ils n'ont pas la courbe, donc je leur fais sur un, je leur montre j'en ai un...
[ex de courbe]

AC : D'accord

M : Je leur pointe sur un papier. Et puis voilà.

AC : D'accord. Est-ce que vous vous intéressez au rebond d'adiposité précoce ?

M : Oui. A 6 ans, là Oui, bien sûr.

AC : Vous en avez dépisté ?

M : Bien sûr, oui, Quand c'est comme ça, ça permet de les alerter plus facilement

AC : Vous en avez dépisté beaucoup, en 2 ans ½ ?

M : Beaucoup, je ne sais pas mais oui, enfin plusieurs oui.

AC : Oui plusieurs, et vous avez des enfants obèses ?

M : Oui, oui-oui, j'en ai vu un la semaine dernière

AC : D'accord. Il a quel âge ?

M : Grade 2, donc, pas mal...

M : Quel âge il a ? ... 13-14 ans peut-être...

AC : Oui, c'est ça, c'est des préados quoi ...

M : Oui

AC : D'accord

AC : Pour parler un petit peu de vous, vous êtes installé depuis combien de temps ?

M : 97

AC : D'accord. Vous êtes associé, vous êtes...s.....

M : On est 6 médecins généralistes

AC : Six. D'accord. Et vous voyez beaucoup d'enfants ?

M : Oh ben on fait de tout ici, donc pas mal d'enfants, oui bien sûr. De tous les âges...
[rires]

AC : Donc ça vous permet de les dépister précocement. Et d'éviter d'avoir des obèses.

M : Bah quelques fois, on a des gens qui voyagent, qui arrivent ici, donc on les découvre obèses, mais on les prend... si possible dès la naissance, quoi, on voit bien leur courbe régulièrement. C'est plus intéressant d'ailleurs parce qu'on...on n'arrive pas à ...

Ac : C'est à peu près le seul moment où on peut être efficace.

M : Oui. Quand on arrive un peu tard, c'est déjà plus difficile. Il y a toute une prise en charge qui n'a pas été faite avant...

AC : Oui. D'accord... Donc vous avez l'impression que ça vous a poussé à ...

M : Très intéressant. Et puis on a refait des choses en fait, après, sur ce sujet-là.

AC : Oui ?

M : On a fait des sujets, on est intervenu dans des écoles, pour parler avec les adolescents du poids...

AC : Ça, c'est propre à St Nazaire ?

M : Oui. Parce qu'on est en ...

AC : C'est une initiative de quelle origine ?

M : Et bah on a fait ça en partenariat avec 2 collèges du coin, voilà, et puis la caisse d'assurance maladie, qui nous a fait intervenir en tant que médecins présents dans une zone franche urbaine.

AC : D'accord.

M : Voilà, donc c'était un programme qui était organisé pour sensibiliser les jeunes, et donc il y avait différents intervenants, dont des médecins. Donc nous on faisait un petit topo dans les classes, on faisait ça dans les classes de 5è. Voilà, c'était très intéressant.

AC : J'ai presque envie de dire que c'est déjà trop tard...

M : Oui, mais c'est intéressant, parce que les enfants, ils...ils ont appris ça en SVT, donc...

AC : Ouais

M : Donc on leur rappelle des choses, sur la nutrition... On est intervenu sur la nutrition. On leur a rappelé...

AC : D'accord. Pas du tout le sport, ou...

M : Bah, si, si quand même, si, sur la nutrition, mais bon, on leur dit toujours de bouger, on leur a rappelé pas mal de choses...

AC : D'accord.

M : On leur a parlé d'IMC, justement. Ils en avaient entendu parler à l'école, aussi.

AC : Ah, c'est bien, ça, ça fait partie des programmes.

M : Oui, de SVT, oui. Voilà.

AC : Et, c'était le premier séminaire auquel vous participiez ?

M : St Nazaire, c'est le premier, oui, mais j'en ai fait un autre après, je ne sais plus où il était, celui-là. Donc c'était complémentaire, à chaque fois, on...

AC : Et celui-là, vous l'aviez fait dans quel but ? De renforcer un petit peu...

M : Oui, toujours oui, pour se remettre au clair les idées, puis plus on en parle, plus c'est...

AC : Oui, plus ça finit par rentrer !

M : Voilà. C'est un peu ça [*rites*]

AC : Ok, très bien. Ben merci beaucoup.

M : De rien !

Entretien Médecin N°8

AC : Est-ce qu'avant de participer à ce séminaire vous aviez entendu parler du dépistage précoce de l'obésité de l'enfant ?

M : Oui, enfin, le suivi des courbes, oui, pas plus que ça.

AC : D'accord. Comment vous suiviez vos enfants, justement, à ce moment là ?

M : Ben, en prenant le poids, la taille et l'indice de masse corporelle.

AC : Vous faisiez déjà l'indice de masse corporelle avant même de participer au séminaire ?

M : Oui

AC : D'accord. Vous aviez eu connaissance de l'importance de cet indice comment, en fait ?

M : Intuitivement. Parce que l'obésité est un... est un... est un fléau et qu'intuitivement, j'y portais attention.

AC : D'accord. Et qu'est-ce qui vous a poussé à vous inscrire au séminaire de l'UNAFORMEC ?

M : Euhhh... Parce qu'on a énormément de lacunes à ce niveau là... Euh, on n'a pas aucune... A notre époque, il n'y avait aucune formation..., il n'y avait aucune formation universitaire à ce niveau là.

AC : D'accord. C'était la première formation de la sorte à laquelle vous participiez ?

M : Sur l'obésité oui.

AC : D'accord. Qu'est-ce que vous en attendiez ?

M : Euhhh... Des choses pratiques, pour avoir... euh, des, des recettes, pour les patients. C'est tout ce que j'en attendais.

AC : Et qu'est-ce que ça vous a apporté ?

M : Ça m'a apporté quelques recettes pratiques, oui, pas assez...mais euh...

AC : Pas assez, d'accord. Est-ce que ça a impliqué une modification de vos pratiques, en termes de clinique, ou pas du tout ?

M : Euhh... Je fais quand même plus attention au rebond précoce, au niveau de l'IMC, et j'ai fait un semainier pour qu'ils marquent ce qu'ils mangent... et j'ai changé d'autres... j'ai moins axé sur le sport que sur l'activité journalière... C'est des petits trucs comme ça.

AC : D'accord. Donc, il y a eu pas mal de modifications concrètes.

M : Oui.

AC : Est-ce que vous calculez l'IMC de tous vos petits patients ?

M : C'est automatique.

AC : D'accord ? Vous avez quoi, comme logiciel ?

M : HelloDoc.

AC : D'accord. Et vous faites les courbes ?

M : Oui.

AC : Elle se fait aussi dans le logiciel, mais vous la montrez aux parents, par exemple ?

M : Oui

AC : D'accord.

M : Bah, oui, parce que je, par contre, je le mets plus dans le carnet. Parce que j'ai la flemme. La courbe est automatique, donc je l'imprime pour les parents de temps en temps, mais, on ne peut pas tout faire non plus.

AC : Non, non, bien sûr, mais du moment qu'elle est faite une fois, c'est bon, quoi. Ça vous est arrivé de dépister des enfants avec un rebond d'adiposité précoce, par exemple ?

M : Oui, 2, où on a rectifié le tir rapidement, avec des parents intelligents qui ont changé vite fait les choses, et pour lesquels ça se passe bien.

AC : Les petits sont revenus dans leur courbe ?

M : Oui.

AC : D'accord. Bah c'est génial. Vous avez des enfants obèses ?

M : Alors j'ai... j'en ai plusieurs, oui, mais où on est arrivé trop tard et où... les parents sont, n'ont pas une vision correcte des choses.

AC : Ils ont quel âge, à peu près ?

M : Euh... 11 ans, 13 ans et 15 ans... Oui, ceux-là, c'est difficile.

[...]

AC : Vous participez à d'autres séminaires, de l'UNAFORMEC ou d'autres ?

M : Oui, oui, moins l'année dernière, mais j'en ai fait beaucoup au départ, en tant que remplaçant. Moi, je suis installé depuis 3 ans, en tant que remplaçant, c'est Byzance [rires]. Après, oui, j'en ai fait plusieurs, oui, oui. Je faisais à peu près 3 par an.

AC : Et donc, oui, pour parler un peu de vous, vous êtes installé depuis 3 ans, vous avez donc remplacé avant...

M : J'ai remplacé 4 ans en campagne, 2 ans sur St Nazaire et ses environs, et je me suis installé.

AC : Et donc vous êtes en association, je crois ?

M : Oui.

AC : Depuis le début ?

M : Oui.

Entretien Médecin N°9

AC : Donc, je fais ma thèse sur l'intérêt qu'on pu trouver les médecins généralistes, dans des actions de sensibilisation et de formation. Dans la lettre que je vous ai adressée, je vous ai parlé de l'URML, et j'ai découvert par la suite que vous aviez fait aussi la campagne de l'APS, avec Patrick Le Vaillant... C'est Patrick qui dirige ma thèse.

M : D'accord ! [rires]

AC : Voilà, comme ça, les choses sont dites. En premier lieu, l'URML, mars 2006. 1 an après, mars 2007, la campagne de l'APS. Est-ce que vous vous souvenez de l'action de l'URML ?

M : Oui, tout à fait.

AC : Une study nurse qui venait là, distribuer la bonne parole.

M : Oui, ben, c'est-à-dire, on avait déjà reçu par courrier la bonne parole. Oui, oui, et donc, moi, je l'avais par là [désigne un rangement sur son bureau]. Oui, on avait déjà reçu, en fait, antérieurement, par courrier.

AC : de l'URML ?

M : Non, je pense que ça devait être le ministère de la santé.

AC : Voilà, c'est ça.

M : On l'avait reçu quelques mois en fait avant. Exactement les mêmes documents, qui nous ont été effectivement redonnés et re-personnalisés en fait par l'URML.

AC : D'accord. Alors, avant le passage de la déléguée de l'URML, est-ce que vous aviez connaissance du dépistage précoce ?

M : Oui.

AC : Comment est-ce que vous suiviez vos petits patients à ce moment-là ?

M : A ce moment-là, je ne suivais que les patients à risque. D'hyper.

AC : En termes d'IMC ?

M : Oui

AC : Donc vous faisiez le poids, la taille pour tous les enfants

M : Pour tous les enfants, et c'est vrai que je ne calculais l'IMC que pour ceux qui avaient un risque.

AC : C'est-à-dire un risque de surpoids ?

M : Parce que je ne maîtrisais pas complètement l'ordinateur, et je ne voyais pas comment il pouvait me le faire en automatique, etc, donc c'est vrai qu'à l'époque, je ne notais pas forcément l'IMC.

AC : D'accord.

M : Après l'URML, je n'ai pas noté non plus l'IMC à titre systématique. J'en ai pris conscience, et donc je l'ai fait, mais comme je le faisais... Je n'ai pas modifié mes pratiques.

AC : D'accord.

M : Puisque je le faisais pour les gens qui me semblaient en fait à risque d'obésité. Par contre, c'est vrai que j'ai modifié mes pratiques à la suite de l'APS. Et là, j'ai modifié dans le sens où j'ai pris pour tout le monde. D'abord et d'un, parce qu'en fait, il fallait pour la campagne prendre pour tout le monde, et donc, ma grande question, d'ailleurs pour l'APS, ça a été : la découverte des petits poids, et qu'est-ce qu'on fait dans ces cas-là ? Parce qu'on parlait beaucoup d'obésité, et moi je me suis retrouvée à avoir beaucoup de petits poids.

AC : C'est-à-dire des IMC vraiment bas ?

M : Ah très bas. Et en fait, on ne sait pas quoi faire non plus. Et si il faut faire quelque chose.

