



HAL
open science

Identification des facteurs limitant et des facteurs favorisant l'inclusion, par les médecins généralistes, d'enfants en surpoids dans le réseau POIPLUME, réseau mosellan de prise en charge de l'obésité infantile. Étude qualitative par Focus Groupes

Cécile Quenet

► **To cite this version:**

Cécile Quenet. Identification des facteurs limitant et des facteurs favorisant l'inclusion, par les médecins généralistes, d'enfants en surpoids dans le réseau POIPLUME, réseau mosellan de prise en charge de l'obésité infantile. Étude qualitative par Focus Groupes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01734084

HAL Id: hal-01734084

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734084>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
par

Cécile QUENET

Le 10 octobre 2013

**Identification des facteurs limitant et des facteurs favorisant
l'inclusion, par les médecins généralistes, d'enfants en surpoids
dans le réseau POIPLUME, réseau mosellan de prise en charge
de l'obésité infantile.**

Étude qualitative par Focus Groupes

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Olivier ZIEGLER	Président
M. le Professeur Serge BRIANÇON	Juge
M. le Professeur François FEILLET	Juge
Mme le Docteur Elke BAHNER-ENNASSIH	Juge
Mme le Docteur Hélène GARDE-MARTY	Juge et Directrice



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie » : **Mme la Professeure Karine ANGIOI**
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : **Mme la Professeure Annick BARBAUD**
Vice-Doyen Mission « Finances » : **Professeur Marc BRAUN**

Asseseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
 Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
 Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
 Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
 Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
 Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
 Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
 Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
 Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
 René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
 Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
 Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRASBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

À notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Olivier Ziegler

Professeur de Nutrition

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de notre haute considération, de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur François FEILLET

Professeur de Pédiatrie

Vous nous faites l'honneur de nous accorder votre attention en acceptant de juger notre travail. Recevez ici le témoignage de notre profond respect et de toute notre reconnaissance.

À notre Juge

Madame le Docteur Elke BAHNER-ENNASSIH

Pédiatre et coordinatrice du réseau POIPLUME (Metz)

Nous vous remercions vivement d'avoir accepté de juger cette thèse et pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Nous vous remercions pour votre disponibilité, vos conseils et vos encouragements.

À notre Juge et Directrice de Thèse

Madame le Docteur Hélène GARDE-MARTY

Docteur en Médecine Générale (Metz)

En acceptant de prendre la direction de cette thèse, vous m'avez soutenue et guidée tout au long de ce travail. Merci pour votre enthousiasme et votre disponibilité.

Recevez ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

À Monsieur le Docteur Jean-Michel MARTY, Docteur en Médecine Générale,
Nous vous remercions pour vos précieux conseils, votre disponibilité et votre aide apportés dans la réalisation de travail.

Aux dix-neuf médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette enquête,
Un grand merci pour votre enthousiasme et votre disponibilité. Sans vous, la réalisation de ce travail n'aurait pas été possible.

À tous les médecins et à toutes les équipes paramédicales qui m'ont formée et accompagnée tout au long de mes stages,
Merci pour votre accueil et pour toutes les connaissances que j'ai acquises à vos côtés.

À mes maîtres de stage de médecine générale : Docteur Hélène GARDE-MARTY, Docteur Jean-Michel MARTY, Docteur Christine LEFEBVRE, Docteur Marie-France BAUDOIN,
Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale et apprécier l'exercice de ce métier.

À tous les médecins généralistes que j'ai croisés au cours de mes remplacements,
Merci pour la confiance que vous me témoignez et pour tout le savoir que j'acquiers à vos côtés.

À Pascale VINCENT et à Laurence GOURET, du Département de Médecine Générale,
À Valérie FABRE et Mathieu TOURTELLE, du secrétariat des Thèses,
Je vous remercie pour votre aide lors de toutes les démarches administratives, votre disponibilité et votre gentillesse.

À Adrien,
Merci d'avoir animé les focus groupes et ce d'une main de maître.
Merci pour ta présence à mes côtés et ton soutien résistant à toute épreuve...

À mes parents,
Vos encouragements et votre aide inestimable m'ont permis de venir à bien de ses dix années d'études. Je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir permis de devenir la personne que je suis aujourd'hui.
Merci Maman pour tout l'intérêt que tu as porté à cette thèse, pour tout le temps que tu as consacré à la relecture de mon travail et pour tous les précieux conseils que tu as su me donner.

À mes frères Christophe et Cyril,
À Mounie, ma grand-mère maternelle,
À Pépé et Mamie, mes grands-parents paternels,
Merci pour votre soutien et pour tous les bons moments passés ensemble en famille...ils me sont si chers !

À Grand-Père, mon grand-père maternel,

Je pense que tu aurais été fier de ta chouchoulette. J'aurais aimé que tu attendes un peu avant de t'en aller. Tu auras toujours une place dans mon cœur.

À mes amis : Sandrine, Anne-Laure, Céline, Laetitia, Cécile, Niko, Julie, Marie et tous les autres,

Merci pour tous les bons moments passés ensemble et les souvenirs inoubliables que nous partageons !

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	21
I. INTRODUCTION.....	22
II. SURPOIDS ET OBÉSITÉ DE L'ENFANT (3).....	23
A. Définition.....	23
B. Prévalence en France	24
C. Intérêt du dépistage : les risques de l'obésité.....	24
D. Dépistage et surveillance.....	26
E. Prise en charge.....	26
1. Principes	26
2. Moyens thérapeutiques.....	27
3. Modalités de suivi : les trois niveaux de prise en charge	28
III. PRÉSENTATION DU RÉSEAU POIPLUME.....	29
A. Définition des réseaux de santé	29
B. Le réseau POIPLUME.....	29
1. Objectifs	29
2. Organisation	30
3. Prise en charge de l'enfant	30
a. Objectifs	31
b. Modalités.....	31
4. Finalité du réseau	32
5. Financement et évaluation.....	32
IV. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	34
A. Objectifs de l'étude et choix de la méthode.....	34
1. Objectifs de l'étude	34
2. Choix de la méthode qualitative.....	35
B. La méthode des focus groupes.....	35
1. Définition	35
2. Echantillonnage.....	36
a. Recrutement des participants.....	36
b. Caractéristiques des participants	38
c. Comparaison de l'échantillon à la population.....	39

3.	Élaboration du guide d'entretien	46
4.	Organisation et déroulement des groupes de discussion	47
a.	Organisation logistique	47
b.	Animation.....	48
5.	Recueil des données	49
6.	Analyse des données	49
7.	Avantages et inconvénients de la méthode par focus groupes	51
a.	Avantages	51
b.	Inconvénients	51
C.	Entretiens individuels semi-dirigés.....	52
D.	Les critères de scientificité en recherche qualitative.....	53
1.	La validité interne ou la crédibilité.....	53
2.	La validité externe ou la transférabilité.....	53
3.	La fidélité ou la cohérence interne	54
4.	L'objectivité ou la fiabilité.....	54
V.	RESULTATS	55
A.	Le surpoids de l'enfant	55
1.	Diagnostic et identification de ses origines.....	55
a.	Définition du surpoids de l'enfant.....	55
b.	Diagnostic du surpoids	56
c.	Aborder le problème du surpoids avec les familles.....	57
d.	Etiologies.....	58
2.	Prise en charge	58
a.	Conduite tenue par le médecin généraliste.....	58
b.	Inclusion de l'enfant dans le réseau POIPLUME.....	60
c.	Mesures à mettre en place	61
d.	Intervenants extérieurs	62
e.	Suivi par le médecin généraliste.....	62
f.	Relations entre le médecin, l'enfant et les parents	63
g.	Objectifs	64
h.	Moyens proposés pour arriver à stabiliser l'IMC.....	64
i.	Comparaison avec d'autres maladies chroniques.....	65
3.	Formation et information des médecins	66
a.	Formation	66
b.	Informations au sujet de POIPLUME	67

B. Facteurs favorisant l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME.....	68
1. Avantages du réseau POIPLUME.....	68
a. Ressources offertes par le réseau.....	68
b. Prise en charge pluridisciplinaire sur un même site	68
c. Présence de la famille et rencontres avec d'autres enfants.....	69
2. L'enfant, les parents, l'entourage et le médecin.....	70
a. Attitudes communes des parents et de l'enfant	70
b. Attitudes des parents	70
c. Attitudes de l'enfant	72
d. Actions de l'entourage	72
e. Attention portée par le médecin à la pédiatrie et à l'obésité	72
3. Atouts pour le médecin	73
a. Prise en charge adaptée au type de patientèle	73
b. Soutien du médecin par le réseau.....	74
c. Avantage d'être le médecin de famille.....	74
d. Facteurs encourageant le médecin.....	74
C. Freins à l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME.....	75
1. Le temps	75
a. Le temps pour le médecin	75
b. Le temps pour les familles	76
c. La durée de suivi	77
2. Climat social, économique, culturel et environnemental	77
a. Contexte socio-économique et culturel	77
b. Situation familiale	78
c. Environnement et habitudes de vie	80
3. Les parents et l'enfant	80
a. Sentiments des parents	80
b. Sentiments des enfants	81
c. Sentiments communs aux parents et aux enfants	82
d. Représentation du surpoids	82
4. Facteurs liés au médecin limitant l'inclusion.....	83
a. Activité et type de patientèle.....	83
b. Difficultés du médecin	83
c. Résultats non satisfaisants pour le médecin	84
d. Ressentis des médecins et conséquences.....	85

D. Synthèse des principaux résultats	86
VI. DISCUSSION DE LA METHODE	90
A. Les aspects positifs de l'étude	90
B. Les limites de l'étude	91
1. Difficultés rencontrées lors de l'échantillonnage	91
2. Les modifications du guide d'entretien	92
3. Le déroulement des focus groupes : les interventions de l'observateur	93
4. Le déroulement des entretiens individuels : l'insistance de l'enquêteur	93
VII. DISCUSSION DES RESULTATS	95
A. Le surpoids de l'enfant sous-diagnostiqué	95
1. Par les parents	95
2. Par les médecins	95
3. Les causes de ce manque de dépistage :	96
a. Sous-utilisation de l'IMC, de la courbe de corpulence et du rebond d'adiposité précoce	
96	
b. Manque de connaissances et d'accès aux outils de dépistage	97
B. Les difficultés de la prise en charge du surpoids chez l'enfant	98
1. Pour les familles	98
a. S'engager dans les filières de soins	98
b. Le surpoids : une histoire familiale	98
c. La culture	100
d. Des inégalités socio-économiques	101
e. Des habitudes difficilement modifiables	102
2. Pour les médecins	103
a. Insatisfaction quant à la prise en charge du surpoids de l'enfant	103
b. L'obésité : une maladie multifactorielle	103
c. La résistance des parents	104
d. Le manque de moyens	105
e. Le manque de compétence	107
f. L'échec et le pessimisme	107
C. Des solutions pour lutter contre le surpoids de l'enfant	108
1. Le réseau de prévention, de dépistage et de prise en charge du surpoids de l'enfant ...	108
a. Une aide souhaitable	108
b. Avantages et attentes des médecins vis-à-vis d'un réseau	108
2. Renforcer le rôle de certains acteurs de la prise en charge du surpoids infantile	110

a. L'environnement social.....	110
b. La famille	110
c. Le médecin généraliste.....	111
d. Le psychologue	111
e. Les pédiatres hospitaliers	112
f. L'école et la médecine scolaire	113
VIII. CONCLUSION.....	114
BIBLIOGRAPHIE.....	116
ANNEXE 1 :	122
ANNEXE 2 :	124

LISTE DES ABREVIATIONS

AMMPPU : Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire
APA : Activité Physique Adaptée
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DU : Diplôme Universitaire
ENNS : Étude Nationale Nutrition Santé
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
HAS : Haute Autorité de Santé
HDL-cholestérol : High Density Lipoprotein-cholestérol
HTA : Hypertension Artérielle
IMC : Indice de Masse Corporelle
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IOTF : International Obesity Task Force
LDL-cholestérol : Low Density Lipoprotein-cholestérol
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PNNS : Programme National Nutrition Santé
POIPLUME : Prévention de l'Obésité Infantile Par L'alimentation Unie au Mieux Être
REPPPOP : REseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
SAHOS : Syndrome d'Apnées-Hypopnées Obstructives du Sommeil
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UFOLEP : Union Française des Œuvres Laïques d'Éducation Physique
URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

I. INTRODUCTION

L'obésité de l'enfant reste au centre de l'actualité médicale : en augmentation constante, elle est qualifiée de véritable épidémie. En effet, l'obésité infantile est devenue en quelques années un problème majeur de santé publique et de société.

D'après l'Étude Nationale Nutrition Santé (ENNS) de 2006 (1), la prévalence du surpoids incluant l'obésité était estimée à 18% chez les enfants de 3 à 17 ans. Parmi eux, 3.5% étaient considérés comme obèses. La persistance de l'obésité à l'âge adulte expose dans plus de la moitié des cas à une morbidité élevée : cardiovasculaire, respiratoire et métabolique. Ceci entraîne des coûts majeurs de santé publique et explique l'importance de la prise en charge précoce du surpoids et de l'obésité.

Le médecin généraliste est souvent en difficulté face à la prise en charge d'enfants obèses ou en surpoids. Depuis 2004, plusieurs régions ou départements expérimentent la prévention, le repérage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant en réseau de soins pluridisciplinaires (2). Sur le territoire de la Communauté d'Agglomération Metz Métropole, le réseau POIPLUME (Prévention de l'Obésité Infantile Par L'alimentation Unie aux Mieux Être) aide au dépistage précoce et à la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile.

Cependant, nous avons pu constater que la plupart des médecins adhérents au réseau POIPLUME incluaient peu d'enfants dans ce même réseau. Nous nous sommes également rendu compte qu'une minorité de médecins généralistes avait cependant inclus beaucoup d'enfants. Nous nous sommes alors demandés pourquoi la plupart des médecins généralistes incluaient peu d'enfants dans le réseau POIPLUME alors que certains arrivaient à en inclure beaucoup.

Ainsi, l'objectif de notre étude était d'identifier les freins à l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME et les facteurs favorisant leur inclusion, par les médecins généralistes adhérents au réseau.

II. SURPOIDS ET OBÉSITÉ DE L'ENFANT (3)

A. Définition

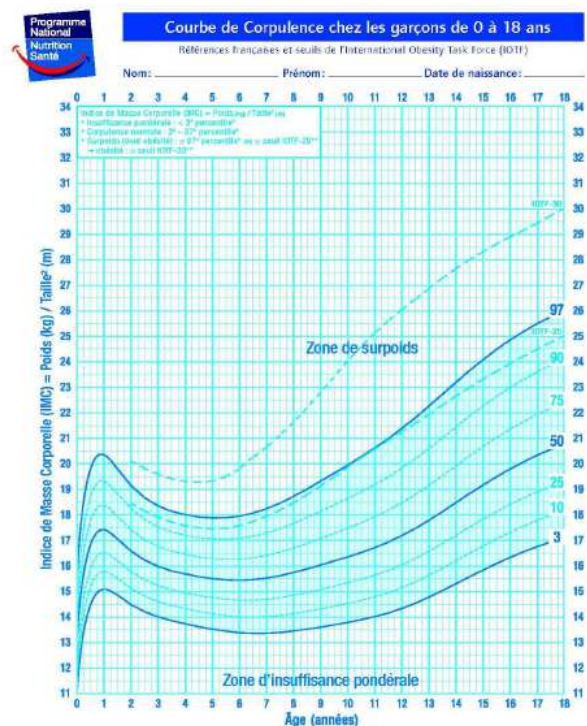
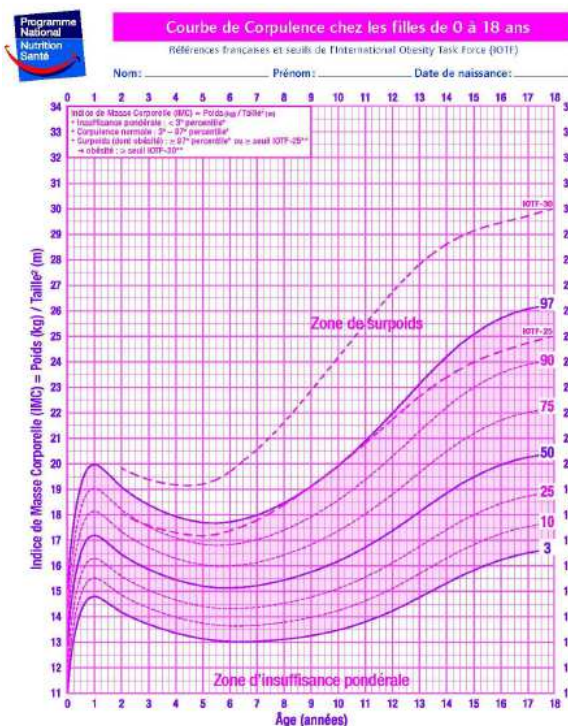
Le surpoids et l'obésité sont définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. (4)

L'Indice de Masse Corporelle (IMC), reflet de la corpulence est couramment utilisé pour estimer l'adiposité : $IMC = \text{poids (kg)}/\text{taille}^2 \text{ (m}^2\text{)}$.

Chez l'enfant, l'IMC s'interprète à l'aide des courbes de corpulence, en fonction de l'âge et du sexe. Les seuils recommandés en pratique clinique pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans sont ceux des courbes de corpulence du PNNS (Programme National Nutrition Santé) 2010. Ces seuils sont issus à la fois des références françaises et des références de l'IOTF (International Obesity Task Force) :

- $IMC \geq 97^{\text{e}}$ percentile : surpoids (incluant l'obésité)
- $IMC \geq \text{seuil IOTF-30}$: obésité

Figures représentant les termes et les seuils recommandés pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans, selon les courbes de corpulence du PNNS :



Au cours de la croissance, la corpulence varie de manière physiologique. En moyenne, elle augmente la première année de vie, puis diminue jusqu'à l'âge de 6 ans et augmente à nouveau jusqu'à la fin de la croissance. La remontée de la courbe d'IMC, observée en moyenne à l'âge de 6 ans, est appelée rebond d'adiposité.

B. Prévalence en France

En France, la proportion d'enfants entre 5 et 12 ans en surpoids a progressé de 6% à la fin des années 70, à 13% en 1996. Depuis les années 2000, les observations montrent une stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant. En 2006, la prévalence estimée du surpoids incluant l'obésité était, selon les références IOTF, de 18% chez les enfants de 3 à 17 ans, dont 3.5 % présentaient une obésité.

Les prévalences du surpoids et de l'obésité sont supérieures en France dans les populations défavorisées.

C. Intérêt du dépistage : les risques de l'obésité

La persistance de l'obésité à l'âge adulte est d'autant plus probable qu'elle se prolonge durant l'enfance : à long terme 30 à 50 % des enfants obèses avant la puberté et 70 à 80 % des enfants obèses après l'adolescence le resteront à l'âge adulte. (5)

La persistance de l'obésité à l'âge adulte expose dans plus de la moitié des cas à une morbidité élevée : cardiovasculaire, respiratoire et métabolique.

L'hypertension artérielle (HTA) est une des complications cardio-vasculaires fréquemment associée à l'obésité. En effet, une HTA est traitée chez 37.9% des adultes obèses. (6)

Les deux complications métaboliques majeures de l'adulte obèse sont le diabète de type 2 et la dyslipidémie.

Les données épidémiologiques en France en 2007 permettent d'estimer qu'environ 12% des personnes obèses sont diabétiques de type 2. La prévalence du diabète de type 2 chez l'adulte obèse est environ deux fois plus élevée que chez l'adulte en surpoids. Chez l'adolescent obèse, on retrouve une prévalence de 20 à 25% d'intolérance au glucose et de 4% de diabète de type 2. (7)

Par ailleurs, l'étude NHANES montre un lien étroit entre l'IMC et le cholestérol, les triglycérides et le non-HDL (High Density Lipoprotein) -cholestérol. (8)

Par exemple, chez les hommes, un IMC entre 27,1 et 30,0 kg/m² (par comparaison avec un IMC entre 21,1 et 23 kg/m²) était associé à une augmentation du cholestérol de 23 mg/dl, du non HDL-cholestérol de 27 mg/dl et du LDL (Low Density Lipoprotein) -cholestérol de 23 mg/dl. Ces mêmes différences d'IMC étaient associées à une augmentation des triglycérides de 62 à 118 mg/dl et à une diminution marquée du HDL-cholestérol de 7 à 15 mg/dl. (9)

Toutes ces comorbidités expliquent l'augmentation de la mortalité du sujet obèse, notamment par cardiopathie ischémique. Dans la Prospective Studies Collaboration, les relations entre IMC et mortalité ont été analysées à partir de 57 études prospectives regroupant près de 900 000 participants. (10)

Les cardiopathies ischémiques représentaient plus du quart de tous les décès de cause connue. Chaque augmentation de 5 kg/m² entre 25 et 50 kg/m² était associée à une augmentation de 40% de la mortalité par cardiopathie ischémique. Cette forte association était en grande partie expliquée par les relations entre IMC et niveaux de pression artérielle, fractions du cholestérol et diabète. (11)

L'obésité peut également être à l'origine de complications respiratoires. En effet, jusqu'à 60% des patients obèses présentent, à l'âge adulte, un SAHOS (Syndrome d'Apnées-Hypopnées Obstructives du Sommeil). (12)

Selon l'étude Sleep Heart Health Study, le pourcentage de sujets atteints de SAHOS, défini par un index d'apnées-hypopnées supérieur à 15/heure, passe de 12% pour les sujets de poids normal à 30% en cas d'obésité. Dans les obésités massives, la proportion de SAHOS est supérieure à 60%. (13)

Les multiples complications engendrées par l'obésité à l'âge adulte expliquent la nécessité de la traiter le plus précocement possible, d'autant plus qu'un enfant obèse présente un risque important de le rester à l'âge adulte. Ceci est d'autant plus vrai que la prise en charge des complications de l'obésité entraîne des coûts majeurs, largement inférieurs à ceux du traitement de l'obésité non compliquée.

D. Dépistage et surveillance

Il est recommandé de dépister tôt et de proposer une prise en charge précoce des enfants qui présentent un surpoids afin d'éviter la constitution d'une obésité persistante à l'âge adulte et la survenue de complications métaboliques. La surveillance de l'IMC doit être systématique chez tous les enfants et adolescents quels que soient leur âge, leur corpulence et le motif de la consultation, au minimum 2 ou 3 fois par an.

À chaque consultation, l'enfant doit être pesé, mesuré et l'IMC doit être calculé. Le médecin peut alors tracer les trois courbes :

- Courbe de poids
- Courbe de taille
- Courbe d'IMC ou courbe de corpulence.

Ces éléments doivent figurer dans le carnet de santé.

Selon l'accord des experts de la HAS (Haute Autorité de Santé), ayant rédigé les recommandations sur l'obésité de l'enfant, le médecin doit être particulièrement attentif à la dynamique de la courbe d'IMC et vigilant aux signes d'alerte suivants :

- Ascension continue de la courbe depuis la naissance
- Rebond d'adiposité précoce (plus il est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé)
- Changement rapide de couloir vers le haut.

Ces signes sont associés à un risque élevé de développer un surpoids et une obésité.

Selon l'accord des mêmes experts de la HAS, si l'enfant présente un surpoids, il est recommandé de mesurer le tour de taille (périmètre abdominal) et de le rapporter à la taille pour évaluer la répartition de la masse grasse. Si le rapport tour de taille/taille est supérieur à 0.5, l'enfant présente un excès de graisse abdominale. L'excès de graisse abdominale est associé à un risque cardio-vasculaire et métabolique accru.

E. Prise en charge

1. Principes

Un suivi régulier et prolongé d'au minimum 2 ans est recommandé. La prise en charge doit être fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient. Elle doit prendre en

compte l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité, l'équilibre des rythmes de vie, les aspects psychologiques et socio-économiques.

Il est indispensable que les parents et/ou les adultes responsables de l'enfant ou de l'adolescent soient impliqués dans les interventions.

La perte de poids n'est pas un objectif prioritaire chez l'enfant et l'adolescent en surpoids. L'objectif est de ralentir la progression de la courbe de corpulence.

L'évaluation initiale par le médecin habituel de l'enfant comporte :

- Un examen clinique comprenant la recherche de facteurs associés et des comorbidités
- Un entretien de compréhension centré sur l'enfant et sa famille.

Un bilan biologique, à la recherche de complications, est réalisé systématiquement chez un enfant en surpoids avec antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie ou chez un enfant présentant une obésité.

Le bilan biologique comporte l'exploration d'une anomalie lipidique, une glycémie à jeun et le dosage des transaminases.

Chez les autres enfants en surpoids, il n'y a pas lieu de réaliser de bilan biologique.

2. Moyens thérapeutiques

L'accompagnement diététique vise à obtenir un changement durable des habitudes alimentaires de l'enfant et de son entourage. Les objectifs seront retenus en accord avec l'enfant et sa famille, en tenant compte de leurs goûts. Les régimes à visée amaigrissante sont déconseillés. Aucun aliment ne doit être interdit.

L'accompagnement en activité physique a pour objectif d'augmenter l'activité physique et de réduire la sédentarité.

L'accompagnement psychologique vise à évaluer et renforcer la motivation, formuler des objectifs, soutenir et déculpabiliser, renforcer les compétences et la cohérence parentales.

Les traitements médicamenteux et la chirurgie n'ont pas de place dans le traitement de l'obésité de l'enfant.

3. Modalités de suivi : les trois niveaux de prise en charge

Le premier recours consiste en une prise en charge de proximité par le médecin habituel qui peut être accompagné dans le suivi par un autre professionnel de proximité, en fonction des besoins : diététicien, psychologue, professionnel en activités physiques adaptées, etc. dans le cadre ou non d'un réseau.

Les indications du premier recours sont les suivantes : surpoids ou obésité commune non compliquée, contexte familial favorable suggérant une capacité à mettre en œuvre les changements proposés, pas de problème psychologique majeur.

Le deuxième recours consiste en une prise en charge organisée à l'échelle d'un territoire et faisant appel à des professionnels spécialisés. Un suivi multidisciplinaire est recommandé. Le médecin habituel coordonne les soins.

Les indications du second recours sont les suivantes : échec de la prise en charge de premier recours, surpoids avec ascension brutale de la courbe d'IMC, obésité avec éventuelles comorbidités associées, contexte familial défavorable, problématique psychologique et sociale.

Le troisième recours consiste en une prise en charge organisée à une échelle régionale et coordonnée par un médecin et une équipe spécialisés. Un suivi multidisciplinaire est indispensable.

Les indications du troisième recours sont les suivantes : échec de la prise en charge du deuxième recours, comorbidités sévères, handicap dans la vie quotidienne généré par l'obésité, contexte familial très défavorable.

III. PRÉSENTATION DU RÉSEAU POIPLUME

A. Définition des réseaux de santé

C'est avec la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qu'apparaît la définition légale du réseau de santé (14) :

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations » (15)

B. Le réseau POIPLUME

1. Objectifs

POIPLUME est une association qui a été créée en 2006, selon la loi 1908 (16). Elle a pour mission de mettre en place, autour de l'enfant obèse et de sa famille un réseau de dépistage et de prise en charge, réunissant dans un maillage étroit, différents professionnels de santé et du sport. Ce réseau concerne les enfants habitant sur le territoire de la Communauté d'Agglomération Metz Métropole et sa périphérie. Ce territoire est délimité au nord par la ville d'Amnéville (à 22 km de Metz), au sud par Rémyilly (à 24 km de Metz), à l'est par Boulay (à 30 km de Metz) et à l'Ouest par Sainte-Marie-aux-chênes (à 30 km de Metz).