AC : Oui

- M : Mais c'est vrai que ça a mis en exergue ce genre de choses. Voilà, je les voyais, mais je ne les voyais pas autant que ça, et c'est vrai que j'ai dû faire l'enquête d'APS en fait à une période où on voit les enfants.
- AC : Oui, pour les épidémies...
- M : Voilà. Et là, c'est vrai que, j'ai pris conscience, effectivement... c'est parce qu'on les voyait tous, les enfants, voilà. Et j'ai pris conscience effectivement qu'il y avait plus de petits poids que je ne pensais. Parce que l'obésité, je le voyais déjà. On les voyait déjà avec l'IMC. Donc je n'ai pas changé ma pratique par rapport à ça.
- AC : Quand vous avez accepté le passage de la déléguée de l'URML, qu'est-ce que vous en attendiez, en fait ? Qu'est-ce qui vous a poussé à accepter qu'elle passe vous voir, et qu'est-ce qui, qu'est-ce que vous attendiez de son passage ?
- M : Euh... Toute bonne information est à entendre. Si effectivement ça met en exergue certaines choses, plus que d'autres, à des moments... Parce qu'effectivement, notre pratique médicale évolue, donc la mise en exergue d'éléments en fait, ben oui, pourquoi pas, si elle nous apporte en fait un document particulier ou... Enfin, d'en parler, oui. Enfin, moi d'emblée, je vais toujours dire oui. Maintenant, qu'est-ce qu'elle m'a apporté réellement, ben je vais dire pas grand-chose, parce que effectivement, quand elle est arrivée, elle m'a donné les documents, et j'ai dit « ah oui, mais ils sont encore sur mon bureau, et ils sont classés, en fait... » Et ils sont effectivement dans la pédiatrie.
- AC : Oui, donc vous aviez déjà les documents.
- M : J'avais déjà les documents etc...
- AC : ... Vous étiez en attente d'autres réponses, vis à vis d'elle, ou pas du tout ?
- M : Eventuellement, oui.
- AC : Comme par exemple la prise en charge une fois que c'est dépisté ou diagnostiqué ?
- M : Oui, voilà, tout à fait.
- AC : Elle ne vous a pas apporté ce genre de réponse.
- M : Non, non-non. Voilà, moi, j'aurais été chercher en fait plus éventuellement même les médecins qui prennent plus en charge par ex au sein de l'hôpital, ou... je ne sais pas, moi, la liste des établissements susceptibles de prendre en charge ce genre de chose...sur la France entière, ou je ne sais pas, quelque chose d'autre. Alors que là, ça a été purement et bêtement donc les courbes, euh, et bon, moi je les avais déjà et je les pratiquais déjà puisque vous voyez qu'elles sont sur le bureau en permanence. Donc c'est vrai que la visite en elle-même n'a pas changé ma pratique.
- AC : D'accord. Alors même question pour l'APS : qu'est-ce qui vous a poussé à accepter de participer à cette campagne ?
- M : Pour la même chose, en fait. Moi je suis plutôt un peu pour la prévention, donc effectivement, alors il y en a certaines qui sont plus faciles que d'autres, c'est vrai que là, je me suis prise au jeu. Elle était longue, elle était lourde, à faire, hein. Parce que de prendre et de remplir les courbes pour tout le monde ! Elle était longue à faire. Bon.
- AC : Un peu toutes, non ?
- M : Oui, enfin, plus ou moins, moi je n'ai pas eu beaucoup de difficulté avec certaines comme Cafard etc... toutes celles qui ont été sur l'alcool...Voilà... C'est vrai qu'elles sont peut-être plus longues, mais elles sont dans la conversation avec le patient, donc elles me pèsent moins. Alors que celle-ci, on va dire qu'elle était beaucoup plus dans la prise de chiffre, de notes et de remplissage de papiers et...
- AC : Que vous faisiez à quel moment ? Dans la consultation ?
- M : Oui. Dans la consultation, toujours. Donc du coup, ça rallongeait aussi les consult. Parce qu'effectivement, du coup, il y a prise de conscience, on donne le papier. Maintenant qu'est ce qu'on fait, et euh... .. Ça rallongeait, je vais dire, ça ne rallongeait pas les consult pour lesquelles c'était nécessaire, puisque ça on le faisait déjà, par contre, ça

rallongeait les autres consult. En disant, ah, bah, oui, et on discutait pour tout, même quand le poids était normal. Voire inférieur, alors qu'avant, on ne l'aurait pas fait. Donc c'est vrai que j'ai trouvé un peu de pesanteur dans cette... dans les modalités, ce d'autant qu'on n'était que dans l'obésité. Donc voilà, de prendre chez tous les enfants, entraîner un questionnement chez tous les parents, par rapport en fait à la démarche, alors qu'autrement on n'aurait eu le questionnement que chez les gens concernés.

AC : Oui, mais du coup, on est bien là dans la prévention.

M : On est bien d'accord. On est bien dans la prévention, mais pfff, voilà, c'est la prévention de gens qui n'en ont pas besoin, ni sur le plan génétique, ni sur le plan morphologique. Bon, beh on est dans la prévention de masse.

AC : Oui, voilà, tout à fait, complètement.

M : Voilà, tout à fait.

AC : Et alors ... Vous avez accepté de participer à la campagne parce que vous êtes dans une démarche de prévention

M : Non, parce qu'on a besoin de carottes pour travailler vite et bien.

AC : D'accord.

M : Donc ça fait aussi partie des choses, c'est-à-dire en fait pour cibler, comme j'ai déjà fait plusieurs EPP, hein, c'est-à-dire en fait pour re cibler la bonne pratique.

AC : D'accord.

M : On a besoin de temps en temps, mais j'ai toujours fonctionné comme ça, de se recentrer sur certaines choses à un moment, pendant 2 mois, 3 mois. Voilà, là, en ce moment, je fais attention à mes diabètes.

AC : Donc, en fait, de la campagne vous attendiez de vous recentrer à ce moment-là sur cet aspect de votre pratique.

M : Oui, recentrage sur certaines choses. Enfin, moi, en fait c'est un peu pour ça que je les accepte entre guillemets un peu toutes. C'est-à-dire je n'ai pas un thème particulier pour lequel je vais dire oui, et ou autrement je vais dire non. Et je vais voir des difficultés, par ex. Moi, je sais par ex que la personne âgée, j'ai eu... j'ai fait la globale, là [*campagne reprenant tous les outils déjà proposés*], et bah, c'était plus difficile. Voyez, donc, bon, je sais que j'ai une difficulté de ce côté-là, bon, bah donc j'ai à travailler ça. Donc la prochaine qui va être de cet ordre-là, je vais la prendre ou adhérer « privilégié » dans la mesure où je sais qu'effectivement pour moi, c'est moins facile d'aborder.

AC : D'accord.

M : L'alcool, j'ai vu que bon, l'alcool, ça passe bien. Le tabac, pour moi c'est plus difficile. Enfin j'ai plus de résultats avec l'alcool que je n'en ai avec le tabac. Je sais que le tabac, c'est quelque chose pour moi de difficile, donc, euh, bah... Peut être parce que je n'ai jamais fumé, peut être parce que... Et donc du coup j'ai besoin de vocabulaire, j'ai besoin de ... Et donc tout travail qui va m'imposer un... une certaine rigueur de travail, ou un approfondissement, ou etc... va rendre après les choses plus automatiques, et donc va être tout un gain dans la consultation, la prévention, enfin bon, le soin en général.

AC : D'accord. Est-ce qu'on peut dire alors que ce que vous attendiez de la campagne de l'APS, c'était justement un moment de recentrage et d'approfondissement de ce thème là de pédiatrie en particulier, ou est-ce que vous aviez des attentes particulières ?

M : Non, moi, c'est beaucoup un recentrage. C'était un recentrage, et puis c'est surtout, en fait, le recentrage sur la pathologie donc, de moi-même vers la pathologie, c'est-à-dire aller la rechercher plus facilement. Aller... Et en fait ça a joué son rôle, puisqu'en fait, il fallait le faire chez tous les enfants. Donc maintenant, effectivement, je prends aussi l'IMC chez TOUS les enfants. Alors que je ne le faisais pas avant.

AC : D'accord.

- M : Donc là j'ai bien vu, puisque c'était le mois de septembre, donc après et bah du coup, j'ai aussi recherché sur l'ordinateur comment on faisait pour aller le rechercher immédiatement c'est-à-dire à quel endroit, il fallait mettre les bons résultats pour l'avoir en fait automatiquement.
- AC : Ce qui n'est pas très compliqué dans Axisanté.
- M : Non, ce n'est pas très compliqué. [...] Mais c'est pas logique. Donc, je ne trouvais pas la chose facile à faire. Ça m'énerve quand c'est pas... Et c'est aussi pour ça que je ne le faisais pas systématiquement. Ça devrait être plus facile. Et devenir automatique. [...] Donc moi, en fait, je ne les [*les courbes*] fais même pas dans le carnet de santé. Je mets en fait dans la feuille du jour le poids, la taille et l'IMC. S'il n'y a plus qu'à les reporter, je veux dire l'IMC tant qu'il est normal, il est normal. On s'en rend compte.
- AC : Oui, alors, je reviendrais là-dessus juste après. Une dernière question pour ... conclure un peu ça. Donc, globalement, la personne de l'URML ne vous a pas apporté grand-chose.
- M : Non. J'aurais aimé qu'elle m'apporte plus, parce que, elle, elle avait le potentiel. L'URML avait le potentiel de nous donner par ex la liste de tous les gens... enfin, il y avait des possibilités, éventuellement...
- AC : Sauf qu'en fait, je pense que le problème est bien plus profond que ça, c'est-à-dire qu'on n'a pas tellement de gens en aval, sur Nantes. [...] Il y a eu échec de la tentative de réseau. [...]
- M : En fait, notre souci, c'est pour les gros obèses. [*sourire*] c'est pour les obèses, voilà, point.
- AC : Oui, vraiment morbides, quoi.
Donc, il y a eu modifications franches de vos pratiques après la campagne, et qu'est ce que ça vous a apporté ? En fait, j'ai envie de savoir si vous avez compris un truc qui est essentiel, mais dont j'ai l'impression que ça a finalement échappé à pas mal de médecins, c'est l'importance du rebond d'adiposité précoce.
- M : Ah si, si-si. Enfin à 4-5 ans, en fait, quand ça remonte ?
- AC : Voilà. Voilà.
- M : Ah si. Mais on fait la courbe, à ce moment là. C'est-à-dire, en fait, on fait la courbe, et quand la courbe est normale, vous voyez, en fait quand la courbe est normale à ce moment là, c'est vrai que bon...
- AC : Parce que un IMC tout seul, ça ne veut rien dire.
- M : Non, ça ne veut rien dire, on est bien d'accord.
- AC : Donc, en fait, si on ne fait pas la courbe, on ne peut pas s'apercevoir que l'IMC, tout en restant normal, vient de franchir 2 couloirs, quoi. Par exemple.
- M : Oui
- AC : Parce que vous me disiez « je ne fais pas forcément les courbes »
- M : Mais si on s'en rend compte. Enfin quand il y a une grosse prise de poids, je veux dire, on fait la courbe. On le remet sur la courbe.
- AC : Oui, d'accord.
- M : Et puis, dans ces cas-là, bon, moi avant ça m'arrivait de les faire là, mais on reprend. Mais en fait, reprendre quelqu'un qui va dévier, c'est pas difficile. Voyez, sur la plage de temps etc... enfin je veux dire que bon, quand on voit une différence de morphologie, chez l'enfant, oh bah, tiens, vous voyez, enfin, une... Dans ce cas-là, effectivement, on le fait avec prise de conscience et puis consultation centrée sur l'obésité.
- AC : Oui, il y a une différence de morphologie, mais à ce moment là, il n'est pas encore rond, l'enfant. Si on intervient suffisamment tôt, c'est quand...
- M : Oui, on est d'accord. C'est avant...

AC : C'est quand il est passé de très bien à toujours très bien, mais simplement il change de couloir.

M : Mais ça c'est 4-5 ans, et jusqu'à 8-10 ans, on fait systématiquement. Après on le fait moins.

AC : D'accord. Donc jusqu'à 8-10 ans, vous faites les courbes systématiquement de tous vos enfants.

M : Oui, oui, oui.

AC : Ok.

M : Alors par contre pas tout petit. Je vais commencer à 3 ans. Je veux dire, on les fait, sur le carnet de santé, on marque les poids, etc, suffisamment. Pas tout petit. A partir de 3 ans, effectivement. 3 ans -> 9-10 ans, sur le carnet de santé. Par contre après, pas forcément. A partir de 3 ans, c'est dans les courbes, au fond. Jusqu'à 1 an-2 ans, pas, mais l'IMC marqué en gros, hein.

AC : Maintenant qu'on a la colonne

M : Oui. Mais je faisais un peu avant aussi.

AC : La colonne est toute récente.

M : Oui, parce que c'est les derniers carnets de santé qui ont quoi ? 9 mois, 1 an à peu près ; et puis ils nous font des colonnes tellement petites pour mettre les chiffres...

AC : Merci beaucoup. Et sinon, qu'est-ce que vous faites dans la vie ?

M : Médecin généraliste ! [rises]

AC : Sinon, j'ai vu que vous êtes maitre de stage.

M : Oui, maitre de stage.

AC : Vous êtes impliquée dans la FMC ?

M : Oui, j'y suis toujours, un peu moins. J'ai fait partie du réseau, c'était plutôt la mise en relation en fait dans l'aide sociale en règle générale. Qu'est-ce qu'il y a eu ? J'ai fait en fait, là, même tout récemment par l'URML, j'interviens en fait sur le cholestérol, donc en débat publique, là du coup. J'ai été pendant longtemps à Médecin du Monde. En début d'installation, j'ai fait plein de choses.

AC : Alors vous êtes installée depuis combien de temps, là ?

M : 18 ans.

AC : Et vous êtes en association ?

M : En association. Et mon associé est maitre de stage, maintenant.

AC : Est-ce que vous avez participé à d'autres actions sur l'obésité, avant ou après ?

M : Non.