Les objectifs du réseau sont les suivants :

- Promouvoir le dépistage précoce et la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant de 2 à 12 ans
- Promouvoir la prévention de l'obésité et de ses complications

- Favoriser une meilleure coordination de tous les professionnels de santé impliqués auprès de l'enfant et de sa famille
- Faciliter et améliorer la prise en charge en mettant en commun les pratiques et les outils
- Évaluer la qualité et l'efficacité de cette prise en charge.

2. Organisation

L'enfant et sa famille sont au cœur du réseau. Celui-ci est constitué des professionnels et des partenaires suivants :

- Les soins de ville comprenant le médecin traitant, le pédiatre, les diététiciens, les psychologues et un éducateur sportif
- La médecine communautaire comprenant les médecins scolaires et les médecins de PMI (Protection Maternelle et Infantile)
- D'autres partenaires tels que la ville de Metz, la ville de Montigny-Lès-Metz, Metz-Gym, UFOLEP (Union Française des Œuvres Laïques d'Éducation Physique).

Le médecin traitant est le pivot et le coordonnateur du parcours de soins de l'enfant. Il demeure le garant de la globalité de la prise en charge et de sa cohérence.

Chaque professionnel de santé, acteur du réseau, cosigne la charte d'adhésion, s'acquitte d'une cotisation annuelle de 10 euros et participe à une formation de 2 heures assurée par l'association POIPLUME.

En 2011, le réseau POIPLUME comprenait (17) :

- 84 médecins généralistes
- 12 pédiatres
- 5 diététicien(ne)s
- 4 psychologues
- 1 éducateur sportif d'APA (Activité Physique Adaptée)

3. Prise en charge de l'enfant

Afin de pouvoir travailler ensemble, les acteurs du réseau POIPLUME partagent une approche commune des objectifs et des modalités de la prise en charge des enfants en surpoids ou obèses.

a. Objectifs

- Modifier de façon durable les comportements de l'enfant et de sa famille sur le plan de l'alimentation et du mode de vie
- Stabiliser l'IMC
- Mettre en place la pratique d'activités physiques régulières et si nécessaire dans un cadre structuré
- Faire prendre conscience des différents facteurs impliqués dans l'obésité (compréhension et acceptation de ces facteurs) par l'enfant et sa famille
- Valider des objectifs qui vont être définis avec l'enfant et sa famille.

b. Modalités

Le médecin adhérent de l'association devient médecin promoteur. Il demeure l'interlocuteur permanent. Après le dépistage d'un enfant en surpoids, en rebond d'adiposité précoce ou obèse, il décide, en concertation avec l'enfant et sa famille, de son inclusion dans le réseau. Il remplit alors le dossier d'inclusion de l'enfant, avec l'aide de la famille. En plus de ses consultations spécifiques de suivi, le médecin promoteur pourra bénéficier, dans ce cadre, du concours d'une diététicienne, d'un psychologue et d'un éducateur sportif.

Le médecin promoteur met la famille en relation avec le secrétariat du réseau POIPLUME pour organiser le suivi diététique et si besoin psychologique et/ou sportif. Les différents intervenants du réseau s'engagent à adresser les documents d'inclusion et de suivi de l'enfant, qu'ils ont préalablement remplis, au réseau POIPLUME, afin que l'enfant bénéficie d'interventions adaptées et coordonnées.

L'enfant suivra, sur une période de 2 ans, un parcours de soins comprenant :

- 6 consultations médicales, idéalement à l'inclusion puis au 3^{ème}, 7^{ème}, 12^{ème}, 18^{ème} et 24^{ème} mois
- 6 consultations chez la diététicienne, idéalement 15 puis 45 jours après l'inclusion puis au 5^{ème}, 9^{ème}, 15^{ème} et 21^{ème} mois
- 1 entretien avec un psychologue qui verra avec les parents la nécessité d'autres consultations (6 à 8) selon un rythme choisi d'un commun accord entre le psychologue et la famille
- 1 consultation avec un éducateur sportif qui évaluera les capacités de l'enfant à pratiquer une activité physique et guidera les parents dans le choix de cette activité.

L'enfant peut avoir recours, si cela s'avère nécessaire, à 2 consultations supplémentaires chez la diététicienne et/ou chez le psychologue.

L'enfant bénéficiera d'une 7^{ème} consultation médicale, au-delà de la période des 2 ans de suivi, 6 ou 12 mois après la fin de parcours au sein du réseau POIPLUME.

L'enfant et/ou sa famille sont invités à prendre part à des ateliers afin de favoriser les connaissances en matière de lecture d'étiquettes alimentaires, d'équilibre alimentaire, d'élaboration de menus et de repas et afin de soutenir la motivation familiale.

Une pratique régulière d'une ou de plusieurs activités physiques dans un club partenaire de POIPLUME ou dans un autre club sportif sera proposée à l'enfant et à sa famille.

4. Finalité du réseau

La finalité du réseau pour le patient est de faciliter l'accès aux soins et d'améliorer leur efficacité par un dépistage précoce et une prise en charge pluridisciplinaire, sans frais supplémentaires. L'objectif final est un changement durable du mode de vie.

La finalité du réseau pour le médecin est de bénéficier :

- d'une formation spécifique sur l'obésité infantile
- d'une aide logistique à la prise en charge de ses patients par des professionnels de santé complémentaires
- d'une rémunération supplémentaire justifiée par la difficulté et la longueur de ces consultations.

L'objectif, à terme, pour le système de santé, est une diminution de la prévalence de l'obésité chez l'adulte.

5. Financement et évaluation

Les modalités de financement et de soutien du réseau POIPLUME sont diverses :

- URCAM (Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie) et ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation)
- CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) de Metz
- La municipalité de Metz
- Le GRSP (Groupement Régional de Santé Publique).

Le réseau s'engage à procéder à une évaluation interne évolutive et externe périodique par L'École de Santé Publique de Nancy (EVALOR). L'analyse des données du dossier commun permet l'évaluation des résultats par rapport aux objectifs fixés. Tous ces résultats sont rendus anonymes et globaux.

En 2011, le nombre total d'enfants inclus dans le réseau POIPLUME (depuis 2006) était de 440. (17)

Parmi les enfants inclus en 2011 (soit 73 enfants) :

- 60% étaient des filles et 40% des garçons
- 14% avaient entre 2 et 5 ans, 51% entre 6 et 10 ans et 35% plus de 10 ans
- 4% était en rebond d'adiposité, 29% en surpoids et 67% obèses.

IV. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Objectifs de l'étude et choix de la méthode

1. Objectifs de l'étude

Le surpoids et l'obésité de l'enfant sont un véritable sujet de santé publique. En 2006 un enfant sur cinq était en surpoids (1) et sa prévalence continue à augmenter. D'autre part l'obésité est une maladie chronique et grave, pour laquelle il y a très peu de guérison spontanée. La prise en charge de cette maladie peut se faire au sein d'un réseau de santé. Les réseaux sont appelés à jouer un rôle croissant dans la prise en charge de l'obésité et ce d'autant plus que l'organisation des soins est l'une des voies prioritaires pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Cela est d'autant plus vrai dans une maladie complexe, multifactorielle comme l'obésité (18). C'est dans ce contexte que le réseau POIPLUME fut éné 2006.

Or nous nous sommes rendu compte que le réseau POIPLUME était sous-exploité par les médecins qui en font partie. Parmi les 84 médecins généralistes du réseau :

- 63 médecins ont inclus moins de 5 enfants en surpoids
- 12 médecins entre 5 et 9 enfants en surpoids
- 7 médecins entre 10 et 19 enfants en surpoids
- 2 médecins plus de 20 enfants en surpoids.

Nous nous sommes alors posés les deux questions suivantes : pourquoi la plupart des médecins généralistes incluent peu d'enfants dans le réseau POIPLUME ? Pourquoi le nombre des médecins généralistes incluant beaucoup d'enfants est-il si différent du nombre de ceux qui incluent peu d'enfants ?

Cette réflexion nous a conduit à définir les 2 objectifs de notre étude :

- Identifier **les freins à l'inclusion d'enfants** dans le réseau POIPLUME, par les médecins généralistes adhérents au réseau
- Mettre en évidence **les facteurs favorisant l'inclusion d'enfants** dans le réseau POIPLUME, par les médecins généralistes adhérents au réseau.

2. Choix de la méthode qualitative

Après présentation du synopsis du projet de recherche aux membres du Conseil Scientifique du Département Universitaire de Médecine Générale de Nancy, la méthode retenue a été une méthode de recherche qualitative : celle des focus groupes.

En effet la recherche qualitative ne cherche pas à mesurer ou à quantifier, contrairement à la recherche quantitative. Elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Elle permet d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles. D'une façon générale, la recherche qualitative permet de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? ». (19)

Nous concernant, ce type d'étude nous paraissait tout à fait adapté sachant que la question principale de notre étude était : Pourquoi la plupart des médecins généralistes du réseau POIPLUME incluent peu d'enfants dans le réseau alors que certains en incluent beaucoup ? Il s'agissait bien d'une question typique de recherche qualitative. Le but de notre étude était bien de recueillir des informations ciblées sur les facteurs freinant et favorisant l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME.

La méthode des focus groupes a été privilégiée par rapport à celle des entretiens individuels. En effet la dynamique de groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue. Elle permet de faire émerger des questionnements concernant l'expérience commune à tous les membres du groupe, que l'entretien individuel ne peut pas mettre en évidence. (20)

B. La méthode des focus groupes

1. Définition

La méthode des focus groupes (groupes focalisés) est une méthode qualitative de recueil de données. Il s'agit d'une technique d'entretien de groupe, un groupe de discussion semi-structuré, modéré par un animateur neutre en présence d'un observateur. Le but est de collecter des informations sur un sujet ciblé.

La méthode des focus groupes est issue d'une technique marketing de l'après-guerre, utilisée aux États-Unis, qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs et de rendre ainsi un produit plus attractif. Elle s'inspire des techniques de dynamique de

groupes utilisées par C. Rogers, chef de file du courant de la psychologie humaniste. Cette technique a été récupérée dans les années 1980 par la recherche universitaire dans des domaines divers (éducation, santé publique, environnement, sciences sociales). Elle est très utilisée dans les pays anglo-saxons, dans les travaux de recherche en soins primaires, dans une optique qualitative de recueil d'informations et d'opinions de manière systématique et vérifiable sur des thèmes variés.

La dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler les différents points de vue par la discussion. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs (aspects socioculturels, normes de groupe) et son vécu. La discussion permet de clarifier les pensées. L'expression sans tabou de certains peut lever les inhibitions des autres. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur. (21)

2. Echantillonnage

a. Recrutement des participants

Les participants sont sélectionnés en fonction des objectifs de l'étude. Leur sélection vise à refléter et à explorer la plus grande diversité possible de témoignages afin de panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet. Ils ne se connaissent de préférence pas entre eux. Ils ne connaissent pas en détail le thème de la réunion afin d'éviter qu'ils ne se documentent au préalable. En effet, on cherche avant tout à explorer les réactions spontanées et les expériences personnelles des participants.

Le nombre de participants par focus groupe est idéalement de 6 à 8 personnes, toutes volontaires. Un nombre minimum de 4 personnes est indispensable pour assurer une dynamique de groupe et un maximum de 12 personnes pour permettre à chacun de s'exprimer et pouvoir modérer le groupe.

La manière de contacter les participants renforce le caractère scientifique de l'étude. Il est impératif de prévenir par courrier les participants d'un certain nombre d'éléments :

- Les mandataires de l'étude et ses objectifs
- La méthode d'entretien de groupe
- L'assurance du respect de l'anonymat au cours de l'exploitation des données
- La description globale du thème qui sera abordé
- Les modalités pratiques des réunions (lieu, date, horaire).

Il est conseillé de contacter personnellement chaque participant quelques jours avant la date de la réunion afin de s'assurer de sa présence et de répondre à d'éventuelles questions. (22) (23)

Afin de répondre aux objectifs de notre étude, la population à interroger était les médecins généralistes adhérents au réseau POIPLUME.

Les 84 médecins adhérents au réseau ont donc reçu un courrier les invitant à participer à l'un de nos focus groupes. Le courrier respectait les différents critères cités ci-dessus. À la fin du courrier, un ensemble de dates était proposé. Chaque participant pouvait confirmer sa présence à l'une d'entre elles par internet via un lien doodle® créé pour l'occasion, soit par téléphone ou encore par courrier. (Annexe 1 : courrier d'information)

Un courriel fut également envoyé à l'ensemble de la population, similaire au courrier, afin de maximiser les chances de lecture du document par les médecins généralistes adhérents au réseau.

Trois semaines après l'envoi du courrier, soit trois jours avant le premier focus groupe, le nombre de participants était insuffisant. Chacun des médecins généralistes du réseau POIPLUME fut donc appelé individuellement, par ordre alphabétique, afin de les inciter à participer à l'un des focus groupes.

Sur les 84 médecins contactés :

- 40 médecins ont refusé de venir à l'un des focus groupes. Les deux motifs récurrents étaient le manque de temps et le fait que cela ne les intéressait pas
- 9 médecins n'étaient pas disponibles aux dates proposées
- 6 médecins devaient nous recontacter mais ne l'ont jamais fait
- 8 médecins restèrent injoignables malgré plusieurs tentatives d'appel
- 2 médecins avaient accepté de participer à l'un des focus groupes mais ne sont finalement pas venus
- 19 médecins ont finalement participé à une réunion (17 à un focus groupe et 2 à un entretien individuel semi-dirigé)

Durant l'échantillonnage, nous avons donc été confrontés au fait que plus de la moitié des médecins généralistes adhérents au réseau (54 médecins) soit ont refusé de participer à un focus groupe (40 médecins) soit ne nous ont jamais répondu (14 médecins). Il ne restait plus que 30 médecins généralistes pour constituer les focus groupes.