Entretien Médecin N°10

AC : Donc en fait, comme je vous le disais dans le courrier, je fais ma thèse sur l'intérêt qu'ont pu trouver les médecins généralistes de Loire Atlantique à participer à des actions de sensibilisation sur la nécessité de dépister précocement l'obésité de l'enfant. Je vais rencontrer des médecins de Loire Atlantique qui ont participé à 3 actions, je vais faire dans l'ordre chronologique : il y a eu le séminaire de l'UNAFORMEC sur St Nazaire, il y a eu sur Nantes et sa communauté urbaine, l'URML qui a dépêché une visiteuse pour procurer une information aux médecins généralistes, et en mars 2007, la campagne de l'APS, sur le même thème, avec Patrick Le Vaillant. Et donc vous, vous avez participé à 2 des actions.

M : Oui.

AC : Alors, est-ce qu'avant de participer au séminaire de l'UNAFORMEC, donc en mars 2006, est-ce qu'avant vous connaissiez le dépistage précoce de l'obésité de l'enfant ?

M : Je ne faisais pas forcément l'IMC, je faisais les courbes de poids depuis très longtemps.

AC : D'accord, poids, taille ?

M : Courbes de poids, taille, donc on voit déjà si ça...

AC : Oui, si c'est à peu près parallèle.

M : Oui-oui, oui, si c'est à peu près parallèle. J'avais, je ne sais pas si je l'ai encore, un vieux modèle, mais c'était vraiment d'autrefois, il y avait une courbe rapport taille poids. Mais ce n'était pas l'IMC, c'était un autre... donc on voyait aussi si ça bougeait... Je ne sais plus depuis quand c'est dans les carnets de santé, la courbe d'IMC en fait. A partir du moment où ça a été dans les carnets, je l'ai fait, en fait.

AC : Ah oui, ça fait longtemps. C'était 1994.

M : Ah bon, si longtemps que ça ? Oh, non, c'est les carnets blancs, les derniers carnets, là.

AC : La courbe de l'IMC, il semblerait qu'elle soit apparue dans les carnets – alors, je vous le dis de mémoire, je ne voudrais pas vous dire de bêtise, mais – si, c'est ça, puisque ce sont les ados de 13-14 ans, maintenant, qui n'ont pas de courbe. Tous les autres, ils en ont.

M : D'accord. Bon, bah à partir de là, je faisais.

AC : Chez tous les enfants ?

M : Non, chez ceux chez qui il y avait un pb de surpoids. Mon ordinateur le calcule, disons, je dois le faire depuis 2000, à peu près. A partir du moment où il y a eu la courbe, j'ai fait. Pas systématiquement. C'était pour les en... Je faisais systématiquement la courbe poids taille pour voir un peu la croissance, quoi, la régularité en fait de la courbe. Et puis quand bon j'avais l'impression qu'il y avait un surpoids, là, à ce moment-là, je faisais l'IMC.

AC : D'accord. Et qu'est-ce qui vous a incité à vous inscrire au séminaire de l'UNAFORMEC ?

M : Euh... Pour avoir des aides, pas pour dépister, mais pour prendre en charge après le... l'obésité. Parce que je suis dans un quartier, on est disons en banlieue défavorisée, on est en zone franche urbaine, et effectivement, on a pas mal de familles, souvent monoparentales, où il y a des surpoids. Donc je retrouve ce qui est écrit dans les revues, en fait, que ça touche surtout les milieux défavorisés, où effectivement, au niveau nutritionnel, il y a plein de choses à faire. Le but du séminaire, pour moi, c'était ça, c'était surtout d'avoir une aide pour la prise en charge, après.

AC : D'accord. Et après, qu'est-ce qui vous a incité à participer à la campagne de l'APS ?

M : Euh, bah j'ai participé à toutes les campagnes de l'APS. C'est un état d'esprit. J'ai commencé ici dans le centre de santé de St Nazaire, on était salarié, où il y avait une personne qui s'occupait à temps complet de la prévention. On était une dizaine de

- médecins, donc il y avait des actions de prévention, avec ... déjà c'est vieux, de 1983 à 1986. J'étais en fin d'internat.
- AC : Si j'ai bien compris, ce que vous attendiez du séminaire de l'UNAFORMEC, c'est plus des réponses en termes de prise en charge.
- M : Oui, que de dépistage, parce que bon...en gros, oui, je le faisais déjà...
- AC : D'accord, et qu'est-ce que vous attendiez du coup de la campagne, si vous en attendiez quelque chose ?
- M : Chaque campagne nous booste un peu pour... Donc là, on le faisait de manière systématique. Voilà. Alors qu'avant, je le faisais c'est vrai si j'avais un doute ou...
- AC : C'est-à-dire, même à l'issue du séminaire de l'UNAFORMEC, vous continuiez à ne calculer l'IMC et à ne faire la courbe qu'en cas de...
- M : A faire la courbe qu'en cas de... Oui, je ne le fais pas systématiquement. Alors là, ça dépend du temps, en gros. Si je ne suis pas en retard, qu'il n'y a pas trop de problèmes, j'ai eu le temps, bon, je... Si, comme toujours, on est plutôt pris par le temps, à ce moment-là, je ferai la courbe et ... Je crois que je le fais plus quand même. Plus systématiquement. Mais c'est vrai, on voit bien quand même. On a l'habitude, quoi. On voit bien si c'est...
- AC : Du coup, à l'heure actuelle, est-ce que vous diriez que vous avez un IMC par exemple par an pour chaque enfant ?
- M : ... Par an ?... Alors, je l'ai sur l'informatique, mais c'est le fait de le porter sur la courbe, quoi. C'est vrai que sur l'ordinateur on a le... Il se met tout seul. On met poids taille et paf, on a l'IMC, le chiffre s'affiche automatiquement. Donc si c'est concordant au niveau évolution, je ne fais pas forcément la... C'est pas vraiment du systématique-systématique. J'essaie de le faire, mais...
- AC : D'accord. Est-ce que vous avez l'impression, est-ce que vous diriez que, à l'issue du séminaire de l'UNAFORMEC, il y a eu modification de vos pratiques ? En termes de dépistage, plus qu'en termes de prise en charge.
- M : Oui, j'étais plus sensibilisée, quand même. Oui, oui, je pense à chaque fois, je vous dis, ça donne un petit aiguillon, et...on est un petit peu plus...stimulé pour le faire, sans ... Donc c'est vrai que la campagne avec l'APS, ça a remis... un an après, ça remet...
- AC : ...Vous avez l'impression quand même d'avoir modifié un peu vos pratiques.
- M : Oui, oui, quand même, de...
- AC : D'accord.
- M : Oui, oui, d'être plus... avant c'était vraiment pour les cas très...où vraiment c'était évident. Avant, ça me servait peut être plus à suivre et ensuite à stimuler dans les progrès. C'est-à-dire à partir du moment où je dépiste une anomalie, alors là, j'essaie de mettre en place un suivi assez rapproché de l'enfant, par exemple tous les 3 mois, et là, l'IMC est bien parce qu'on voit tout de suite, ça fait des grands décrochés, alors que sur la courbe de poids ce n'est pas manifeste. Donc quand on montre aux enfants, c'est vrai que sur l'IMC on voit vraiment bien et ils sont contents, c'est très gratifiant quoi pour l'enfant, tout de suite il voit, on a fait des efforts et hop, ça descend très vite. C'est quand même...
- AC : Donc en fait vous vous en servez beaucoup dans la prise en charge.
- M : Après, oui. Oui, après, je m'en sers, c'est le principal. Après, c'est que l'IMC qui sert, quoi. Les courbes, je les fais sur le carnet de santé, moi. Alors, Noë...Il rentre en CP. Il y a des fois, bon c'est une famille là, d'un niveau plutôt élevé, mais apparemment il y avait un problème avec la nourrice qui gavait le gamin de sucre, c'était... Coca-cola à tous les repas... Elle les gavait de sucre, donc... Donc là j'ai vu la maman ce matin, elle va me le ramener pour voir justement les progrès, elle me dit « oui, oui, j'ai l'impression qu'il a... ». Alors qu'avant j'en avais déjà parlé, mais bon c'était le problème de la

- nourrice, et le problème des grands-parents, des fois quand les enfants sont gardés par les grands parents, donc c'est le même problème, la mère est consciente du problème, mais tant que l'enfant n'est pas scolarisé et mange à la cantine, on a du mal des fois à faire changer les habitudes alimentaires. Y a ce problème-là. Quand c'est dans un cadre comme ça, bon quand le facteur aggravant disparaît, ça se normalise puisque les parents ont pris conscience et appliquent les règles. Par contre, quand c'est dans le foyer lui-même qu'il y a des problèmes d'alimentation, ou quand il y a des problèmes, je pense, génétiques, hein. Je vois des enfants que j'ai suivis depuis longtemps maintenant, qui sont quasiment adultes, que j'ai accompagné tout le temps avec un problème de... Alors là, c'était peut-être pas le rebond très précoce comme ça, c'était peut-être plus à l'adolescence que ça se passait, vers 12 ans. Que ça basculait...
- AC : Pour ces enfants-là, vous ne connaissez pas l'âge du rebond, parce qu'à ce moment là, on ne le faisait pas encore, parce qu'en fait, le rebond d'adiposité précoce est un marqueur de risque d'obésité à l'adolescence. Ce qui serait intéressant juste sur le plan théorique, ce serait de regarder à quel âge ces enfants-là ont fait leur rebond d'adiposité,
- M : Oui, de refaire la courbe...
- AC : Et que probablement on s'apercevrait qu'il a eu lieu vers 4 ½ -5ans.
- M : Mmm, mmm. Je retrouverai... ce problème... Mais c'est vrai qu'on était moins... Oui, oui, on le faisait pas... Donc il y a certaines familles où c'est, où c'est... Bon, cette famille, là, je vois bien la fille, là, maintenant elle ado, hein, elle a 14 ans, mais je l'ai suivie depuis toute petite, parce que c'était évident qu'il y avait un surpoids...
- AC : Dans la famille ?
- M : Ben la mère, donc il ya un facteur génétique, sûrement le papa est plutôt... assez dodu, quoi, en surpoids, alors que la mère est maigre comme un clou, le petit frère est maigre comme un clou, et elle... Donc il y a une surveillance, dans cette famille, on a réussi à faire une surveillance tout le temps. Je crois qu'elle a été un moment aussi suivie... A des moments, faut faire des relais avec des diététiciennes, enfin médecins nutritionnistes, ou en pédiatrie, ou ... Quand vraiment c'est un problème... Alors là, je pense qu'il y a un problème aussi génétique qui se surajoute à ... à ... aussi à la nourriture.
- AC : Et cet enfant, il est en surpoids ou pas ?
- M : Heu, elle est encore en surpoids, oui.
- AC : Elle a toujours été en fait un peu en surpoids depuis qu'elle est toute petite.
- M : Ouais
- AC : C'était déjà un gros bébé.
- M : Alors, bébé, [rises] là, on remonte, hein, loin ! Elle a 14 ans maintenant... Comment elle s'appelle déjà...
- AC : Non, ce n'est pas grave...
- M : Mais j'ai souvenir de l'avoir quand même prise en charge assez tôt. Alors peut-être pas à 4 ans, mais... enfant, quand même, pas... pas ado, quoi, alors qu'il y en a d'autres, c'est vraiment à l'adolescence où ça... C'est aussi l'âge où bon, ils peuvent aussi grignoter... et sur un terrain favorable, bon, ils se... ça dérape... ça dérape facilement.
- AC : D'accord.
- M : Donc là, je pense qu'on a quand même pas mal de ... je ne saurais pas dire quel pourcentage, mais, un nombre quand même important de...
- AC : Effectivement, vous êtes dans une zone un petit peu en difficulté sur le plan socio-économique, et il est connu que les obésités sont plus importantes lorsque les gens...
- M : Oui, alors je me rappelle de cette mère de famille, là, le premier truc, je me rappelle encore de sa réflexion : je lui demandais, bon qu'est-ce que vous donnez... Au goûter alors, il y avait le Kinder©. Alors, bon, je faisais des grands yeux, et elle me dit « c'est

- plein de lait, le Kinder© ! » Elle gobait tout ce, toute la pub à la télé. C'est plein de lait le Kinder©, c'est vraiment... euh... Voilà, comme quoi les pubs, là, c'est vraiment... persuader de donner des bonnes choses à...
- AC : Ah, ils sont très forts
- M : Oui, là, le message porte. Alors que bon, je pense que moi, ils peuvent raconter... Je ne sais plus pour quel... Je me rappelle de la pub, mais je ne sais plus pour quel produit c'était. Et, je vois, à la boulangerie du quartier, qui est juste à la sortie de l'école, c'est effrayant ! C'est effrayant.
- AC : Ils ont tous un pain au chocolat pour le goûter, ou
- M : Ah non, pas au goûter ! Le midi, avant de manger ! On achète le bonbon, la viennoiserie ou le gâteau qu'on donne au gamin tout de suite avant le repas de midi. C'est pas à 4h, c'est à midi, avant le repas.
- AC : D'accord ?!
- M : Et là, ils font des repas, je vois des repas, des plats... enfin ils proposent le repas complet, donc il y a sandwich, boisson sucrée et 1 gâteau.
- AC : Ya pas d'eau ?
- M : Non. Faudra que je regarde dans le truc, je ne crois pas qu'il y ait de l'eau. Enfin je vois bien tous les autres ce qu'ils prennent, ils ne prennent pas d'eau, hein. Ils prennent jamais d'eau, c'est... C'est que des sodas...Oui, puis que du féculent : on a pris le sandwich, on a pris le... [rises] Donc au niveau des enfants, là, il y a des erreurs... Enfin, je pense qu'au niveau des écoles, il y a eu des progrès... Alors je ne sais pas si...
- AC : Normalement, ils n'ont plus le droit d'apporter de goûter pour le matin.
- M : Même en maternelle ?
- AC : Normalement, non.
- M : Oui, donc ça a bien évolué, ça...Ça va peut-être permettre de... Alors, je ne sais pas si dans le coin ils ne donnent pas quelque chose, parce qu'il y a le problème des enfants qui arrivent le ventre vide, qu'ont rien pris. Comme il y a vraiment des difficultés sociales, soit ils n'ont pas voulu, ou soit les parents se lèvent au dernier moment, et n'ont pas le temps de donner le petit déjeuner donc l'enfant arrive à l'école, il a le ventre vide. Donc je pense qu'ils doivent proposer quelque chose, mais pas à la récré, c'est tout de suite. On prend quelque chose tout de suite...
- AC : Donc ils se sont quand même adaptés à la fois à l'environnement et à la fois aux recommandations...
- M : Oui, oui-oui. Alors je ne suis pas certaine, mais je pense qu'ils se sont orientés vers... Faudra que je pose la question... J'avais justement cette notion qu'il n'y avait plus de goûter, qu'on compensait rapidement s'il n'y avait pas eu d'apport... Parce que c'est pareil, le matin, donc, y a pas de petit déjeuner, ou... Souvent, il n'y a pas de petit déjeuner. Donc c'est pareil, dans les maisons de quartier, ils ont fait pas mal d'action, là-dessus, aussi ces dernières années, pour...en lien avec l'école ; donc au niveau des ados, mais aussi au niveau des enfants, je crois. Donc essayer de sensibiliser les enfants et les parents, en même temps. Il y a des actions concertées, pareil, au niveau zone franche urbaine, ils essaient de faire des actions, un peu... Voilà.
- AC : D'accord. Alors, pour vous situer un peu plus, donc là, vous me disiez qu'on est en zone franche urbaine, vous êtes associée, vous êtes 4, vous êtes installée depuis combien de temps ?
- M : Depuis... Je suis rentrée en 1985, ici.
- AC : D'accord, et avant vous étiez au centre de prévention...
- M : Non, non, en 85, je suis rentrée au centre de santé, ici, où on était salarié, à l'époque. Mais on travaillait dans le cabinet comme...
- AC : D'accord. Vous êtes maitre de stage.

M : oui. Autrement, je suis au centre de planification, où je fais des IVG puis de la contraception, enfin... Ici, c'est une clientèle assez jeune. On a quand même beaucoup de... Voilà.

AC : Ok, très bien, merci beaucoup.

Entretien Médecin N°11

AC : Donc, en 2006, je ne sais pas si vous vous rappelez, c'était en mars, l'URML a dépêché une visiteuse en fait, qui était formée pour venir vous dire les grands principes du dépistage précoce de l'obésité de l'enfant. Est-ce que vous, avant de la recevoir, vous connaissiez déjà le dépistage PRECOCE de l'obésité de l'enfant ?

M : Oui, on commençait à en parler. Donc j'avais déjà commencé à surveiller le rapport poids/taille. Et j'avais déjà commencé à utiliser les courbes d'indice de masse corporelle. J'en avais entendu parler, bon, par une soirée de formation continue.

AC : D'accord, vous aviez déjà eu une formation.

M : En revanche, ce qu'il y a, bon... avant la visite, on n'avait pas approfondi les consignes diététiques. C'est-à-dire qu'on était à dépister, point. Et donc, je faisais du conseil diététique probablement de moins bonne qualité.

AC : D'accord. Donc, pour revenir à avant, vous suiviez vos enfants, avant, en termes de croissance, avec le poids, la taille et déjà l'indice de masse corporelle. Chez tous les enfants ?

M : Chez tous les gamins, oui.

AC : Déjà à ce moment-là, d'accord. Du coup, qu'est-ce que vous attendiez du passage de cette visiteuse ?

M : Pouvoir approfondir le conseil à donner quand on trouvait que l'IMC s'envolait. C'était à ce niveau là où bon, je savais que j'avais un peu de mal.

AC : D'accord. Est-ce que c'est ce qui vous a incité à accepter son passage ? Puisque vous étiez...

M : Oui. Oui, tout à fait.

AC : Combler des lacunes.

M : Tout à fait.

AC : Et qu'est-ce que son passage vous a apporté ? Est-ce que vous avez modifié vos pratiques ?

M : Oui. Oui, un petit peu. Ça a permis de cibler un peu mieux les erreurs faites par les parents dans la nutrition de leurs enfants... Après, je ne vais pas dire que ça m'a permis de prendre en charge toutes les obésités à venir ou constatées. C'est un sujet très délicat, ça peut être une source de fâcherie. Et donc, bien souvent, en sachant que le conseil que je pouvais donner ne serait pas forcément bien suivi, ... j'ai préféré déléguer à des pédiatres ou des endocrinologues ou des nutritionnistes.

AC : Quand vous aviez un problème d'obésité franc, quoi.

M : Oui.

AC : Est-ce que vous surveillez le rebond d'adiposité ?

M : Oui, bien sûr.

AC : Est-ce qu'il vous est arrivé, depuis lors, de dépister des rebonds d'adiposité précoces ?

M : Ah oui.

AC : Et là, vous avez pu intervenir vous-même, ou si vous avez...

M : Oui, oui-oui.

AC : Avec des résultats ?...

M : C'est d'autant plus facile, et on le fait de plus en plus, hein, c'est d'autant plus facile qu'on le voit précocement,... avant la scolarisation, ou en tout cas avant l'école primaire. C'est d'autant plus facile si on s'y prend tôt, qu'on voit que, ... entre 1 an et 2 ans, l'évolution suit une mauvaise pente, c'est plus facile de corriger à ce moment-là, de mettre à l'aise les parents, en disant « mais ne vous inquiétez pas, hein, il n'est pas dénutri, faut pas vous inquiéter. Ben ma foi, s'il ne mange pas autant que vous voudriez, considérez que c'est économique, après tout c'est comme une voiture. Je leur dis ça

comme ça, de manière à les détendre par rapport à ça. Les mamans en particulier, par rapport à leurs enfants, ou les grands-mères aussi, ont un peu une mentalité de pompiste : c'est-à-dire que plus on en met dans le réservoir, mieux c'est. Et même si l'enfant refuse une partie de l'assiette, comment, ce que je fais c'est pas bon... Je les mets à l'aise, je leur dis « mais, c'est comme votre voiture, si elle ne consomme pas plus que ça, ben tant mieux, vous n'allez pas rajouter des jerricans d'essence autour de la voiture pour faire plaisir au pompiste. » Donc là, ils comprennent, hein, qu'on a chacun son besoin alimentaire, et qu'il faut aussi équilibrer les choses, sinon, bah, si on prend de l'essence et puisqu'à côté on prend de l'huile puis qu'il n'y a pas besoin d'huile, on met des jerricans d'huile autour de la voiture, tout pareil. C'est une image, bien sûr, c'est pas du tout le reflet de la physiologie, mais ça leur permet de comprendre que faire à manger, c'est bien, cuisiner, faire des bons petits plats, c'est bien, mais la quantité mangée par l'enfant ne doit pas être significative, ça ne doit pas être un enjeu.

AC : D'accord.

M : Ça, on peut le faire très précocement. A mon avis plus facilement... Enfin c'est d'autant plus efficace que les enfants n'ont pas pris de très mauvaises habitudes depuis longtemps.

AC : Donc vous disiez tout à l'heure que vous avez participé à une soirée de formation médicale continue avant 2006. C'était la première ?

M : Oui, bien avant.

AC : Vous avez une idée, un petit peu, en termes de délais ?

M : Non, je ne peux pas vous dire. C'était en 2006 ? Oh, un an avant.

AC : Et depuis ?

M : Non, j'en ai pas fait d'autre. Quelques fois je me dis « tiens, il faudrait peut-être que je fasse carrément un séminaire de 2 jours », pour être peut-être plus performant dans le conseil, dans la prise en charge, puisque je pense que je peux encore progresser de ce côté-là.

AC : Vous n'oubliez pas le versant de l'activité physique ?

M : Alors. Je n'oublie pas [*rires*] Je n'oublie pas, c'est même devenu [*rires*] un réflexe. C'est-à-dire que quand, on s'attend tous les ans, au mois de septembre ou au mois de juin, on voit les gamins arriver pour un examen général, d'aptitude au sport, et maintenant, c'est pratiquement moi qui dis « Ben quoi, il ne fait pas de sport ? [*rires*] Comment, il n'y aura pas un certificat à faire ? » Donc, quand ils ne font pas de sport, effectivement, on parle quand même d'aller en classe à pied, de faire un peu de vélo. Etant moi-même un adepte forcené, presque, du vélo, bon, bah, je les incite à faire ça.

AC : Ne serait-ce qu'avec Papa le dimanche...

M : Bah oui. Donc... je pense ... de plus en plus à les faire bouger. [*interruption par le téléphone*]

AC : Je vais reprendre un peu. Donc si je résume, vous suiviez déjà vos enfants en utilisant poids, taille et courbe de corpulence. Ce qui vous a incité à recevoir cette personne, c'est que vous aviez des lacunes en termes de diététique, et que vous attendiez donc qu'elle les comble.

M : Mmm, mmm. Alors heu... Mais je crois qu'on peut encore faire mieux. Alors, peut-être qu'il faudrait un deuxième passage, hein. Mais bon. Je crois qu'un de ces jours je vais consacrer quand même deux jours à ça.

AC : D'accord. Est-ce que quand même, ça vous a apporté quelque chose, le passage de cette visiteuse ?

M : Oui, quand même, oui. Il y a un petit mieux, mais...

AC : Elle vous a donné quelques réponses ? En termes de...

M : En termes de diététique. Ça m'a conforté à, donc, à rechercher encore plus tôt, comme je vous disais : en les prenant plus tôt, ça va mieux. Si, quand même, ça m'avait apporté quelque chose.

AC : Mais, cela-dit, il n'y a pas eu de changements majeurs dans votre pratique ?

M : Il reste quand même des cas où je me sens obligé de déléguer, ... parce que la situation est particulièrement difficile, parce que je sens que j'irais au conflit avec la maman...

AC : Mais là, on est en termes d'obésité déclarée. Pour ce qui est du dépistage précoce, donc essentiellement suivi des courbes, et du rebond d'adiposité ?

M : Non, là, de ce côté-là, ça va.

AC : Ça va. Mais en termes de pratique, vous aviez déjà compris l'importance des courbes avant le passage de cette visiteuse.

M : Oui.

AC : Ok. Alors, simplement pour vous situer un peu mieux. Vous êtes en association. Vous êtes installé depuis combien de temps ?

M : Alors, je me suis installé en 86.

AC : Donc ça fait 22 ans.

M : Et donc dans ce cabinet en association depuis 89. D'abord tout seul. Puis quand mes petits copains ont déménagé, je me suis installé avec eux. Ce qui a permis de faire un cabinet plus puissant, plus équilibré.

AC : Il y a une bonne dynamique ?

M : Il y a une meilleure dynamique. Pour moi, bon c'était l'idéal, j'attendais que ça.

AC : Et en termes de pratique plus générale, je vois que vous êtes maître de stage.

M : Oui

AC : Vous êtes impliqué dans d'autres...

M : Oh oui ! [ancien animateur de l'UNAFORMEC, syndicalisme, ancien élu à l'URML, comité régional de dépistage, comité de pilotage du plan cancer, ancien élu au Conseil de l'Ordre, Commissions Paritaires]

Entretien Médecin N°12

AC : Vous vous souvenez peut être que je vous avez mis dans le courrier que je fais ma thèse sur le dépistage précoce de l'obésité de l'enfant.

M : Oui

AC : A ce titre-là, en mars 2006, vous avez reçu une visiteuse de la part de l'URML, qui venez vous réexpliquer un petit peu les bases du suivi de la croissance de l'enfant.

M : Oui

AC : Est-ce que, avant son passage, vous aviez déjà connaissance du dépistage précoce de l'obésité de l'enfant ?

M : Tout à fait. J'avais participé dans le cadre de ma FMC, à une soirée de formation, faite par un endocrinologue, hein, entre autres, sur l'obésité de l'enfant.

AC : Ok. Est-ce que vous sauriez resituer un petit peu dans le temps quand est-ce que cette formation a eu lieu ?

M : Je crois que c'est quelques mois plus tôt.

AC : D'accord. Ok. Donc, comment, avant le passage de cette dame, vous suiviez la croissance de vos petits patients ?

M : Sur le carnet de santé, dans la mesure où il contenait un indice d'IMC, hein.

AC : Donc vous utilisiez déjà l'IMC à ce moment-là. Vous le calculiez chez tous les enfants ?