Initialement, nous voulions organiser deux types de focus groupes :

- l'un réunissant des médecins généralistes ayant inclus beaucoup d'enfants dans le réseau afin de mettre en évidence les facteurs favorisant l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME
- l'autre réunissant des médecins généralistes ayant inclus peu d'enfants dans le réseau afin d'identifier les freins à l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME.

Devant le nombre limité de médecins acceptant de participer à un focus groupe nous avons dû renoncer à la constitution des deux types de focus groupes.

Nous devons donc former 3 focus groupes ou plus avec les 30 médecins restants.

D'autre part, nous n'avons pas pu sélectionner les participants de manière à avoir un échantillon le plus représentatif possible de la population, encore une fois par manque de participants.

b. Caractéristiques des participants

Il est important de décrire l'échantillon de l'étude : âge, sexe, etc. Cela donne de la validité externe à celle-ci. L'échantillon doit être représentatif de la population étudiée. (24)

Nous avons organisé 3 focus groupes. Les deux premiers focus groupes réunissaient 6 participants et le troisième 5 participants. Lors du deuxième et du troisième focus groupe, un médecin n'est finalement pas venu à la réunion.

Les médecins participant aux focus groupes étaient identifiés par une lettre suivie d'un chiffre. La lettre faisait référence au focus groupe auquel le médecin avait participé et le chiffre à sa position autour de la table :

- 1^{er} focus groupe : A
- 2^{ème} focus groupe : B
- 3^{ème} focus groupe : C
- 1^{er} médecin autour de la table en partant de la gauche du 1^{er} focus groupe : A1
- 2^{ème} médecin autour de la table en partant de la gauche du 1^{er} focus groupe : A2 et ainsi de suite.

Un tableau récapitulatif résume les caractéristiques des participants aux 3 focus groupes. Ces informations ont été recueillies au début de chaque réunion par l'animateur.

Médecin	Sexe	Âge (années)	Type d'activité	Mode d'activité	Ville d'exercice	Type de patientèle	Nombre d'enfants inclus
A1	Masculin	52	Semi-rurale	Maison médicale	Metz	Populaire	4
A2	Féminin	48	De ville	Cabinet de groupe	Metz	Standard	4
A3	Féminin	40	De ville	Cabinet de groupe	Metz	Standard	0
A4	Féminin	57	De ville	Cabinet individuel	Metz	Aisée	4
A5	Féminin	40	De ville	Cabinet de groupe	Metz	Populaire	9
A6	Féminin	50	De ville	Maison médicale	Metz	Populaire	6
B1	Féminin	56	De ville	Cabinet de groupe	Metz	Standard	10

B2	Féminin	53	De ville	Cabinet de groupe	Metz	Défavorisée	5
B3	Masculin	59	De ville	Cabinet individuel	Metz	Standard	0
B4	Féminin	60	De ville	Cabinet de groupe	Metz	Standard	4
B5	Masculin	50	De ville	Cabinet individuel	Metz	Standard	1
B6	Féminin	44	De ville	Cabinet de groupe	Metz	Standard	3
C1	Masculin	53	Semi-rurale	Cabinet de groupe	Boulay	Populaire	11
C2	Masculin	56	De ville	Cabinet de groupe	Le Ban Saint Martin	Aisée	1
C3	Masculin	61	De ville	Cabinet individuel	Rombas	Populaire	2
C4	Féminin	40	Semi-rurale	Cabinet individuel	Rémilly	Standard	0
C5	Masculin	60	Semi-rurale	Cabinet individuel	Ancy Sur Moselle	Aisée	1

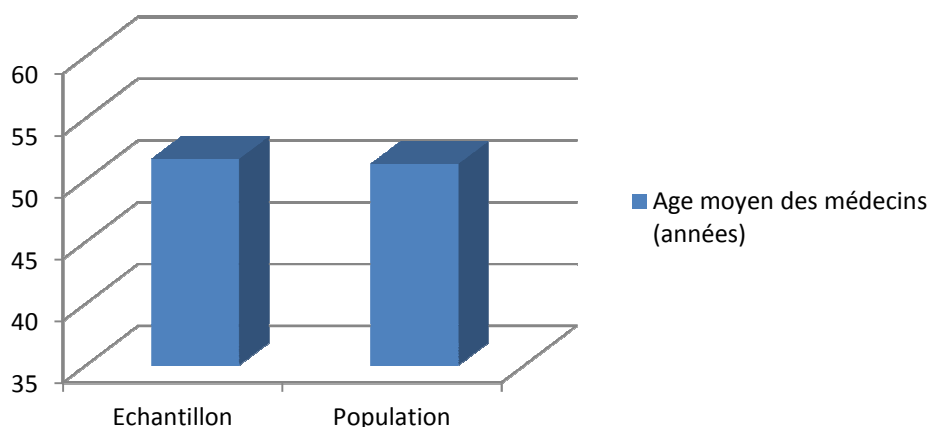
c. Comparaison de l'échantillon à la population

La population est constituée par l'ensemble des médecins généralistes adhérents au réseau POIPLUME.

L'échantillon est constitué par l'ensemble des médecins généralistes adhérant au réseau POIPLUME et ayant participé à un focus groupe.

La moyenne d'âge des médecins adhérents au réseau POIPLUME est de 51,3 ans. La moyenne des médecins ayant participé aux focus groupes est de 51.7 ans. En ce qui concerne l'âge des médecins, l'échantillon est bien représentatif de la population.

Age moyen des médecins (années)



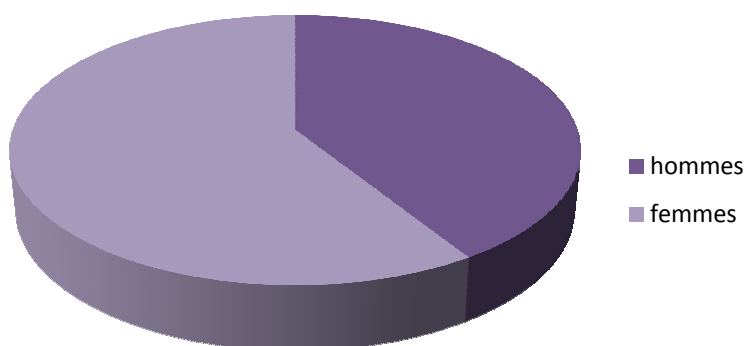
Le tableau ci-dessous présente certaines caractéristiques des 17 médecins participant aux focus groupes, permettant ainsi la comparaison de l'échantillon à la population cible.

		ECHANTILLON		POPULATION	
		Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Sexe	Hommes	7	41	46	55
	Femmes	10	59	38	45
Type d'activité	Semi-rurale	4	24	15	17
	De ville	13	76	72	83
Ville d'exercice	Metz	12	71	44	52
	Hors Metz	5	29	40	48
Nombre d'enfants inclus	≥ 20	0	0	2	2
	10 à 19	2	12	7	8
	5 à 9	3	18	12	14
	0 à 4	12	70	63	76

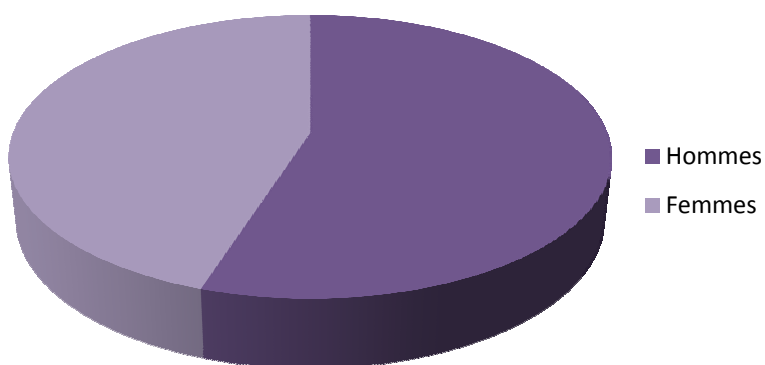
Nous n'avons pas d'informations concernant le mode d'exercice et le type de patientèle de la population.

Pour une meilleure lisibilité et une meilleure comparaison entre l'échantillon et la population, nous avons réalisé les diagrammes et les cartes géographiques ci-dessous :

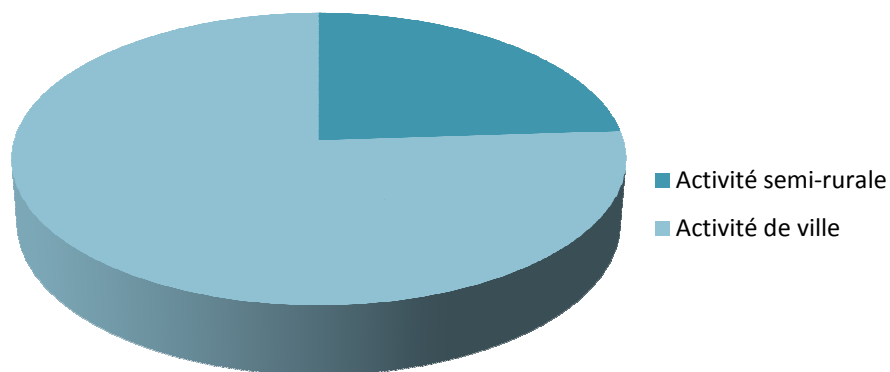
Sexe des médecins de l'échantillon



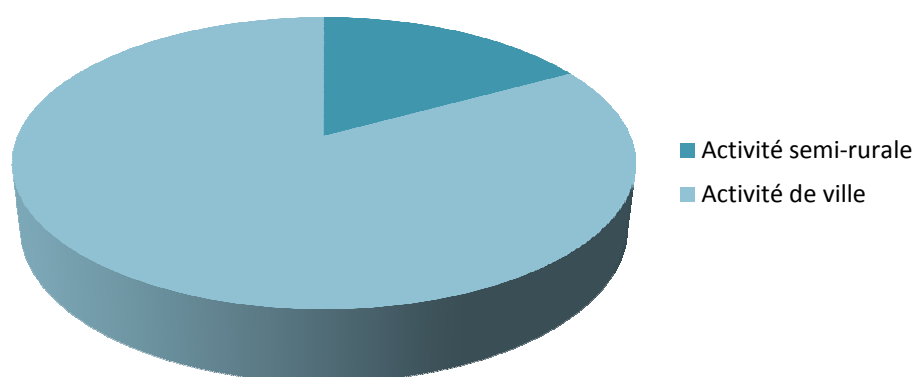
Sexe des médecins de la population



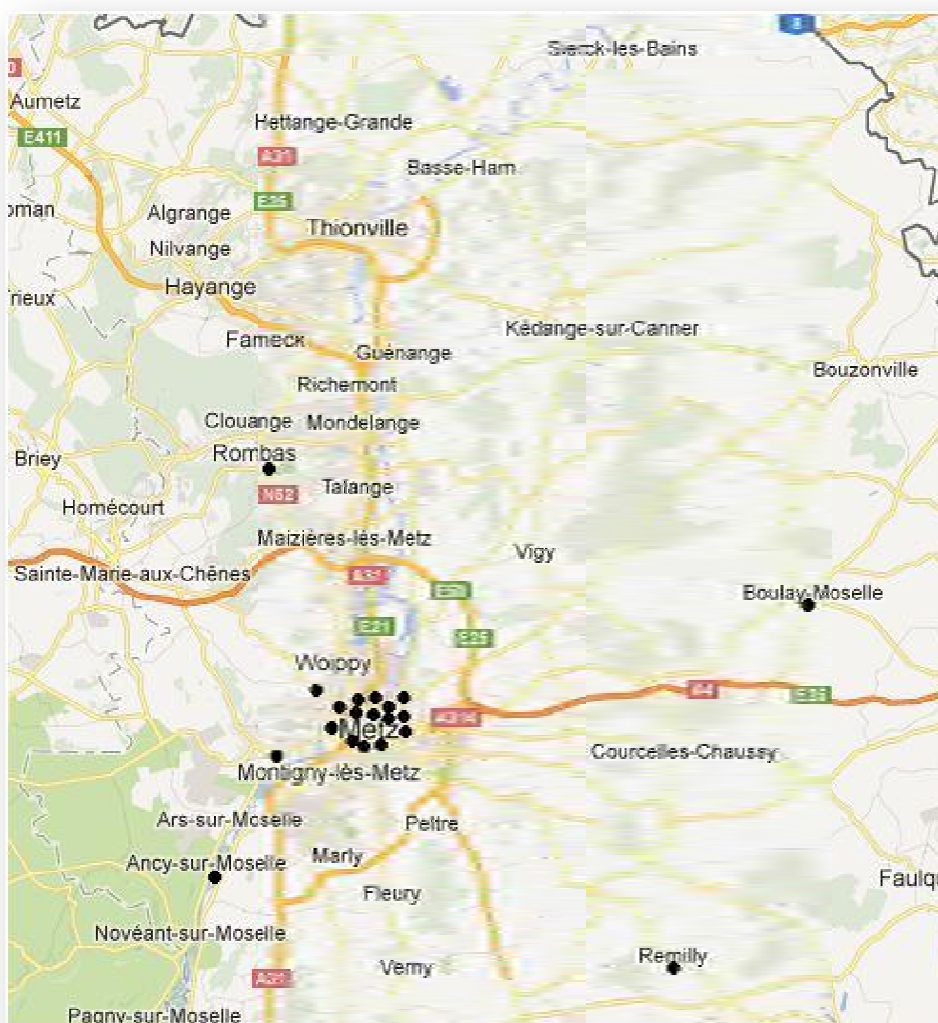
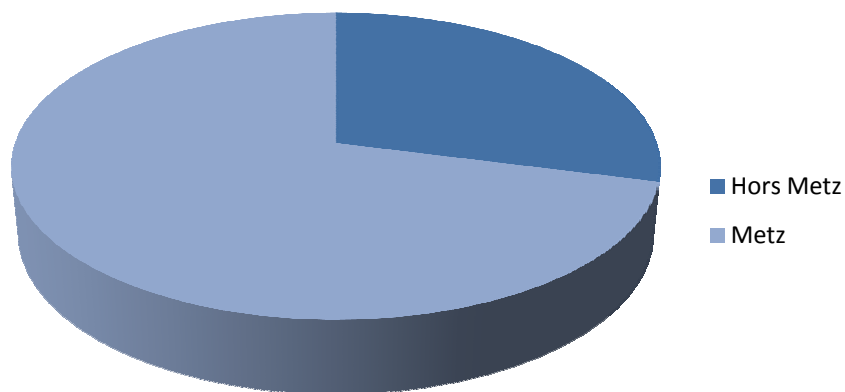
Type d'activité des médecins de l'échantillon