M : Non. Il faudrait le faire, pour tous les enfants, bien sûr, on a parfois des surprises. Non, mais pour certaines tranches d'âge, au moment du rebond d'adiposité, hein, ça permet de, oui...surveiller ceux qui sont à risque et dont la courbe, effectivement...

AC : D'accord. Du coup, qu'est-ce qui vous a poussé à accepter le passage de cette visiteuse, quand vous avez reçu la demande de l'URML ?

M : Heu... Je ne sais plus, il me semblait que c'était la suite. De ma formation, voilà.

AC : D'accord, ça vous semblait dans la continuité. Et qu'est-ce que vous attendiez de son passage ?

M : ... Je ne sais pas, me conforter dans ma pratique...c'est tout... Est-ce qu'elle... Je crois qu'elle m'a fourni des outils, non ? Il me semble...

AC : oui, c'est possible qu'elle vous ait apporté... voilà, des courbes, peut-être un disque aussi pour voir l'IMC rapidement, toutes choses que vous aviez reçues par ailleurs par le ministère de la santé au moment du PNNS1.

M : Oui.

AC : Du coup, est-ce que vous diriez que ça vous a apporté quelque chose, son passage ?

M : Ca a conforté la pratique. Dans la mesure où j'avais déjà été sensibilisé par d'autres actions, dans le cadre de ma FMC, on avait choisi ce thème-là.

AC : Donc vous n'avez pas modifié vos pratiques plus que ça ?

M : Non, non, pas vraiment.

AC : A l'heure actuelle, vous vous servez par ex plus de votre logiciel ou des courbes du carnet de santé, pour faire les courbes de corpulence ?

M : De ma calculette et des courbes du carnet de santé. C'est vite fait ! Puis en le reportant et en incitant les parents à revenir avec le carnet de santé à intervalle régulier pour voir si effectivement la courbe s'infléchit. On arrive à impliquer les parents beaucoup plus facilement qu'avec les courbes de croissance.

AC : Certes. Vous vous intéressez au rebond d'adiposité. Vous en avez repéré quelques uns ?

M : Quelques uns, oui.

AC : Et votre intervention a porté ses fruits ?

M : Oui, finalement, oui, du point de vue diététique, ça a suffi à corriger les choses.

AC : Donc c'est plutôt satisfaisant. J'ai les réponses à mes questions. Peut-être pour vous situer un petit peu plus, vous êtes installé depuis combien de temps ?

M : Ca doit faire 18 ans. Je suis seul dans un immeuble de professions médicales. Il y a une diététicienne dans l'immeuble.

AC : C'est pratique.

M : Oui, c'est pratique.

AC : Ca aide pas mal, dans le contexte actuel.

M : Oui. C'est pas pour autant que ce soit remboursé.

AC : Ah non, non, ça, ça reste un problème.

M : Mais c'est vrai qu'il y a des gens qui vont spontanément voir la diététicienne, qui viennent en parler après.

AC : Donc 18 ans, toujours en ville ?

M : Toujours en ville. Auparavant, je remplaçais, j'ai eu des exercices très différents, donc ça m'a permis... de voir.

AC : Vous aviez fait une première formation, ensuite vous avez reçue cette visiteuse, est-ce que vous avez fait d'autres formations sur le sujet depuis 2 ans ½ ?

M Non. Non-non

AC : Et est-ce que vous êtes impliqué dans d'autres domaines, comme le syndicalisme ou l'enseignement ?

M : Non, non, non, je fais de l'urgence, mais c'est tout.

AC : Et bien merci beaucoup.

M : Il n'y a pas de quoi.

Entretien Médecin N°13

AC : Donc vous, vous avez participé à 2 actions, les 2 à peu près au même moment, en mars 2006, c'est-à-dire qu'à la fois vous vous êtes rendue au séminaire à St Nazaire, et en même temps vous avez reçu la visiteuse de l'URML.

M : La visiteuse de l'URML ?

AC : La visiteuse de l'URML, c'était une visiteuse qui était envoyée par l'URML pour rappeler les principes du dépistage de l'obésité de l'enfant. Elle apportait à la globalité des médecins généralistes de Nantes et de la communauté urbaine, des documents qui ressemblaient beaucoup aux documents qu'on avait déjà reçus dans le cadre du PNNS 1, et voilà quoi. Elle venait à votre cabinet, puis ensuite vous aviez un petit questionnaire un mois après, et questionnaire 6 mois après, sur des questions comme la définition de l'obésité de l'enfant, etc...

M : Ouais, d'accord...

AC : Vous ne la remettez pas du tout ?

M : Non. Je me souviens bien de la formation mais pas du tout de la visiteuse de l'URML, mais alors pas du tout !

AC : D'accord. Pourtant vous avez répondu aux deux questionnaires, mais bon.

M : D'accord...Bon très bien [*rires*]

AC : Donc comme c'était à peu près au même moment, ça va être assez facile, chronologiquement, puisque de toute façon, vous ne vous souvenez pas de l'URML [*rires*]. Est-ce qu'avant 2006, vous connaissiez déjà le dépistage précoce de l'obésité de l'enfant ?

M : Oui. Disons que j'avais dû lire des choses... C'était pas inconnu.

AC : D'accord. Comment est-ce que, avant 2006, vous suiviez vos petits patients.

M : Bah, avec la courbe poids taille, mais moins systématiquement avec l'IMC.

AC : Vous faisiez déjà un peu de temps en temps, quand même.

M : Oui, plus, pas en dépistage, plutôt en diagnostic.

AC : Qu'est-ce qui vous a motivé à vous inscrire à ce séminaire, alors ?

M : Et, ben pour améliorer les pratiques, puisqu'effectivement, en dépistage, on avait l'impression de ne pas dépister grand-chose, quoi, en fait.

AC : D'accord. Qu'est-ce que vous en attendiez ?

M : Euh... et ben... Qu'est-ce que j'en attendais ? Je ne me souviens plus... [*rires*] probablement, effectivement se... on va dire se familiariser avec l'outil, de voir quand est-ce qu'on l'introduisait dans la consultation, comment ça se pratiquait, quelles étaient les ... Voilà. Oui, à peu près ça... C'était ça. Se familiariser, et puis améliorer le dépistage.

AC : D'accord. Il y a eu aussi, je crois, dans le séminaire toute une partie sur la prise en charge, qu'est-ce qu'on fait...

M : Oui, il devait y avoir la prise en charge.

AC : Est-ce que vous avez eu l'impression que ça vous a apporté quelque chose de participer à ce séminaire ?

M : Oui.

AC : Dans quelle mesure ?

M : Et bah donc, un, dans le dépistage, parce que donc, là, après, beaucoup plus systématiquement, on a rempli les courbes d'IMC, alors c'est vrai que les carnets de santé nous ont un petit peu aidé aussi, sinon, c'est vrai que c'était un peu compliqué de leur mettre des feuilles dans le carnet de santé, etc... donc on le fait encore pour les vieux, mais là ça commence à se terminer quand même, hein. Heu, donc, ça. Et puis donc on a quand même essayé de suivre – enfin, je dis « on » parce que ma collègue

aussi, elle a fait ce séminaire, et donc du coup on en a parlé ensemble – du coup de suivre des jeunes patients en surpoids. Bon, alors là, heu... on a essayé ! [rires]. Bon, je pense que de toute façon, c'est un peu... Voilà, c'est pas si facile que ça, donc... Dire qu'on a réussi, qu'on a des résultats extraordinaires, non, je crois que c'est un peu comme tout le monde, mais en tout cas, en tout cas, on a peut-être amélioré notre prise en charge dans la mesure où on leur a proposé quelque chose, et puis quand on a vu que ça coinçait, bon, moi, j'en ai quand même adressé à des spécialistes quand ça coinçait, mais en tout cas, en première approche, déjà, on a fait des bilans, avec 1 remplissage de cahier alimentaire, ... voilà. On a quand même dégrossi le terrain beaucoup plus que ce qu'on faisait auparavant.

AC : Donc vous êtes beaucoup plus à l'aise dans la prise en charge, à l'heure actuelle.

M : Oui. Bah, la prise en charge. Dans le dépistage, y a pas de problème, la prise en charge, à l'aise, oui, pour démarrer quelque chose, après sur le suivi, les résultats, sur des patients en obésité, euh, je trouve que c'est compliqué. Donc à l'aise... C'est que c'est compliqué.

AC : Donc, à l'heure actuelle, est-ce que vous pourriez dire que vous faites un IMC, par ex, par an pour chaque enfant ?

M : Ouais, plus que ça. Bah, ça dépend quel âge. Les tout petits, plus... Après, ça dépend en fait ... Quand on les voit, on les pèse, on les mesure quasi-systématiquement. Enfin, pas forcé... si c'est 2-3 ans et qu'ils ont une otite tous les mois, non, mais, on va dire 2 fois par an.

AC : Au moins, oui.

M : Sauf après les plus grands qu'on ne voit plus du tout, ça va être une fois/an, pour le certificat de sport, euh, voilà.

AC : Est-ce que ça vous est arrivé, depuis ce séminaire, de repérer des rebonds d'adiposité précoces ?

M : Oui.

AC : Et dans ces cas-là, vous avez su...réagir ?

M : Oui. Oui.

AC : Et vous avez pu les récupérer ? C'est-à-dire les ramener dans leur couloir ?

M : Oui. Oui. Y a des. En fait, ce qu'on s'aperçoit, c'est qu'il est quand même un petit peu en yoyo, l'IMC, en fonction qu'on les pèse après les vacances scolaires, et qu'ils ont passé un mois chez les grands-parents, à manger des gâteaux, etc... et là, on dit « ahhhh, ça ne va pas du tout, votre IMC », et finalement quand on les repèse 6 mois plus tard, finalement, c'est rentré dans l'ordre. Donc, là, au départ on était un petit peu... parce qu'on n'avait pas eu cette notion forcément que ça pouvait être si en yoyo que ça, en fait, que ça devait suivre un truc bien linéaire et alors là, bon. Et là, donc, avec l'expérience, c'est vrai que ... on s'aperçoit que bon, des fois ça grimpe, ça redescend après, ça regrippe, etc, donc...

AC : Oui, il faut moyenner, quoi.

M : Voilà, il faut faire une petite moyenne, mais des fois c'est vrai que si on ne les pèse qu'une fois par an, et qu'on ne les voit qu'en septembre, c'est un... Du coup, si c'est que en septembre, ça va, mais si ils ont été vus entre temps puis que c'était voilà... Quand on a commencé à faire ça, du coup on les voyait en septembre, on se disait « hannn ! » On en a vu plusieurs, on s'est dit « oh là là, ça ne va pas du tout... » Et puis bon en fait... Des vrais rebonds qui ont continué à grimper après, pas tant que ça, puisque finalement, on a réussi à ... sur la plupart des enfants qu'on a vus, on a réussi à les faire rentrer dans le rang, quoi.

AC : C'est génial

M : Oui, oui, alors ceux, voilà, c'était peut être pas les enfants, alors c'est des enfants pour lesquels de visu, on n'aurait pas dit qu'ils avaient un rebond d'adiposité.

AC : Bien sûr, on est entièrement d'accord. Puisque c'est justement ça le principe du dépistage.

M : On n'avait pas du tout... voilà. C'était pas des enfants chez qui on était alarmé par leur poids, en les regardant.

AC : Mais ils traversent un ou deux couloirs, tranquillement.

M : Voilà. Donc, ça oui-oui. Oui, on en a... oui, régulièrement. Voilà, ça arrive régulièrement. Et donc on s'aperçoit effectivement, bah là, du coup qu'ils ont passé un mois chez les grands parents, et qu'ils ont été remplis, gavés, on va dire. Parce que bon, ça fait partie, quand même des coutumes. Ou, qu'il y a eu un voyage, ou voilà, ou qu'il y a des choses, ou que la maman, finalement, elle n'est plus beaucoup là, etc... Donc, en rectifiant des petites choses, mais assez simples... comme le goûter, le petit déjeuner... Voilà. Alors après des enfants. Voilà, c'est le rebond d'adiposité. Les enfants en surpoids, c'est plus compliqué à ...

AC : Mais en général, ils sont déjà un peu plus âgés.

M : Oui, voilà, c'est ça. On a plus de facilités avec les tous petits, et en plus les parents sont assez... Alors je pense qu'effectivement, ça a bien marché, cette histoire de PNNS, parce que les parents sont assez alarmés, quand même, quand on leur redit : « il y a un risque, etc ». Enfin, en tout cas, nous, on trouve que les parents suivent plutôt bien. A ce niveau là. Alors après, quand ils sont en surpoids ou en obésité, là, du coup, on s'aperçoit que les parents ont le même problème, ou du coup, voilà. Du coup, là, c'est plus compliqué au niveau familial.

AC : Vous avez beaucoup d'enfants obèses, ici ?

M : Non. Non, très franchement, on peut les compter sur les doigts de la main.

AC : D'accord. Juste pour vous connaître un petit peu mieux, vous êtes installée en association, en plein de cœur de Nantes, vous êtes installée depuis combien de temps ?