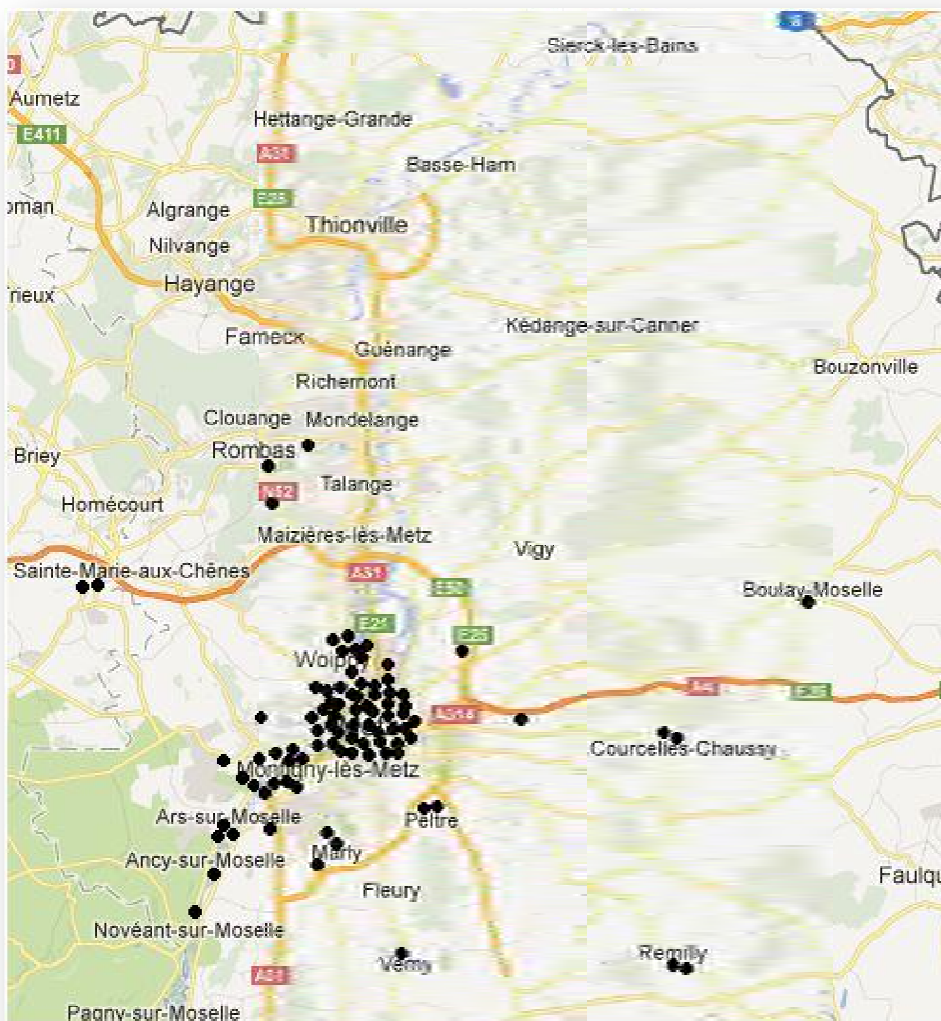
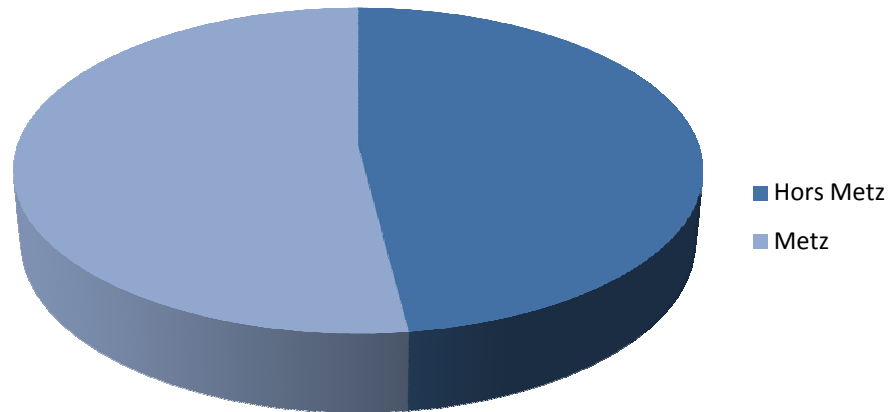
Type d'activité des médecins de la population



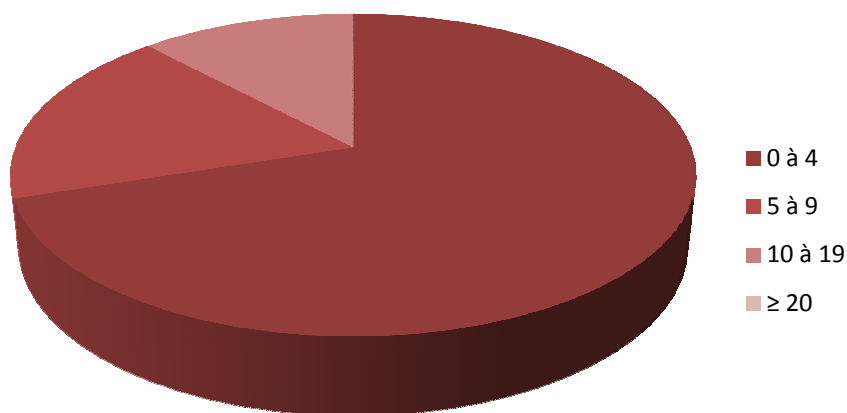
Ville d'exercice des médecins de l'échantillon



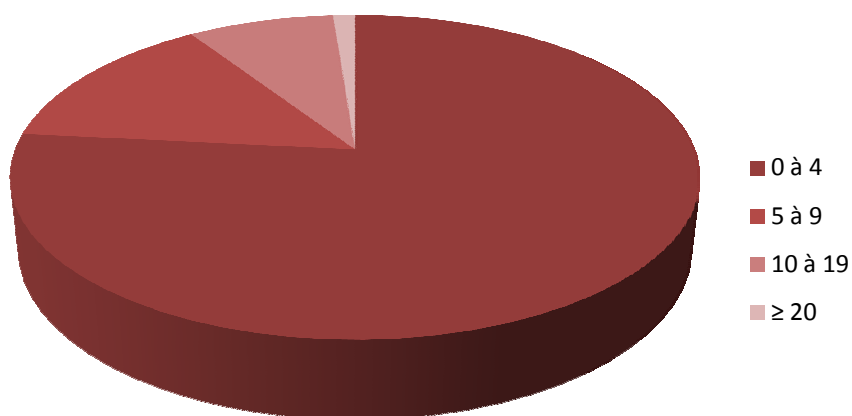
Ville d'exercice des médecins de la population



Nombre d'enfants inclus par les médecins de l'échantillon



Nombre d'enfants inclus par les médecins de la population



Nous pouvons constater que l'échantillon est bien représentatif de la population pour les caractéristiques étudiées, à savoir : l'âge, le sexe, le type d'activité, la ville d'exercice et le nombre d'enfants inclus par les médecins.

3. Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien semi-structuré du focus groupe permet de définir précisément le déroulement de la séance. Il est reproductible à chaque séance et permet d'articuler de façon organisée les différentes questions du débat. Il peut être adapté au cours de chaque groupe de discussion et à mesure du déroulement de l'étude si besoin.

Ce guide comporte plusieurs parties (22) :

- Une introduction avec présentation de l'étude, de l'animateur, de l'observateur et de ses participants. On expose les « règles du jeu » en assurant les participants du caractère anonyme des données et en valorisant l'importance de la participation personnelle de chacun. Le but est d'obtenir un éventail d'idées et non pas un consensus.
- Un questionnaire quantitatif qui permet de recueillir les caractéristiques des participants tels que l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle ainsi que d'autres caractéristiques jugées importantes pour l'étude. Il doit être court et anonyme. Son objectif est avant tout de démontrer la pertinence de l'échantillon choisi et d'en extraire des limites éventuelles.
- Une trame de questions ouvertes, cohérentes, neutres, simples et faciles à comprendre. Chaque question ne comporte qu'une seule idée et n'est pas connotée positivement ou négativement afin de ne pas orienter la discussion (25). Il est recommandé de commencer par des questions faciles et d'aller progressivement vers des questions plus difficiles, abordant des points sensibles. D'après Patton (1980), cité par Bowling (1997), les questions portent sur des expériences, des comportements, des opinions, des objectifs ou encore des connaissances. (26)

Nous avons élaboré le guide d'entretien en respectant ces directives.

Dans la première partie, l'observateur, après avoir remercié les participants d'être venus au groupe de discussion, devait se présenter ainsi que l'animateur. Il exposait ensuite les objectifs du focus groupe sans énoncer clairement le titre de l'étude afin de ne pas orienter le débat. Puis l'animateur expliquait en quelques mots la méthode des focus groupes en insistant sur trois points : l'importance du respect du temps de parole de chacun, l'anonymat des données recueillies, l'absence de jugement de valeur de la part des organisateurs. L'animateur demandait l'accord des participants pour enregistrer et filmer la séance.

Dans la seconde partie, l'animateur demandait à chaque participant de se présenter à tour de rôle. Chaque participant devait donner : son nom, son prénom (informations non divulguées dans les résultats et recueillies pour des commodités d'analyse), son âge, sa ville d'exercice, son type d'exercice : rural, semi-rural, de ville, son mode d'exercice : cabinet individuel, de groupe, maison médicale et le type de clientèle : aisée, standard, populaire ou défavorisée.

Dans la troisième partie, l'animateur devait animer la réunion en respectant le canevas de questions préalablement établi. Le canevas d'entretien contenait 7 thèmes ou grandes questions ouvertes et des questions de relance que pouvait utiliser l'animateur en cas de retombée du débat. (Annexe 2 : guide d'entretien)

À la fin de la séance, l'observateur devait reprendre la parole afin de conclure, après s'être assuré que les participants n'avaient pas de remarques complémentaires à faire. (27)

4. Organisation et déroulement des groupes de discussion

a. Organisation logistique

Les séances doivent avoir lieu dans un endroit neutre, agréable et convivial, dans une atmosphère détendue et peu bruyante. Le lieu de la réunion doit être facilement accessible à la population ciblée. La discussion a lieu autour d'une table pour stimuler la discussion car les individus doivent se voir les uns les autres et être placés sur un pied d'égalité.

La séance est enregistrée. L'enregistrement peut se faire de différentes manières : enregistreur, caméscope, etc. L'anonymat des participants doit être cependant préservé. Les enregistrements servent uniquement à la transcription des discussions.

La durée d'un groupe focalisé peut varier entre 1 heure, minimum pour établir une dynamique de groupe, et 3 heures, maximum pour garder l'attention des participants.

Le choix de la date et des horaires de la réunion doit être bien réfléchi et s'adapter aux contraintes personnelles de chacun des participants. Il faut privilégier les soirs en semaine, en évitant autant que possible le lundi et le vendredi. (28)

L'accueil des participants est important car un climat de convivialité favorise les échanges. En début de séance la mise à disposition de rafraîchissements permet de mettre en place une atmosphère chaleureuse et détendue.

Il faut essayer de constituer des groupes assez homogènes pour que les débats soient fructueux et égalitaires. Plus les groupes sont homogènes, plus vite on arrivera à saturation d'idées et inversement. Il faut néanmoins s'adapter à la disponibilité des participants.

Le nombre de groupes à organiser est déterminé par l'obtention de saturation d'idées, défini comme le moment où il n'y a pas d'émergence de nouvelles idées majeures dans les groupes. Ce moment n'est bien sûr pas connu d'avance. En moyenne, il faut 3 à 4 focus groupes pour répondre à ce principe de « saturation d'idées ». Mais cela dépend de la complexité du sujet traité et de l'échantillon. (22)

Dans le cadre de notre étude, les groupes de discussion ont eu lieu dans la salle de réunion de la Domus Medica, siège de l'AMMPPU (Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire) située 6 quai Paul Wiltzer à Metz, localisation géographique centrale et facile d'accès pour les participants.

Les focus groupes ont eu lieu : le mardi 18 décembre 2012, le mercredi 16 janvier 2013 et le mardi 19 février 2013. Les participants étaient accueillis à 20h30 autour d'un buffet dînatoire, puis la réunion débutait à 21h.

Les séances ont été enregistrées, avec l'accord des participants, via deux enregistreurs numériques et un caméscope. De cette façon, en cas de problème technique, nous étions sûrs d'avoir au moins un enregistrement de la séance.