M : Depuis 95, donc... 13 ans.

AC : Voilà. Est-ce que vous faites autre chose que de la médecine libérale ?

M : Non, enfin, pas de la médecine autre que libérale. J'ai fait de la PMI, mais c'était il y a très longtemps.

[...]

Par contre, j'ai fait la campagne de l'APS, ça je m'en souviens très bien !

AC : Ah, bien ! Et qu'est-ce que vous en attendiez ?

M : Je voulais voir si ça confirmait ce que j'avais vu.

AC : Et ?

M : Ben, là, du coup, c'était un peu redondant.

AC : OK. Merci

- AC : [*explication du contexte*]...et puis il y a eu la campagne de l'APS avec Patrick Le Vaillant, à laquelle vous avez participé. Alors, moi, ce que j'aimerais savoir, c'est, est-ce qu'avant de participer à cette campagne, vous aviez déjà connaissance du dépistage précoce de l'obésité de l'enfant ?
- M : Avant cette action, on avait une soirée de formation continue locale avec Georges Picherot...
- AC : D'accord.
- M : ... qui avait repris tous les grands principes, les grandes lignes de la prévention et de la surveillance, en mettant l'accent, en fait, sur l'anticipation, enfin... le rebond d'obésité. Parce qu'il disait qu'une fois que l'obésité de l'enfant était installée, c'était assez triste comme résultats, et assez défaitiste, assez pessimiste. Donc j'avais quelques...
- AC : Est-ce que vous sauriez me dire à peu près quand c'était, cette soirée-là ?
- M : Il faudrait que je reparte... Parce que c'est moi qui m'occupe de la FMC dans notre association... il faudrait que je reprenne le calendrier précis...
- AC : Mais, juste approximativement...
- M : C'était un hiver, je me souviens...
- AC : Il y a plutôt 1 an, 5 ans, 10 ans ?
- M : Ah non, ah non-non, c'était il y a... bah on commençait à en parler, niveau... Je pense que c'est l'hiver précédent la campagne.
- AC : D'accord, donc l'hiver 2006, quoi.
- M : Oui. Ça faisait partie des sujets, des choses importantes dont on avait conscience, et, voilà quoi.
- AC : D'accord. Et alors, toujours avant la campagne, comment est-ce que vous suiviez vos petits patients, en termes de croissance, à ce moment-là ?
- M : Euh, le carnet de santé. C'est mon... mon repère. Euh, puis, les enfants... Alors je ne faisais pas, je dirais, cette étude là précise, sur... les anciens carnets étaient moins bien conçus. Donc là, je faisais un peu du « au jour le jour » et en fonction, je dirais, de ce que je voyais chez l'enfant, mais souvent les prises en charge étaient chez des enfants qui étaient déjà 8-10-12 ans, avec des problèmes je dirais d'éducation. ... Et dans ces cas-là, souvent, je... bon, j'étais beaucoup dans le surpoids, pas dans l'obésité, et je demandais souvent aux parents de ... bah en fait de consulter quelqu'un sur le plan diététique, avec l'accord de l'enfant. Je revoyais en gros leurs habitudes alimentaires, je voyais s'il y avait des prédispositions familiales, et c'était souvent en fait le problème. Et en fait, souvent, je proposais une consultation diététique un peu pour l'ensemble de la famille. Qu'était pas toujours bien... bien perçue, ni suivie, mais c'était en fait ma... ma démarche. Euh... voilà... Après, c'est vrai qu'avec les nouveaux carnets de santé, et après la formation, ça a été un peu plus facile, on va dire.
- AC : D'accord. Donc en fait, avant vous faisiez le poids, la taille, vous faisiez vos courbes de poids et de taille, et quand physiquement, manifestement, il y avait un problème, ou si, peut être la courbe de poids... euh...
- M : Oui. Quand au niveau de la courbe de poids je voyais qu'il y avait quand même un décalage d'une année sur l'autre, souvent aux examens d'aptitude au sport, à la rentrée, etc... je me dis « tiens, là, cet été, il s'est passé quelque chose » donc on discutait un petit peu surveillance du poids... et voilà, quoi. Mais j'étais à l'époque assez... craintive chez les filles sur... d'un risque de dire « oh là là, cet été t'as pris beaucoup de poids ! » parce que la crainte plus de l'anorexie que de l'obésité chez les filles [*rires*]. Chez les

garçons, c'est pas tout à fait la même... J'ai un peu 2 façons d'aborder les choses en fonction du sexe de l'enfant, c'est vrai.

AC : D'accord. Donc, à ce moment-là, vous ne calculiez pas du tout d'IMC. Vous vous basiez vraiment sur le poids.

M : Non, voilà

AC : D'accord. Est-ce que vous vous rappelez, peut-être, ce qui vous a incitée à participer à la campagne de Patrick ?

M : Je participe à toutes les campagnes.

AC : C'est marrant, c'est la réponse de tout le monde ! [rises]

M : J'ai rencontré Patrick Le Vaillant beaucoup dans les séminaires de l'UNAFORMEC, j'ai été à une époque longtemps formatrice à l'UNAFORMEC, j'ai arrêté parce que ça prenait trop de temps, et voilà. Patrick, j'ai fait partie du bureau départemental, avec Patrick, donc... quand il m'a proposé... [...] Et donc je me suis attachée à faire toutes les campagnes.

AC : D'accord.

M : Bon, l'obésité, ça m'a paru intéressant, parce que j'ai quand même un recrutement beaucoup d'enfants, femmes et enfants, donc c'est vrai que, en se disant effectivement « comment on peut faire ? » parce que c'est quelque chose qui semblait difficile, justement après la FMC de Georges Picherot, où on était un peu désabusé : on se disait « tiens il va nous donner des trucs, il va nous... » et puis on est sorti, je dirais, un peu ... déçu, on s'attendait à quelque chose de curatif, alors que là, on fait maintenant beaucoup de prévention, le reste... c'est très difficile...

AC : Bah, voilà, c'est ça. Mais, Georges Picherot, il vous avait parlé de ... du rebond d'adiposité, du fait qu'il fallait... Mais, entre votre soirée de FMC et la campagne de Patrick, vous n'êtes pas passée au calcul systématique de l'IMC ?

M : Je ne me souviens pas...

AC : Vous ne vous êtes pas dit « tiens, cet IMC, là vraiment... »

M : Si, je suis repartie là-dessus, mais à partir du carnet de santé. Pas avec la petite réglette...

AC : Oui, non-non, ça d'accord.

M : A partir de ... si, plus, plus, mais là, après en dépistage, chez les petits nourrissons, et entre 5 et 6, et 3 et 4, en repartant à partir du carnet de santé, là...

AC : Vous avez commencé à calculer vos IMC

M : Voilà. Oui.

AC : Donc après la soirée avec Mr Picherot.

M : Oui, ça... Mais en dépistage.

AC : En dépistage, on est d'accord. Chez les petits.

M : Voilà

AC : Est-ce que vous aviez une attente particulière vis-à-vis de la campagne de l'APS, ou est-ce que c'est vraiment un état d'esprit dans lequel vous êtes, de participer à toutes sans vraiment en attendre...

M : J'attendais p... non, je trouvais que c'était bien, parce que ça permettait aux parents, en fait, de se positionner, de... d'être acteur, avec nous, de la prise en charge. Avec les recommandations sur les activités sportives, l'alimentation, c'est pas juste le médecin qui dit « bon, il faut faire ça », il y a aussi, je dirais, le rôle de la cantine, il y a eu des évolutions importantes aussi au niveau des établissements scolaires, on a supprimé les friandises, etc, donc ça, c'est vrai... on a l'impression qu'il y eu, ... ça a permis d'impliquer un peu tout le monde. Et puis il ya des parents qui m'ont dit « C'est vrai que moi aussi, il faudrait que je fasse attention à mon poids » et quelques fois, on était

complètement dévié, parce que les mamans parlaient de leur problème de poids, et on échappait au dépistage chez l'enfant. Ca, j'ai remarqué souvent, quand même.

AC : Au cours de la campagne ?

M : Au cours de la campagne, en disant « bah oui, moi aussi, faudrait que je consulte, que je vous en parle », parce que souvent on retrouve quand même chez les enfants en surpoids, des parents en surpoids.

AC : C'est vrai, oui.

M : Ca a ouvert de nouvelles consultations !

AC : Oui du coup, finalement, vos idées étaient quand même assez claires après votre première FMC, vous n'aviez pas d'attente particulière ?

M : Oui, j'ai pas... ça n'a pas bouleversé, je dirais, ma prise en charge... Peut-être que, maintenant, c'est plus systématique. Par ex, à l'examen des... l'examen des 3 ans, c'est un examen qu'on ne fait pas parce qu'il est fait à l'école. Il y a beaucoup de parents qui me disent « moi, j'aimerais bien qu'on fasse en plus, ensemble », et là, je commence un petit peu à en parler, à anticiper, à leur montrer la courbe, et j'ai des parents, maintenant, en fait, eux-mêmes suivent la courbe, et...

AC : Comme avant, ils faisaient le poids la taille. On a des parents qui ...

M : Oui, c'est vrai. Mais peut être maintenant, parce qu'il y a quand même des campagnes, peut être de façon plus préc... enfin, plus rapprochée. Il y a même des excès inverses. Il y a des nourrissons, des mamans de nourrissons qui me disent « mon enfant, attention, je ne veux pas qu'il soit obèse », et il y a aussi, je dirais, des dérives de... avec des mamans qui sont...

AC : C'est un peu le risque qu'on prend... Est-ce que vous diriez qu'à l'heure actuelle vous avez un IMC par an et par enfant ?

M : Oui. Oui, ça oui. Maintenant, oui.

AC : D'accord. Et est-ce que vous avez dépisté des rebonds d'adiposité précoces ? Depuis la campagne ?

M : Depuis la campagne ? Ah oui, oui, ça c'est sûr.

AC : Où vous avez réussi à intervenir et à récupérer un peu le...

M : Aàààà, à mettre, oui, à, en fait... montrer aux parents qu'on était là dans le moment où il fallait vraiment faire attention, intervenir, oui.

AC : D'accord.

M : Et... alors, bon, je n'ai pas...

AC : Donc ça fait juste 1 an ½, donc c'est un peu difficile de...

M : Oui, oui, je n'ai pas encore de recul, mais ça c'est vrai.

AC : D'accord.

M : Avec des arguments maintenant plus faciles... Je pense que ça va porter dans les 2 ans qui viennent... Faudra refaire un peu le travail dans 2 ans ! [rires]. Parce que là, en fait, on y pense beaucoup, c'est toujours le même principe des campagnes, c'est que quand on est dans la campagne, on y pense énormément, quand on fait, je dirais comme chaque fois qu'on fait une action, quand on fait une évaluation des pratiques, sur un sujet pendant l'année qui suit, sur l'évaluation, on est performant, et puis le naturel revient au galop, on se laisse un peu embarquer par autre chose, déborder, puis... L'évolution du carnet de santé, je pense qu'elle y est pour beaucoup, parce que dans, je pense à d'autres dépistage, mais là je m'écarte, sur les troubles de la vue et de l'audition chez le petit, on a quand même là, des outils qui sont plus pratiques, dans le carnet...

AC : Oui, mais bon, là, on est à 1 an ½ de la campagne, on est à à peu près 2 ans de votre première formation, vous faites quand même toujours l'IMC de vos enfants !

M : Ah oui, oui-oui

AC : Et puis finalement, ce n'est pas... Enfin, je ne sais pas, vous disiez que vous étiez sortie de la formation avec Mr Picherot un peu déprimée, moi je trouve au contraire, de pouvoir dépister les rebonds d'adiposité, c'est vachement encourageant, parce que là, on est efficace.

M : Oui, oui, non-non, mais déprimée, enfin, c'est peut-être un peu excessif, mais on est tous sorti de cette soirée en disant « pfff, nos pauvres enfants obèses, qu'est-ce qu'on va pouvoir faire pour eux... » En fait, voilà, c'est ça. Et en fait, on cherchait quelque chose, une autre réponse, quelque chose de plus que ce que nous on pouvait faire, en nous heurtant à ... bah, quand même une sensation d'échec.

AC : Il est vrai que sur Nantes et sa région, on n'a pas de réseau encore [...] comme par exemple ils peuvent voir à Lyon ou Bordeaux, où il y a une réelle, bah comme dans n'importe quel réseau, comme dans un réseau asthme ou diabète, une réelle prise en charge multidisciplinaire de ces enfants. Et du coup, c'est beaucoup plus simple de les adresser, parce que voilà, il y a un problème de poids, bah hop réseau, quoi.

M : J'ai eu un enfant obèse qui avait été adressé, alors c'était pas dans la région, c'était en Bretagne, l'enfant avait été isolé, parce que parents obèses, et problèmes inter familial, séparation donc en fait ça c'était terminé, l'enfant avait été hospitalisé parce qu'il avait une complication, je ne sais plus à quelle occasion, infectieuse, je crois que c'était pyélonéphrite, et, l'hôpital de St Nazaire, on s'était occupé de son problème d'obésité, et en fait l'enfant avait été pris en charge à l'époque, il y a longtemps de ça, en Bretagne, en hospitalisation, euh... Ça avait été un peu, je dirais, difficile, pour tout le monde. Je m'étais dit « bon bah si c'est la seule prise en charge possible pour un enfant obèse, c'est quand même très lourd »... Donc c'est vrai que... Autant il y a une prise en charge chez l'anorexique...