La durée du 1^{er} focus groupe a été d'1h31, du 2^{ème} d'1h24 et du 3^{ème} d'1h.

b. Animation

La qualité des données recueillies par groupe focalisé dépend essentiellement des échanges que l'animateur réussira à développer entre les participants.

L'animateur exploite la dynamique de chaque groupe en amenant tous les participants à s'exprimer et en dirigeant les débats en fonction du guide d'entretien. Il s'est informé sur le thème abordé. L'animateur est impartial, il évite tout jugement de valeur. Il est tolérant et chaleureux et adopte une attitude neutre et naturelle. Il donne confiance aux participants en leur montrant l'importance de leurs opinions. Il doit avoir une expérience de la dynamique de groupe, savoir guider les discussions, ramener le débat vers le sujet principal tout en maintenant l'intérêt général pour le thème abordé. Il doit avoir le sens du timing. Il doit être capable de communiquer de façon claire et précise, de savoir reformuler des idées et de s'adapter au groupe. (22)

Pour assister l'animateur, un observateur participe aux réunions. Il prend note des comportements non-verbaux, décrit la dynamique de groupe et relève au fur et à mesure les questions qui demandent un approfondissement dans les groupes suivants. Il s'occupe également de l'enregistrement des données. L'observateur ne doit pas participer aux discussions, il ne doit pas montrer de signes indiquant qu'il est d'accord ou pas avec les participants.

Après chaque session, un débriefing entre l'animateur et l'observateur doit être organisé en vue d'établir une synthèse des opinions émises et de comparer les impressions de chacun. Il a notamment pour but de noter les difficultés rencontrées. Cela permet d'adapter certaines questions du guide d'entretien ou leur ordre pour le focus groupe suivant si besoin. (28)

Les focus groupes ont été animés par Adrien SCHOLL, ingénieur en génie civil. Il a été choisi pour ses capacités à créer une dynamique de groupe, gérer le temps imparti et atteindre les objectifs requis.

L'observateur, Cécile QUENET, a participé à l'ensemble des focus groupes et rempli l'ensemble des tâches qui lui incombent.

À la fin de chaque session, une synthèse a eu lieu entre l'animateur et l'observateur afin de partager leurs réactions. A l'issue des trois focus groupes, il n'y a pas eu de difficultés rencontrées. Il n'y a donc pas eu lieu de modifier de façon majeure le guide d'entretien.

5. Recueil des données

Le recueil des données repose sur l'enregistrement des discussions et leur retranscription. Elle est fondamentale pour assurer la validité et la richesse des résultats. L'exploitation des données doit être strictement anonyme. Les renseignements sont retranscrits dans leur intégralité, c'est-à-dire mot-à-mot de manière à respecter l'expression des sujets. Il faut indiquer le plus de nuances possible et noter également le non verbal : rires, soupirs, pauses, silences etc. qui aident à comprendre le sens du texte. (22)

La transcription des focus groupes a été faite grâce à l'enregistrement vidéo. De cette façon, il était plus facile d'identifier la personne qui parlait et de noter toutes les expressions non verbales des différents participants. La transcription a été faite sur un fichier Word. Les modalités de transcription citées ci-dessus ont été respectées dans leur intégralité.

Chaque participant était identifié, comme expliqué précédemment, par une lettre et un chiffre en fonction du focus groupe auquel il participait et en fonction de sa position autour de la table. L'animateur était identifié par la lettre A et l'observateur par la lettre O. A la fin du travail, les lignes de transcription ont été numérotées de façon à faciliter l'analyse des données. (Annexe numérique 1 : Transcriptions)

6. Analyse des données

Une démarche d'analyse des données rigoureuse, systématique et vérifiable doit être définie. L'analyse doit être reproductible : quelle que soit la personne qui la fait, les conclusions doivent être les mêmes. Une 2^{ème} analyse est d'ailleurs un avantage pour confirmer sa validité.

L'analyse des données doit se faire au fur et à mesure qu'ont lieu les focus groupes. Ainsi, si au fil des focus groupes, le canevas d'entretien doit être modifié alors les modifications

peuvent être apportées au fur et à mesure. D'autre part, des focus groupes devront être organisés jusqu'à saturation des données. Ce qui impose encore une fois d'analyser les données au fur et à mesure. (25)

L'analyse consiste d'abord à effectuer un codage axial des verbatims. Un verbatim est un groupe de mots extrait de la transcription. Chaque verbatim sera classé dans une catégorie ou code représentant l'idée qu'il véhicule. Un même verbatim peut contenir plusieurs idées et ainsi être classé dans plusieurs codes différents. Ces codes sont ensuite regroupés en thèmes, plus généraux. Il en résultera un arbre de concepts qui représente les résultats de travail. La construction de cet arbre est progressive et évolutive. Elle est constamment enrichie par les nouveaux verbatims, au fur et à mesure que les focus groupes ont lieu et qu'ils sont analysés. Ensuite, chaque code fait l'objet d'une synthèse descriptive qui peut quantifier très grossièrement (sans aucune validité statistique) sa fréquence dans la population. (22)

Nous avons procédé à l'analyse des données selon cette méthode. Les séances ont été transcrites et codées au fur et à mesure que les focus se déroulaient. Les focus groupes étaient espacés d'un mois afin de nous laisser le temps de transcrire et d'analyser les données.

Chaque transcription a été relue intégralement afin d'en faire ressortir les idées principales et de s'imprégner du texte. Ensuite le texte a été découpé en verbatims et chaque verbatim classé sous un code, en fonction de l'idée véhiculée. Les codes ont été classés dans un fichier Excel par ordre alphabétique.

Ainsi le tableau Excel se présente comme suit :

- 1^{ère} colonne : codes classés par ordre alphabétique
- 2^{ème} colonne : définition de chaque code afin d'en préciser le sens
- 3^{ème} colonne : 1^{er} verbatim se référant au code (par ordre d'apparition dans les transcriptions)
- 4^{ème} colonne : 2^{ème} verbatim se référant au code et ainsi de suite.

Le même tableau Excel a été utilisé pour l'analyse des différents focus groupes, donc enrichi au fur et à mesure.

Afin de visualiser l'apparition de nouveaux codes, reflet de l'émergence d'idées complémentaires ou nouvelles au fur et à mesure de l'analyse des différents focus groupes, une couleur différente a été attribuée aux codes en fonction du focus groupe où ils avaient pris naissance. (Annexe numérique 2 : Tableau des codes)

Nous avons pu ainsi remarquer que 128 codes sont apparus à l'issue du 1^{er} focus groupe, 46 nouveaux codes à l'issue du 2nd focus groupe et 12 à l'issue du 3^{ème} focus groupe.

Les deux premiers focus groupes ont été codés par deux personnes différentes, afin d'assurer la validité de l'analyse des données. Le premier focus groupe a été analysé par le

Dr Hélène GARDE-MARTY et Cécile QUENET et le second focus groupe par Anne-France DRION, interne de médecine générale et Cécile QUENET. Après avoir analysé les données chacune de notre côté, les résultats ont été fusionnés.

Ensuite nous avons regroupé les différents codes en sous-thèmes, eux-mêmes regroupés en thèmes, également présentés sous forme d'un tableau Excel, avec : (Annexe numérique 3 : Tableau des thèmes)

- Dans la 1^{ère} colonne : les 3 axes qui se sont dégagés de notre analyse à savoir : le surpoids de l'enfant, les facteurs favorisant l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME et les freins à l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME
- Dans la 2^{ème} colonne : les thèmes correspondant aux 3 axes
- Dans la 3^{ème} colonne : les sous-thèmes correspondant aux thèmes
- Sur chaque ligne : les codes correspondant à chaque sous-thème.

7. Avantages et inconvénients de la méthode par focus groupes

a. Avantages

Le principal avantage de la méthode par focus groupes réside dans les aspects positifs de l'interaction et de la dynamique de groupe. Les échanges favorisent l'émergence des connaissances, des opinions, même controversées et des expériences comme une réaction en chaîne. Tout est valide, même une seule idée minoritaire est vraie.

La méthode de recherche est économique en temps de recueil.

La méthode des focus groupes est une méthode de choix pour les médecins généralistes pour étudier certains aspects de leur pratique. (21)

b. Inconvénients

Les limites des focus groupes résultent des aspects négatifs de l'interaction de groupe. Il peut y avoir, de la part de certains participants, des réticences à exprimer des idées personnelles. Il peut se dégager des normes de groupe, sources de blocage. Une certaine hiérarchie peut s'installer entre les participants avec un effet de leader d'opinion ou bien des relations conflictuelles. (21)

L'animation des groupes fait appel à des techniques spécifiques de dynamique de groupe qui doivent être maîtrisées par l'animateur des focus groupes. D'autre part, il est préférable que l'analyse des données soit effectuée par deux personnes différentes afin d'en assurer la validité. Il est donc souvent utile que les chercheurs de l'étude s'entourent de professionnels extérieurs au projet, ce qui n'est pas toujours simple. (28)

D'autre part l'analyse des données émanant des focus groupes se doit d'être rigoureuse. Elle peut être longue et fastidieuse.

C. Entretiens individuels semi-dirigés

La technique du focus groupe est adaptable : s'il manque une population suite à l'organisation des focus groupes, il est possible de faire des entretiens individuels avec la population non interrogée. (25)

En effet, les focus groupes ont certaines contraintes qui ne permettent pas un recrutement diversifié des participants : il faut pouvoir réunir plusieurs personnes à une même date, en un même lieu qui n'est pas toujours proche du domicile ou du cabinet du participant. La réunion est longue puisqu'elle occupe toute une soirée, temps que les participants ne sont pas toujours prêts à accorder.

Les entretiens individuels semi-dirigés sont quant à eux, plus flexibles pour le participant interrogé : le lieu et la date de l'entretien sont plus faciles à définir. Un entretien individuel semi-dirigé dure une vingtaine de minutes. Le recrutement est donc plus aisé et permet ainsi de compléter l'échantillonnage des focus groupes. (29)

Les entretiens individuels semi-dirigés ont les mêmes modalités pratiques que les focus groupes : enregistrement de la séance après accord du participant, questions ouvertes sur la base d'un guide d'entretien, méthode d'analyse identique, nombre d'entretiens définis par la saturation des données. Il faut cependant noter une petite différence avec les focus groupes : le chercheur interroge le participant alors que dans le focus groupe il s'agit d'un animateur neutre donc indépendant. (30)

Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes rendu compte que les médecins ayant inclus 20 enfants ou plus dans le réseau n'avaient pas participé à un focus groupe. Les deux médecins, n'étaient en effet pas disponibles aux dates proposées. Ils ont cependant accepté de participer à un entretien semi-dirigé.

Le premier entretien semi-dirigé (P1) a eu lieu le mardi 25 mars 2013, au cabinet du médecin, en début d'après-midi. Il a duré 20 minutes.

Le second entretien semi-dirigé (P2) s'est déroulé le mercredi 17 avril 2013, au cabinet du médecin, en fin de matinée. Il a également duré 20 minutes.

Les caractéristiques des deux médecins interrogés sont présentées dans le tableau suivant :

Médecin	Sexe	Age (années)	Type d'activité	Mode d'exercice	Ville d'exercice	Type de patientèle	Nombre d'enfants inclus
P1	Féminin	40	De ville	Cabinet individuel	Metz	Aisée	24
P2	Féminin	42	De ville	Cabinet de groupe	Metz	Standard	20

L'analyse de ces deux entretiens semi-dirigés nous a permis de sortir 7 nouveaux codes.

Nous avons donc obtenus un total de 193 codes suite à l'analyse des 3 focus groupes et des 2 entretiens semi-dirigés.

Les transcriptions, le codage et l'organisation des codes en thèmes des 2 entretiens semi-dirigés sont également présents dans les annexes numériques. (Annexes numériques 1,2 et 3)

D. Les critères de scientificité en recherche qualitative

La valeur d'une recherche scientifique dépend étroitement de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes. Certains auteurs parlent de critères de scientificité adaptés tant aux recherches qualitatives que quantitatives, suggérant ainsi des mesures pouvant aider à assurer fidélité, validité, objectivité et représentativité.

1. La validité interne ou la crédibilité

La validité interne ou la crédibilité d'une étude consiste à vérifier si les observations sont effectivement fidèles à la réalité, c'est-à-dire à évaluer si ce que le chercheur observe est vraiment ce qu'il doit observer. Guba (1981) et Pourtois (1985) préconisent la technique de triangulation des sources et des méthodes. (31)

Le chercheur est amené à démontrer la précision, la consistance et l'exhaustivité des données. Le processus d'analyse se doit d'être décrit avec détails pour permettre au lecteur d'évaluer si la démarche est crédible. (32)

2. La validité externe ou la transférabilité

La validité externe ou la transférabilité d'une étude est la possibilité de pouvoir généraliser les observations à d'autres objets ou contextes. Une façon d'assurer la validité externe est la notion de saturation des données : les techniques de recueil et d'analyse des données ne fournissent plus aucun élément nouveau pour la recherche. D'après Boudreau et Arsenault (1994), une autre façon d'assurer la validité externe est de décrire le plus exactement possible la population étudiée. (31)

3. La fidélité ou la cohérence interne

Selon Lessard-Hébert et al. (1990), la fidélité ou cohérence interne fait référence à la persistance d'une procédure de mesure à procurer la même réponse, peu importe quand et comment celle-ci est produite. Il existe donc un lien évident entre fidélité et validité externe en ce sens que toutes deux devraient permettre une reproduction des résultats. (33)

4. L'objectivité ou la fiabilité

L'objectivité fait référence à une méthode impartiale ou à une attitude qui consiste à s'en tenir aux données objectives, écartant de ce fait les données de l'expérience vécue. Ceci étant souvent difficile en recherche qualitative et d'ailleurs souvent contraire à son but ultime : l'étude de phénomènes essentiellement subjectifs. (33)

V. RESULTATS

La transcription du contenu des focus groupes et des entretiens (annexe numérique 1) nous a permis d'en extraire un certain nombre de codes (192 au total). Chaque code représente une idée, évoquée par les médecins interrogés et est illustré par des verbatims. Les codes ont été classés et présentés dans un fichier Excel (annexe numérique 2). Les différents codes ont ensuite été regroupés en sous-thèmes et en thèmes (annexe numérique 3). Nous avons suivi l'organisation des thèmes pour présenter les résultats et ainsi rester le plus proche possible des idées véhiculées par les médecins interrogés.