AC : Oui, c'est vrai

M : ... qui est maintenant bien faite, autant chez l'enfant obèse on n'a pas ces possibilités.

AC : Pas encore, mais...ça va se mettre en place...

M : Je pense que c'est quand même plus fréquent que... heureusement... que les anorexiques. Peut être moins de risque à court terme donc c'est moins dans l'urgence...

AC : Voilà, c'est moins dans l'urgence, c'est plus une prévention vraiment sur le long terme parce que ça fera des adultes diabétiques, avec de l'arthrose, etc, etc...

Merci ! Peut être juste encore pour vous situer un peu mieux, qu'est-ce que vous faites dans la vie ?

M : De la médecine !

AC : Vous avez été impliquée au niveau de l'UNAFORMEC pendant quelques années, vous êtes maitre de stage

M : Je suis maitre de stage, je fais partie de l'association locale de FMC. Donc, en ce moment, notre gros travail, c'est la mise en place du CAPS. Voilà, essentiellement.

AC : Vous êtes installée depuis combien de temps ?

M : 20 ans

AC : Vous avez toujours été en association ?

M : Oui, avant, j'étais associée dans le bourg. Et quand mon associé a arrêté son activité, on a créé ce cabinet-là, avec deux autres médecins et un kiné.

AC : Très bien, merci beaucoup.

Entretien Médecin N°15

M : L'impact, il est tout d'abord économique. Vous pouvez raconter ce que vous voulez aux parents, si les parents n'ont pas les moyens financiers d'acheter quoique ce soit pour les enfants, ça ne fonctionne pas.

AC : On est bien d'accord.

M : Et actuellement, ça ne fonctionne pas. Les parents ont des budgets prioritaires, et la nourriture, que ce soit la leur ou celle des enfants, ça ne fonctionne pas. Ils vont chercher les produits meilleurs marchés à n'importe quel endroit, et c'est pas forcément les moins gras. Donc quand ils vont faire leurs courses chez Lidl parce que c'est quand même moins cher qu'à la superette du coin, voire même moins cher que la grande surface lambda, oui, vous ne pouvez pas avoir en aucun cas une garantie de succès sur l'obésité de l'enfant. C'est impossible.

AC : C'est sûr. On est bien d'accord qu'en ce moment, c'est...

M : En ce moment, c'est économique, ça a toujours été comme ça, c'est pas possible. Ensuite, quand ils vont dans les grandes surfaces, il y a tous les bonbons à tous les rayons qui traînent, soit on les interdit, soit, comment s'appelle, je ne sais pas, mais c'est purement, purement économique. Actuellement, une façon de se faire plaisir, c'est d'acheter des bonbons, et des trucs, les adultes les mangent, et les enfants aussi. Donc, après... Déjà, ça, à mon avis, c'est la plus grosse forme d'empêchement. Ensuite, il y a l'image corporelle : les parents ne trouvent pas leurs enfants particulièrement gros. Certains aiment même les gros enfants, les gros bébés, pensant qu'ils sont bébés jusqu'à un certain âge... Donc, c'est difficile. Et ensuite, quand il y en a un de plus gros dans une famille, il est incompréhensible de faire comprendre aux parents que toute la famille est au régime. C'est impossible ! C'est culturel, on doit manger ! Alors, sans parler des grands-parents qui reçoivent les enfants, où il faut une entrée, un plat de résistance, fromage, dessert, il y a forcément un petit quelque chose, plus un goûter, plus machin, c'est culturel. On n'arrive pas à faire comprendre aux grands-parents qu'il ne faut pas leur donner à manger, et aux parents, c'est pareil. Et que quand un enfant est au régime dans la famille, toute la famille est au régime : y a plus de gâteaux, y a plus de coca, y a plus rien. Elle fait les courses, elle achète au jour le jour, et elle enlève... Alors faut pas priver les autres ! Comment voulez-vous faire ?

AC : Ça pose la question de la place particulière de l'enfant obèse dans la fratrie

M : Ce n'est pas nous qu'il faut éduquer, ce sont les familles qu'il faut éduquer. Donc le gouvernement perd son temps en pensant que des médecins éduqués vont réussir à faire quelque chose.

AC : Alors, peut être pas en termes de prise en charge, mais peut être en termes de dépistage précoce ? Et on sait que c'est plus facile en termes de dépistage précoce.

M : Heu... le dépistage précoce, ça ne change pas grand-chose, à mon avis. Les parents sont avertis, c'est pas pour ça qu'ils changent d'attitude. C'est pas nous qui faisons les courses pour les enfants, ... ça c'est...

AC : On est bien d'accord. Est-ce qu'avant de recevoir la visiteuse de l'URML, vous aviez entendu parler déjà du dépistage précoce de l'obésité de l'enfant ?

M : Quand j'écoute les informations, puisque je ne les écoute que très rarement, on n'entend parler que de ça. Quand ils n'ont rien à dire, c'est forcément l'obésité qui va passer en premier. On a souvent des informations télévisées sur ce sujet, des documentaires et ainsi de suite.

AC : Mais, dans le domaine professionnel en particulier ?

M : Euh, non, ça fait 12 ans que je suis installé, donc ça ne fait pas très longtemps que je suis sorti de la faculté, on n'en avait pas entendu particulièrement parler avant.

AC : D'accord. Qu'est-ce qui vous a incité à accepter de recevoir cette visiteuse ?

M : Ben parce qu'elle venait à mon cabinet, donc c'était déjà plus simple pour moi que de me déplacer la nuit.

AC : C'est sûr. Est-ce que vous aviez des attentes particulières, vis-à-vis d'elle ?

M : Oh bah, non. Elle m'a apporté le cahier que j'ai encore là, avec les grilles de corpulence et ainsi de suite. Je n'avais pas d'attente particulière. Elle venait me présenter le sujet, donc c'était parfait. Je n'avais pas à me déplacer, c'était entre 2 consultations, enfin, comme vous, c'était exactement le même principe, donc ça ne perturbait pas mon emploi du temps, et ça ne perturbait pas mes soirées. Donc c'était parfait.

AC : Effectivement.

M : D'être formé à mon bureau, par quelqu'un, alors que je n'ai pas à me déplacer à 20h le soir, alors que j'ai fini ma journée, qu'il faut que je ressorte, me stationner, et qu'en plus il faut gérer ses enfants et compagnie... Parfait ! Alors là, franchement, c'était bien vu, ça. J'allais pas la refuser, si vous voulez.

AC : D'accord. Et alors, est-ce que vous avez l'impression qu'elle vous a apporté quelque chose ?

M : Elle m'a apporté au moins les documents que je ne possédais pas, c'est-à-dire les grilles, comme a fait l'APS, là.

AC : Pourtant, vous les aviez reçus par le ministère de la santé quelques mois auparavant.

M : Mmm, mmm. Tout ce que je reçois par le ministère de la santé qui pourrait avoir un intérêt est derrière vous dans le placard. Pour dire si on en reçoit ! C'est l'étagère que vous regardez. Bah, parce qu'on n'a pas le temps de tout lire. Hein, quand vous recevez le Quotidien du Médecin tous les jours, les courriers des confrères tous les jours, l'HAS tous les jours, ensuite vous aurez encore un truc du ministère de la santé tous les jours, plus la publicité, pffff. Le courrier après faut le classer, il est vite épluché. Donc, en plus ça vient du ministère de la santé, donc on se dit « ça va bien, ils commencent à nous faire suer, c'est encore une alerte machin... » pffuit, [*rires*] ça dégage comme beaucoup de choses, hein, après c'est le médecin conseil qui vous écrit, vous faites un protocole ALD 30, coronaropathie, vous en faites 3, il vous renvoie 3 fois le même papier de l'HAS « comment prendre en charge une coronaropathie », quoi, c'est bon [*rires*]. Vous allez en classer, du papier, autant comme autant. Donc en général, ça passe à la trappe. C'est une toute petite feuille, un alinéa, y a pas une courbe, y a rien, donc, aucun document à remettre aux parents, pfff. C'est pas facile. Donc ça, c'est passé à l'as.

AC : D'accord. Du coup, vous avez utilisé le matériel qu'elle vous a remis ?

M : Heu... J'utilise parfois le matériel qu'elle m'a remis, oui.

AC : D'accord.

M : Souvent, non, parce que je n'ai pas beaucoup de gros dans ma clientèle.

AC : D'accord. Donc vous avez un petit peu modifié vos pratiques ?

M : Non, concernant l'explication aux parents... parce qu'on n'avait pas forcément besoin des échelles pour dire qu'ils étaient gros, hein, heu... [*interruption par le téléphone*] Voilà, moi, c'est comme ça que je fonctionne. On leur répète 1 fois, 10 fois, 20 fois, pfff, c'est, c'est lassant.

AC : Et alors en mars 2007, vous avez fait la campagne de l'APS ?

M : Je n'ai pas fait celle-ci. Mes campagnes ont commencé après mars 2007. [...] Ils m'ont appelé au moment de la mi-2007.

AC : D'accord. Est-ce qu'à l'heure actuelle, vous avez un IMC pour tous les enfants que vous voyez, ou pas ?

M : Non. Bah, non, il y en a qui n'en ont pas besoin, hein.

AC : Bah en fait, si, ils en ont tous besoin, dans le sens où ça permet de suivre le rebond d'adiposité, donc de dépister précocement un risque d'obésité, et donc d'intervenir avant

M : Mais les maigres, si je leur fait un IMC, ça va pas me changer la vie.

AC : Non, sauf s'il est en train de changer de couloir, tout en restant...

M : Oui, m'enfin, là, nous on les voit régulièrement, les enfants, donc rien qu'à l'œil, déjà, on voit si l'enfant a grossi ou maigri. Comme les miens, j'en ai 3, je peux vous dire qu'ils n'ont pas pris 1 gramme depuis... Je vois bien, sans IMC, je vois bien que mes enfants n'ont absolument pas bougé de poids depuis... depuis... enfin je veux dire qu'ils grandissent et qu'ils grossissent, mais je vois bien qu'ils ne changent pas de poids, si vous voulez. Et je sais qu'il y a celui qui est gros dans la famille et pas les autres, si vous voulez. Celui qui est gros, je n'ai pas besoin d'IMC pour savoir qu'il est un peu en surpoids.

AC : Oui, mais peut être que si vous aviez vu son rebond d'adiposité arriver à 4 ans ½ au lieu de 6 ans

M : a aurait changé quelque chose ?

AC : Bah oui, vous auriez pu faire attention plus tôt, et du coup il n'aurait peut-être jamais été gros.

M : Ben non, il mange comme les autres, il mange plus que les autres, c'est tout. Mais on n'a rien fait. Je suis comme les autres parents, parce que j'ai pas le temps, ou il mange plus à table. Bon, on a très peu de friandises, y a pratiquement pas de jus et rien de tout ça dans les placards, mais il mange plus à table que les autres, il va manger plus de pain plus de fromage et ainsi de suite. On a beau lui dire un petit peu, ça va pas au-delà, quoi.

AC : Il a quel âge ?

M : Là, actuellement, il a 11 ans. Mais, il a 3 kg de trop, quoi. Par rapport à ses frères, il a 3 kg de trop. Mais bon, ce n'est pas pour ça qu'on a fait quelque chose. Donc on est comme les autres parents. C'est un manque de temps, c'est un manque de... Quand vous avez fait les devoirs et compagnie, s'il faut en plus se battre pour la nourriture, c'est, on fait comme les autres parents, lâcher un peu le morceau pour certains trucs.

AC : Ok.

M : C'est vraiment ça, hein. Les parents n'ont pas plus le temps que moi, quand je sors d'ici, heu, pour aller leur dire « ah non, faut pas manger ça, faut pas manger ça. » Bien que dans les courses, y a pratiquement pas grand-chose de plus calorique que la moyenne. C'est moi qui les fait en général, donc, on a supprimé toutes les cochonn... Mais il mange, il va manger en quantité. Il va se servir un peu plus que les autres dans le plat et ainsi de suite, donc, c'est vraiment ça. J'ai bien réussi à maigrir, donc, il, comment s'appelle, par rapport à ce qu'il y a sur la table, c'est qu'il mange un peu plus. Si moi j'ai maigri, c'est qu'il mange plus. [rires]

AC : Y a des chances...

M : Ah bah certainement ! Si moi j'ai perdu 10 kg, lui, il mange plus.

AC : Ou il mange différemment.

M : Ah non, il mange la même chose que nous, c'est sûr, il mange plus. Puisqu'avant je terminais leurs assiettes, maintenant je ne le fais plus, c'est qu'il mange plus. Donc moi, j'ai l'explication, pour ma famille.

AC : D'accord.

M : Donc, finalement, en dehors de vous avoir apporté des documents, elle vous a apporté quelque chose, en termes de connaissances, ou en termes de pratiques, cette visiteuse, ou pas ?