Tout au long de cette partie, nous illustrerons les différents thèmes et idées évoqués par les médecins par des verbatims. Nous avons sélectionné les plus pertinents. Pour une meilleure lisibilité, les verbatims seront soit cités, soit indexés. Tous seront annotés de leur référence afin de pouvoir les retrouver dans l'annexe numérique 1. Par exemple : verbatim B2 – 204 à 205 : verbatim extrait du 2^{ème} focus groupe, citation du médecin B, ligne 204 à 205.

A. Le surpoids de l'enfant

1. Diagnostic et identification de ses origines

a. Définition du surpoids de l'enfant

La définition précise du surpoids de l'enfant ne fut clairement énoncée par aucun des médecins généralistes interrogés. Pour certains médecins, la notion de surpoids n'existait plus. Pour d'autres on ne parlait plus que d'obésité à partir d'un certain seuil d'IMC, obésité de type 1 ou de type 2 :

- *« Je croyais qu'il n'y avait plus cette notion d'enfant en surpoids et qu'on parlait d'obésité à partir du moment où il n'était plus dans les courbes d'IMC en fonction de l'âge » (B2 - 204 à 205)*
- *« Alors je pensais qu'on parlait d'obésité type 1 et obésité type 2, qu'on ne disait plus surpoids » (C1 - 48 à 49)*

Cependant, la plupart des médecins s'accordaient à dire que le surpoids de l'enfant était défini par son IMC. (P2 - 24 à 25)

Reporter l'IMC sur les courbes de corpulence et tracer la courbe de l'enfant faisaient partie de leur pratique courante. Cette courbe de corpulence était un outil utilisé pour dépister le surpoids de l'enfant, se traduisant notamment par une ascension de celle-ci :

- « ... tout enfant qui dépasse la courbe de deux déviations standards en moyenne » (A6 - 46 à 47)

Les médecins étaient également attentifs à un changement de couloir de la courbe d'IMC de l'enfant :

- « J'aime bien avoir recours aux courbes d'IMC et lorsque j'vois déjà un croisement de couloir... » (A5 - 278 à 281)

Certains médecins, après y avoir été sensibilisés par le réseau POIPLUME, faisaient attention au rebond d'adiposité précoce. (B4 - 279)

Deux médecins faisaient remarquer qu'avec le recul, le surpoids de certains enfants était dépisté trop tard et qu'en reprenant les courbes de corpulence de ces mêmes enfants, il existait un rebond d'adiposité précoce, non détecté à l'époque.

En effet, en reprenant la courbe de corpulence, certains médecins se rendaient compte que le dépistage du surpoids de certains enfants était fait tardivement : (C1 - 657)

- « À partir de six ans tu en as déjà plein, plein, plein qu'on n'a pas dépistés » (C4 - 660)
- « Je pense, sur le terrain on devrait cibler un peu tout ça, être plus systématique » (C3 - 661)

b. Diagnostic du surpoids

Certains médecins faisaient le diagnostic de surpoids de l'enfant dès son entrée dans le cabinet. Pour certains médecins, c'est l'aspect visuel de l'enfant qui leur donnait l'idée de calculer son IMC et de tracer sa courbe de corpulence. L'aspect physique de l'enfant constituait, pour certains médecins, un signal d'alerte, les incitant à davantage surveiller le poids de l'enfant : (B4 - 265 à 268)

- « On a l'idée de calculer l'IMC et de le placer sur la courbe parce qu'au premier coup d'œil on a vu qu'il était obèse » (C3 - 168 à 169)

Peser et mesurer un enfant de façon systématique en consultation faisaient partie de l'examen clinique pour certains médecins. Ceci permettait de calculer l'IMC, élément clé du dépistage du surpoids d'un enfant. (P2 - 35) (A6 - 90)

Un médecin faisait même remarquer qu'au cours d'une consultation de pédiatrie, il vérifiait la courbe de poids de façon systématique, au même titre que le carnet de vaccinations. (P1 - 152 à 155)

c. Aborder le problème du surpoids avec les familles

Pour les médecins interrogés, la difficulté était d'aborder le problème du surpoids de l'enfant lors de la consultation pour un autre motif. Les parents amènent rarement leur enfant en consultation pour un problème de poids. Les médecins, après avoir dépisté un surpoids chez l'enfant, devaient arriver à aborder ce problème de poids avec les parents, qui n'étaient pas du tout venus pour ça en consultation, en attirant leur attention sur le problème sans pour autant les heurter :

- « *Souvent les parents ne les amènent pas du tout pour ça, mais pour tout à fait autre chose et il faut essayer d'accrocher vraiment* » (A4 - 71 à 72)

Il fallait le faire avec tact et mesure :

- « *À ce moment-là (quand le médecin évoque le surpoids de l'enfant au cours d'une consultation pour un autre motif) on a un regard noir de la mère on se dit...faut pas le refaire trop de fois* » (A1 - 1301)

Un médecin faisait remarquer que s'il était trop insistant et évoquait le surpoids de l'enfant de façon répétée, à la fin de chaque consultation pour un autre motif, le risque était de ne plus revoir l'enfant en consultation :

- « *S'ils viennent se faire traiter pour ça (une rhinopharyngite) et qu'à chaque fois on leur parle de leur poids, j pense qu'ils ne viendront plus* » (A4 - 1296 à 1297)

Pour deux médecins, les consultations d'aptitudes sportives permettaient de soulever un problème de surpoids de l'enfant. Au cours de ce type de visites, l'enfant est pesé et mesuré, ce qui donne ensuite la possibilité au médecin de parler d'un éventuel surpoids avec les parents et l'enfant :

- « *Je profite beaucoup des certificats de sport de début d'année, (...) parce que quand ils viennent chercher leur certificat, en général en septembre, à la rentrée des classes, vous les pesez, vous les mesurez et tout de suite, c'est l'occasion d'en parler* » (A4 - 96 à 98)

Les visites médicales obligatoires ou recommandées des enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 2 ans permettaient un suivi rapproché de l'enfant, offrant ainsi la possibilité de détecter un surpoids précoce. Si un problème de poids était dépisté, le suivi étant régulier, le surpoids était plus facilement corrigé. (A4 - 59 à 60)- (A4 - 62 à 63)

Les outils utilisés par les médecins interrogés pour définir et aborder le surpoids de l'enfant étaient : les courbes de poids, de taille et d'IMC. Les médecins préféraient utiliser les courbes plutôt que de donner des explications chiffrées. Leur visualisation permettait d'expliquer plus clairement le surpoids à l'enfant et à ses parents :

- « *Je pars de la courbe. C'est mon outil de travail finalement* » (A5 - 298)

Les médecins devaient arriver à faire entendre aux parents et à l'enfant la réalité de ce problème de poids. Autant certains patients comprenaient rapidement, autant d'autres

avaient plus de difficultés, incitant les médecins à utiliser des mots plus forts pour les faire réagir :

- « *Quand je veux appuyer je parle d'obésité, quand je veux que les parents comprennent vraiment qu'il y a problème je parle plus à ce moment là d'obésité que de surpoids* » (B2 - 211 à 212)

d. Etiologies

D'après les médecins interrogés, les causes du surpoids étaient multiples : erreurs alimentaires, troubles du comportement alimentaire, génétique.

Il existait des erreurs alimentaires notamment quant au type et à la quantité des aliments consommés par l'enfant : (A6 - 695 à 696) (P1 - 57)

- « *C'est vrai que y'en a qui mangent vraiment zéro légume* » (A3 - 821)
- « *Il y avait un monsieur qui était chef de cuisine, il faisait une omelette de douze œufs quoi pour ses enfants. Il n'avait plus la notion des proportions* » (B3 - 94 à 96)

L'accès à la nourriture était parfois libre et non contrôlé par les parents. (A1 – 194)

La prise alimentaire se faisait parfois en dehors des repas. La notion de repas n'existait même plus chez certains enfants :

- « *En fait, ils ne mangent pas à table et ils mangent toute la journée ...* » (A5 - 699 à 700)

Trois des médecins interrogés avaient évoqué les troubles du comportement alimentaire, pouvant effectivement expliquer un problème de poids. (C2 - 329 à 331)

Selon un médecin, la génétique pouvait expliquer une différence de corpulence entre les membres d'une même famille :

- « *Pourtant ils sont dans la même famille, ils ont les mêmes parents. Ils mangent la même chose donc y'a aussi quand même une histoire de génétique* » (A6 - 1198 à 1201)

2. Prise en charge

a. Conduite tenue par le médecin généraliste

Devant la présence d'un enfant en surpoids, les médecins interrogeaient les familles afin d'en trouver les causes.

Certains menaient une enquête alimentaire :

- *« Je demande aussi (...) si possible de noter ce qu'ils ont mangé sur une semaine » (B2 - 387 à 389)*

Pour d'autres l'enquête devait être effectuée par une diététicienne par manque de temps et de compétences du médecin. (B6 - 148) (A4 - 1020)

Un des médecins essayait d'évaluer les activités sédentaires et l'activité physique pratiquées par l'enfant : (P2 - 41 à 42)

- *« Et toujours mettre en balance écran et sorties : le temps passé devant un écran et l'équivalent passé à bouger » (P2 - 44 à 45)*

Un médecin avait soulevé la possibilité de proposer un bilan biologique à certains enfants en surpoids. (B5 - 367 à 371)

A l'issue de la consultation, certains médecins pouvaient donner des conseils à l'enfant et à son entourage au sujet de son surpoids. Ces conseils portaient essentiellement sur l'alimentation et l'activité physique. Il s'agissait de conseils généraux, moins détaillés que ceux donnés par les différents intervenants de POIPLUME : (B1 - 404 à 405)

- *« Je préconise de faire attention à ce qu'ils mangent, de ne pas se resservir. On donne des conseils généraux : donc augmenter les activités physiques, de marcher le plus possible, enfin on fait un peu le tour de la question mais plus rapidement et moins approfondi que ce qui est fait par chacun des intervenants de POIPLUME » (B4 - 364 à 366)*

Dans certaines circonstances, des médecins prenaient en charge tout seuls les enfants en surpoids, sans l'aide du réseau POIPLUME. Pour certains, leurs conseils suffisaient parfois à corriger un surpoids. Si leurs actions ne suffisaient pas, ils demandaient alors, avec l'accord de l'enfant et de ses parents, l'aide du réseau POIPLUME : (C4 - 370 à 373)

- *« Ils ne vont pas directement à POIPLUME tous. Il y a des gens qui y arrivent très bien sans aller chez une diététicienne, juste avec quelques conseils » (P1 - 47 à 48)*

Lorsque les médecins envisageaient une prise en charge du surpoids de l'enfant par le réseau POIPLUME, il valait mieux délivrer les informations au fur et à mesure. Il fallait laisser du temps aux familles, les laisser réfléchir, dans le but de les inclure dans le réseau POIPLUME. (B6 - 497 à 499) (B6 - 337 à 338)

Les médecins étaient d'accord pour dire qu'il ne fallait pas parler de régime à l'enfant et à sa famille. Ils parlaient de "corriger les erreurs". (A2 - 183)

L'objectif était de stabiliser le poids de l'enfant. La croissance staturale se poursuivant, l'IMC se corrigerait :

- *« Je dis on va profiter du moment où tu grandis pour pas prendre trop de poids » (B4 - 417)*

En l'absence de motivation de la part des parents et de l'enfant, quant à la prise en charge du surpoids, les médecins devaient arriver à la faire naître. Certains médecins, pour cela, préconisaient de parler des problèmes de santé liés au surpoids, de montrer la courbe de corpulence de l'enfant et de ne pas hésiter à parler d'obésité afin de faire réagir les parents. (P1 – 190 à 193)

b. Inclusion de l'enfant dans le réseau POIPLUME

Les médecins présentaient des expériences et des avis différents quant aux critères et aux modes d'inclusion des enfants en surpoids dans le réseau POIPLUME.

Certains médecins se fiaient aux courbes et incluait systématiquement l'enfant si un des critères diagnostiques de surpoids était présent : (C1 - 112)

- « Bah voilà croisement de courbe c'est ça le critère d'inclusion » (A5 - 658)

Pour les médecins qui surveillaient le rebond d'adiposité précoce, celui-ci constituait un critère d'inclusion de l'enfant dans le réseau POIPLUME. (C3 - 653)

Certains médecins sélectionnaient les enfants à qui ils proposaient l'inclusion dans le réseau. Les critères de sélection étaient principalement la motivation des enfants et de leurs parents ainsi que la confiance du médecin en la réussite de la prise en charge par POIPLUME : (C4 - 108) (A6 - 612)

- « J'inclus pas comme ça, comme j'avais fait la première année... dès la première consultation pour un problème de poids. J'essaye de les voir plusieurs fois avant, pour être sûre qu'ils ne vont pas faire perdre du temps à tout le monde » (B2 - 558 à 561)

Certaines inclusions dans le réseau POIPLUME étaient le fruit de la demande des parents. Un des médecins avait même été informé de l'existence du réseau par des parents. Ceci avait conduit à l'adhésion du médecin au réseau, qui avait ainsi pu être bénéfique à d'autres enfants en surpoids. (C5 - 299 à 302) (P1 - 20 à 21)

L'âge auquel il y avait un bénéfice à inclure des enfants dans le réseau POIPLUME semblait être un autre critère d'inclusion pris en compte par certains médecins. Cependant, ils n'étaient pas d'accord quant à l'âge optimal d'inclusion de l'enfant dans le réseau.