AC : Oh, bah, certainement un petit peu. Il en reste forcément un petit peu. On ne peut pas dire qu'elle ne nous apporte jamais rien. C'est un peu comme les laboratoires qui nous apportent PARFOIS une information. Là aussi, c'est parfois une information. Il est plus facile d'avoir la formation par quelqu'un qui vient nous l'amener que d'essayer de la lire dans le journal qu'on va survoler un jour, et le jour où on n'a pas le temps, l'information

va être survolée, hein. Le jour où j'ai eu le temps de lire le journal, je lis le journal, le jour où je n'ai pas le temps, l'information est survolée, c'est pas ça qui va me changer la vie, hein. Donc là, c'est un peu la... C'est l'intérêt d'avoir quelqu'un qui va venir nous présenter le sujet de temps en temps.

AC : OK. Donc dans...

M : L'intérêt aussi, c'est d'avoir un entretien individuel. Plus on est nombreux dans une conférence, plus il y en a à dormir dans le fond et moins vous en retenez. Vous en mettez 10, on est 8 à suivre, vous en mettez 20, il n'y en a plus que 10 à suivre et ainsi de suite. Dans tout congrès, quand il y en a 40, il y en a 5 ou 10 à discuter dans le fond sans écouter ce qui se passe.

AC : Oui. C'est ... la nature qui veut ça [*rires*]

M : Oui, c'est la nature qui veut ça. Donc à mon bureau, je suis obligé d'être plus attentif que si j'étais en conférence le soir à 20h30 en me disant « pourvu que ça se termine rapidement que je rentre... » Ca aussi, c'est cet intérêt là.

AC : D'accord. Vous faites partie d'un groupe de FMC ou pas du tout ?

M : Oui.

AC : Et ce thème avait été abordé, ou pas ?

M : Pas encore.

AC : vous n'avez pas participé depuis à d'autres actions sur ce thème-là ?

M : Non.

AC : très bien. Simplement pour vous situer un peu plus, vous disiez que vous avez quitté la fac il y a 12 ans ?

M : Un peu plus, je me suis installé depuis le 1^{er} janvier 97, j'ai fait des remplacements entre temps, ma thèse a dû être en novembre 95.

AC : Et vous avez toujours été installé dans Nantes, seul, mais en partageant des locaux ?

M : Oui, oui. On est dans un quartier plutôt aisé, et on n'a pas beaucoup d'obèses.

ANNEXE 3

Unités Minimum de Signification

1

M3 : « Non, pas tant. Pas tant, honnêtement, pas tant. »

M7 : « Pas aussi bien, on va dire »

M8 : « Oui, enfin, le suivi des courbes, pas plus que ça »

2

M9 : « A ce moment-là, je ne suivais que les patients à risque. D'hyper. » et « C'est vrai que je ne calculais l'IMC que pour ceux qui avaient un risque »

M13 : « Pas en dépistage. Plutôt en diagnostic »

M14 : « Quand au niveau de la courbe de poids je voyais qu'il y avait quand même un décalage d'une année sur l'autre... »

M10 : « avant c'était vraiment pour les cas très...où vraiment c'était évident. »

3

M3 : « le truc de pédiatrie, donc, ça m'intéressait... Ca, c'est un critère quand même important »

M7 : « Je trouvais le sujet intéressant, on est confronté à pas mal d'enfants... avec des enfants justement un peu trop forts, on va dire... »

M1 : « Je trouve que ça fait partie du quotidien de la médecine »

M14 : « Bon, l'obésité, ça m'a paru intéressant parce que j'ai quand même un recrutement beaucoup d'enfant, femmes et enfants. »

M6 : « Et puis, je sais que c'est un problème qui s'aggrave, donc... que c'est pas fini, qu'on va avoir de plus en plus, enfin...donc, ben, qu'il faut bien prendre ça en charge même si c'est complexe. »

4

M8 : « Parce qu'on a énormément de lacunes à ce niveau là... Euh, on n'a pas aucune... A notre époque, il n'y avait aucune formation..., il n'y avait aucune formation universitaire à ce niveau là. »

M7 : « Pour se former. Voilà, on a besoin de se former de temps en temps, donc on fait des stages. »

M12 : « il me semblait que c'était la suite. De ma formation, voilà. »

M1 : « ça m'a intéressé, pour faire suite à cette formation, de la recevoir »

5

M15 : « Ben parce qu'elle venait à mon cabinet, donc c'était déjà plus simple pour moi que de me déplacer la nuit. » et « Je n'avais pas à me déplacer, c'était entre 2 consultations, enfin, comme vous, c'était exactement le même principe, donc ça ne perturbait pas mon emploi du temps, et ça ne perturbait pas mes soirées. Donc c'était parfait »

M3 : « Après c'est une question de dates, une question de répartition dans l'année, et après, ça dépendait de mon associé »

6

M14 : « Je participe à toutes les campagnes ... J'ai rencontré Patrick Le Vaillant beaucoup dans les séminaires de l'UNAFORMEC [...] Et donc je me suis attachée à faire toutes les campagnes. »

M10 : « Euh, bah j'ai participé à toutes les campagnes de l'APS. C'est un état d'esprit. »

M9 : « Moi, je suis plutôt un peu pour la prévention »

M5 : « Je ne sais pas, parce que je les fais toutes. »

7

M4 : « ... Je sais pas, en fait [*rires*]. Non, je pense que c'était euh...ouais, je ne sais pas ce que j'attendais de l'APS... bah voir... non je sais pas, parce que je faisais déjà avant, donc... »

M12 : « Je ne sais pas... »

M13 : « Euh... et ben... Qu'est-ce que j'en attendais ? Je ne me souviens plus... [*rires*] probablement, effectivement se... »

8

M1 : « ben de confirmer ... l'information que j'avais eu à la formation, ce qui a été le cas. »

M6 : « ...Je crois... une meilleure information personnelle, d'avoir une... d'être plus attentive à ça. »

M7 : « ... bah avoir de nouvelles informations »

M12 : « ... Je ne sais pas, me conforter dans ma pratique...c'est tout... »

9

M15 : « Oh, bah, certainement un petit peu. Il en reste forcément un petit peu. On ne peut pas dire qu'elle ne nous apporte jamais rien. C'est un peu comme les laboratoires qui nous apportent PARFOIS une information. Là aussi, c'est parfois une information. »

10

M2 : « Donc ça m'a permis de découvrir que mon logiciel me permettait de bosser... »

M9 : « Parce que je ne maîtrisais pas complètement l'ordinateur, et je ne voyais pas comment il pouvait me le faire en automatique »

M10 : « C'est vrai que sur l'ordinateur on a le... Il se met tout seul. On met poids taille et paf, on a l'IMC, le chiffre s'affiche automatiquement. »

11

M2 : « On avait Piloquet qu'était venu nous faire une formation, chez nous, en FMC, qu'avait commencé un peu à nous sensibiliser au truc... Donc, voilà, ça enfonçait le clou, un peu... » et « Ca faisait suite à une réflexion qui avait déjà commencé à germer à ce moment là. »

M7 : « J'en ai fait plusieurs, des séminaires... » et « Oui, toujours oui, pour se remettre au clair les idées, puis plus on en parle, plus c'est... »

M11 : « Chaque campagne nous booste un peu pour... » et « A chaque fois, je vous dit, ça donne un petit aiguillon , et ... on est un petit peu plus... stimulé pour le faire, sans... Donc c'est vrai que la campagne avec l'APS, ça a remis... un an après, ça remet... »

M12 : « Mais je crois qu'on peut faire encore mieux. Alors, peut-être qu'il faudrait un deuxième passage, hein. Mais bon. Je crois qu'un de ces jours, je vais consacrer 2 jours à ça »

12

M5 : « Maintenant, il faut que les parents acceptent »

M11 : « C'est un sujet très délicat, ça peut être une source de fâcherie. » et « il y a quand même des cas où je me sens obliger de déléguer, ... parce que la situation est particulièrement difficile, parce que je sens que j'irais au conflit avec la maman. »

M13 : « Du coup, là, c'est plus compliqué au niveau familial »

M14 : « Je proposais une consultation de diététique un peu pour l'ensemble de la famille. Qu'était pas toujours bien... bien perçue, ni suivie, mais c'était en fait ma ... ma démarche. »

13

M13 : « Parce que bon, ça fait partie, quand même des coutumes. »

M15 : « C'est culturel, on doit manger ! »

14

M10 : « le problème des grands-parents, des fois quand les enfants sont gardés par les grands parents, donc c'est le même problème, la mère est consciente du problème, mais tant que l'enfant n'est pas scolarisé et mange à la cantine, on a du mal des fois à faire changer les habitudes alimentaires. »

M13 : « en fonction qu'on les pèse après les vacances scolaires, et qu'ils ont passé un mois chez les grands-parents, à manger des gâteaux, etc... » et « Et donc on s'aperçoit effectivement, bah là, du coup qu'ils ont passé un mois chez les grands parents, et qu'ils ont été remplis, gavés, on va dire. »

M15 : « Alors, sans parler des grands-parents qui reçoivent les enfants, où il faut une entrée, un plat de résistance, fromage, dessert, il y a forcément un petit quelque chose, plus un goûter, plus machin, c'est culturel. »

15

M2 : « C'est à dire qu'après on regarde le morphotype parental, et on se dit « boum, d'accord... » et puis voilà. »

M14 : je voyais s'il y avait des prédispositions familiales, et c'était souvent en fait le problème. Et en fait, souvent, je proposais une consultation diététique un peu pour l'ensemble de la famille. »

M10 : « Donc il y a certaines familles où c'est, où c'est » et « donc il ya un facteur génétique, sûrement le papa est plutôt... assez dodu, quoi, en surpoids »

M13 : « Alors après, quand ils sont en surpoids ou en obésité, là, du coup, on s'aperçoit que les parents ont le même problème, ou du coup, voilà. Du coup, là, c'est plus compliqué au niveau familial. »

16

M4 : « et puis je pense que c'est bien de faire de la prévention. »

M9 : « Moi je suis plutôt un peu pour la prévention »

M10 : « C'est un état d'esprit. J'ai commencé ici dans le centre de santé de St Nazaire, on était salarié, où il y avait une personne qui s'occupait à temps complet de la prévention. On était une dizaine de médecins, donc il y avait des actions de prévention, avec ... déjà c'est vieux, de 1983 à 1986. J'étais en fin d'internat.

M11 : « Il faut cibler la prévention quand même aux préoccupations des gens. »

17

M15 : « ce sont les familles qu'il faut éduquer ! [...] Les parents sont avertis, c'est pas pour ça qu'ils changent d'attitude. C'est pas nous qui faisons les courses pour les enfants, ... ça c'est... »

18

M6 : « Ca se rajoutait à une consultation pour un autre motif, c'était pas... »

M10 : « Oui, je ne le fais pas systématiquement. Alors là, ça dépend du temps, en gros. Si je ne suis pas en retard, qu'il n'y a pas trop de problèmes, j'ai eu le temps, bon, je... Si, comme toujours, on est plutôt pris par le temps, à ce moment-là... »

M5 : « Puis, il n'était pas venu spécialement pour ça, hein. »

M14 : « On se laisse un peu embarquer par autre chose, déborder, puis... »

NOM : BENOTEAU

PRENOM : Anne-Claire

Titre de Thèse :

**DEPISTAGE PRECOCE DE L'OBESITE DE L'ENFANT : LA
FORMATION NOUS REND-ELLE PLUS PERFORMANTS ?**

Entretiens avec 15 généralistes de Loire Atlantique

RESUME

Contexte : La progression de l'obésité de l'enfant est un problème de santé publique en France depuis une dizaine d'années. Il est pourtant reconnu que la prévention passe par le dépistage précoce. Celui-ci consiste à calculer systématiquement l'indice de masse corporelle des enfants vus en consultation, et à reporter les valeurs sur la courbe de corpulence. Des actions sont donc menées par différents organismes et associations dans le cadre de la formation permanente, afin d'inciter les praticiens à mener ce dépistage. **Objectifs :** Déterminer si 3 de ces actions ont entraîné une amélioration des performances en termes de dépistage. **Méthode :** J'ai interviewé 15 des généralistes ayant participé à l'une ou plusieurs de ces actions, selon la technique de l'entretien semi-directif, et réalisé une analyse de contenu des discours recueillis. **Résultats :** 14 des 15 médecins interrogés déclarent dépister l'obésité de l'enfant à l'issue de cette(ces) formation(s) ; pour 12 d'entre eux, il s'agit d'un dépistage systématique. Cela représente une modification des pratiques professionnelles pour 11 médecins. **Conclusion :** En Loire Atlantique, les actions de formation de 2006 et 2007 que j'ai étudiées ont permis une amélioration des performances de dépistage chez 92 % des médecins interviewés.

MOTS-CLES

Obésité – enfant – surpoids – dépistage – prévention – formation médicale continue (FMC)
– médecine générale – recherche qualitative – entretien – indice de masse corporelle (IMC)
– courbe de corpulence – santé publique