Pour certains médecins, il était plus facile d'inclure et de prendre en charge le surpoids des petits enfants. (C4 - 664) (A6 - 654)

Pour d'autres, il valait mieux attendre qu'ils soient suffisamment grands pour comprendre les choses et donc pour les inclure dans le réseau : (P2 - 176 à 178)

- « J'ai tendance à dire alors que normalement il faut les inclure le plus tôt possible en fait mais avec l'expérience là j'me dis que c'est bien d'attendre que l'enfant puisse comprendre... » (B2 - 745 à 752)

Enfin, pour un médecin, l'âge semblait important, sans qu'il connaisse vraiment l'âge optimal d'inclusion d'un enfant en surpoids dans le réseau. (A4 - 473 à 474)

Certains médecins trouvaient insuffisant le nombre d'enfants inclus dans le réseau. Ils pensaient pouvoir en inclure davantage. (A4 - 560 à 561)

Certains médecins n'avaient inclus aucun enfant dans le réseau POIPLUME et d'autres n'en avaient pas inclus récemment : (B3 - 539) (A3 - 402)

- « *Moi j'ai pas eu d'inclusion récente, depuis au moins dix huit mois* » (A1 - 446)

Certains médecins généralistes non adhérents à POIPLUME ou le réseau POIPLUME lui-même adressaient des enfants à des médecins adhérents au réseau pour la prise en charge de leur surpoids. (B1 - 541 à 542) (P1 - 126 à 127)

c. Mesures à mettre en place

L'activité physique était, d'après les médecins, une des mesures à mettre en œuvre pour la prise en charge du surpoids de l'enfant. Elle était souvent insuffisamment pratiquée par celui-ci. (P1 - 58)

Pour un des médecins, dans la prise en charge du surpoids de l'enfant, l'activité physique n'était pas assez mise en valeur, par rapport à la diététique. Or pour lui, la pratique d'une activité physique était une condition nécessaire à la correction d'un surpoids :

- « *Je trouve que d'emblée l'accent est mis sur la diététique et tout ce qui est activité physique et sportive n'est pas mis en œuvre. Je trouve que ça tient une trop faible place ; en plus c'est quand même l'élément essentiel si on veut arriver à un résultat* » (C3 - 432 à 434)

Un autre médecin rappelait que la pratique d'une activité physique ne se réduisait pas à la seule pratique d'un sport. Il y avait pour lui, d'autres moyens pour que l'enfant se dépense, comme par exemple la marche à pied, qui pouvait être pratiquée en famille, notamment le dimanche au lieu de rester devant la télévision. (B4 - 804 à 805)

La diététique était une autre mesure à mettre en place. Elle consistait à revoir avec les parents et l'enfant l'alimentation de celui-ci afin de mettre en évidence les erreurs alimentaires puis d'essayer de les corriger en donnant des conseils diététiques à la famille. (P2 - 50 à 51) (A4 - 61)

Pour la plupart des médecins, la diététique restait une de leurs difficultés. Pour un des médecins interrogés, ce n'était pas à lui de parler de diététique avec la famille mais à la diététicienne. (B6 - 49) (A6 - 1021) (A3 - 815)

D'une façon plus générale, la prise en charge du surpoids reposait également sur l'éducation de l'enfant et de sa famille par le médecin ainsi que par les intervenants de POIPLUME. (P1 - 45) (B4 - 809)

d. Intervenants extérieurs

Selon les médecins, la médecine scolaire jouait un rôle dans le dépistage et la prise en charge du surpoids de l'enfant. En effet, certains enfants étaient adressés aux médecins adhérents de POIPLUME par les médecins scolaires. (C1 - 341 à 342)

Un des médecins précisait que les équipes médicales et paramédicales de la PMI pouvaient également jouer un rôle. Selon lui, elles n'étaient pas suffisamment impliquées dans le dépistage des enfants en surpoids. (B3 - 239 à 240) - (B3 - 242 à 248)

Certains médecins auraient trouvé intéressant que le réseau POIPLUME travaille en lien avec les services pédiatriques hospitaliers. Ceci permettrait de bénéficier de l'aide de professionnels spécialisés dans l'obésité pédiatrique et d'inclure davantage d'enfants dans le réseau : (C4 - 770 à 771) (C2 - 783 à 785)

- *« J'ai quelques jeunes patients qui sont suivis par le CHR, par le service de pédiatrie, par les diététiciennes sur place, donc il y a un autre réseau un peu parallèle et qui a des résultats et ce serait p'tête pas mal que les deux structures p'tête se rapprochent plus »* (C2 - 715 à 719)

Certains médecins évoquaient la prise en charge du surpoids par des spécialistes comme des nutritionnistes. Les médecins interrogés ne voyaient pas l'intérêt de leur adresser les enfants car pour eux, la prise en charge du surpoids par ces spécialistes était similaire à la leur. (A4 - 1060 à 1064) (A4 - 1051 à 1055)

e. Suivi par le médecin généraliste

Dans la prise en charge du surpoids, les médecins faisaient remarquer que l'enfant et sa famille avaient besoin d'être encadrés. Les patients avaient besoin d'être revus très régulièrement afin de répéter les éléments nécessaires à la prise en charge du surpoids et de vérifier qu'ils les avaient bien assimilés : (A3 - 506)

- *« Il y a des gens pour lesquels on a beau leur expliquer, leur redonner les règles c'est pas respecté, c'est des gens pour qui il faudrait un coaching au moins une fois par mois pour à chaque fois pouvoir répéter les choses, redire »* (P1 - 101 à 103)

Le fait de répéter aux patients les mêmes choses, à différents moments, permettait, d'après les médecins, de créer des automatismes, facilitant la prise en charge du surpoids. (B2 - 402) (A4 - 479 à 481)

Pour cela, les médecins devaient revoir régulièrement l'enfant et sa famille. Un médecin parlait même d'accompagnement des patients dans la prise en charge du surpoids. (A3 - 135) (C1 - 697 à 698)

Une des difficultés des médecins était alors d'arriver à revoir ces enfants et leurs familles en consultation dédiée au surpoids. Certains patients ne revenaient jamais en consultation,

pour ne pas avoir à parler de la surcharge pondérale de leur enfant. (A3 - 137 à 138) (A3 - 140)

Le suivi d'un enfant en surpoids consistait également en la surveillance de son poids, de sa taille, de son IMC et de sa courbe de corpulence. (B4 - 268 à 269) (A5 - 1288 à 1290)

Selon un des médecins interrogés, le but de tout ce suivi était que l'enfant et sa famille évoluent, modifient progressivement leurs comportements, pour une normalisation durable de la corpulence de leur enfant. Malheureusement, d'après ce même médecin, cela était impossible pour certaines familles. Pour illustrer cela, il comparait le surpoids d'un enfant à la glycémie toujours trop élevée d'un patient diabétique, malgré la prise en charge de son diabète : (A6 - 236 à 237)

- « *Le coup du diabète à quatre grammes...donc c'est tout, t'as des cas comme ça qui n'évoluent pas* » (A6 - 235)

f. Relations entre le médecin, l'enfant et les parents

Le médecin devait prendre le temps de donner des informations et des explications à l'enfant et à sa famille. Il devait tout d'abord leur expliquer ce qu'est l'IMC et comment lire une courbe de corpulence, puis les solutions pour la prise en charge du surpoids et enfin l'existence du réseau POIPLUME. Un des médecins insistait, auprès des parents, sur l'importance de la prise en charge précoce du surpoids, pendant l'enfance. (A5 - 286 à 288) (P1 - 39 à 41) (P2 - 58 à 60)

Le médecin devait arriver à concilier ce que pouvait faire l'enfant avec les objectifs qu'il voulait atteindre :

- « *Les enfants, on ne peut pas leur dire pour toute la vie tu ne manges plus de Nutella®, tu ne mangeras plus ça. Il faut qu'on arrive à concilier ce qui est faisable avec la vie de tous les jours et puis ce qu'on voudrait réussir donc c'est pas évident, c'est pas noir ou blanc* » (A4 - 1006 à 1009)

Les médecins devaient arriver petit à petit à tisser une relation privilégiée avec l'enfant, réussir à le faire parler et limiter les interventions de ses parents durant la consultation. Le médecin devait ainsi arriver à faire comprendre à l'enfant, que malgré son jeune âge, il était l'acteur principal de sa prise en charge : (C4 - 634) (P2 - 180)

- « *Petit à petit donc je me suis adressée au garçon directement, plus à la mère, plus à la sœur et peut-être qu'il s'est dit : tiens quelqu'un fait attention à moi* » (A4 - 376 à 377)

Les médecins devaient déculpabiliser l'enfant au sujet de son surpoids et dédramatiser la situation.

Pour cela, un des médecins essayait de faire comprendre à l'enfant que la prise en charge de son surpoids était valable pour toute la famille et que ce n'était pas lui mais

l'environnement, d'une façon générale, qui était responsable de sa surcharge pondérale. (B5 - 795 à 797)

Un autre médecin, au lieu de parler de traitement de l'obésité et de régime, qui risquait de culpabiliser encore davantage l'enfant, parlait de changement des habitudes alimentaires et de la pratique d'activités physiques. Encore une fois, le fait d'appliquer ces mesures à l'ensemble de la famille permettait de déculpabiliser l'enfant :

- « *Parler du changement d'habitudes de la famille tant alimentaires qu'au niveau sportif plutôt que dire on va traiter son obésité, on va lui faire un régime voilà quoi, il faut que ça tienne dans le temps* » (B1 - 792 à 793)

Afin de ne pas inquiéter l'enfant et ses parents, certains médecins minimisaient la surcharge pondérale de l'enfant.

La plupart des médecins n'employait jamais le mot "obésité" devant les parents et l'enfant. Ils préféraient parler de "surpoids", mot plus facilement accepté par les familles car moins péjoratif et moins dur à entendre : (B2 - 209 à 210)

- « *Oui obésité, c'est mal pris* » (C1 - 51)

Certains médecins n'osaient même pas parler de surpoids par crainte de heurter les parents : (B6 - 339 à 342)

- « *On est obligé même de dire presque ce petit problème (au sujet du surpoids) parce que ils (les parents) en ont peur* » (A3 - 144)

g. Objectifs

L'objectif quantifiable de la prise en charge du surpoids de l'enfant était la stabilisation de son IMC. (A4 - 181 - 182) (A5 - 340 à 341)

Certains médecins précisait aux parents que l'objectif pour l'enfant n'était pas une perte de poids, d'autant plus que devoir maigrir est très souvent vécu comme une contrainte et que cela n'est pas recommandé chez l'enfant. (A4 - 167 à 169) (B2 - 415 à 416)

h. Moyens proposés pour arriver à stabiliser l'IMC

Certains médecins soulevaient la difficulté de définir ces moyens avec les parents et l'enfant concernant la prise en charge du surpoids. Toute la difficulté résidait dans le choix des mesures à mettre en place. Elles visaient à améliorer les habitudes de vie. Elles devaient être peu nombreuses si le médecin voulait qu'elles soient appliquées : (A2 - 1027) (A2 - 863 à 866)

- « *Lors d'une première consultation je ne donne peut-être qu'un objectif...du style arrêter les grignotages si à l'interrogatoire je vois que l'enfant grignote en permanence toute la journée* » (B2 - 381 à 383)

Une autre mesure à mettre en place dans le cadre de la prise en charge du surpoids de l'enfant était la modification des habitudes alimentaires comme par exemple diversifier l'alimentation, inciter l'enfant à manger davantage de légumes verts, limiter les grignotages donc l'achat par les parents de gâteaux et de sucreries. (A5 - 1159 à 1161) (A5 - 1166) (B2 - 383 à 385)

Il fallait également arriver à modifier les comportements de toute la famille. Selon les médecins interrogés, les nouvelles habitudes, notamment alimentaires devaient être les mêmes pour tous les membres de la famille : (B1 - 405 à 407)

- *« Souvent quand je dis il faut arrêter d'acheter des sucreries et des boissons sucrées on me dit : ah bah oui mais le problème c'est que le petit lui il est tout mince, tout maigre et je ne veux pas le priver. Alors là j'explique que tout le monde doit effectivement manger pareil...toute la famille »* (B2 - 408 à 412)

Un des médecins faisait également remarquer qu'il fallait faire comprendre à certains parents qu'il y avait d'autres façons de récompenser un enfant qu'en lui donnant des sucreries, favorisant la prise de poids. (B1 - 826 à 829)

i. Comparaison avec d'autres maladies chroniques

Certains médecins comparaient la prise en charge de l'enfant en surpoids avec celle du patient diabétique. En effet, la diététique est un des versants de la prise en charge tant de l'enfant en surpoids que du patient diabétique, chronophage dans les deux cas, pour le médecin. (A3 - 989 à 990) (A3 - 992 à 994)

Certains médecins comparaient la prise en charge de l'obésité au sevrage tabagique, encore une fois en évoquant la diététique, commune à la prise en charge de l'enfant en surpoids et du patient en cours de sevrage tabagique. (C1 - 573 à 575)

Lors de cette comparaison, un des médecins faisait remarquer que la prise en charge du patient fumeur était différente de celle de l'enfant en surpoids. En effet, selon lui, le sevrage tabagique est une prise en charge individuelle, alors que la prise en charge du surpoids d'un enfant concerne toute sa famille. Encore une fois, la notion de famille semblait primordiale dans la prise en charge du surpoids de l'enfant. (C4 - 141 à 142)

Tout comme le diabète, l'obésité est une maladie chronique, nécessitant une prise en charge au long cours. Ainsi un des médecins jugeait la durée de suivi de deux ans par le réseau POIPLUME trop courte. Il continuait donc à suivre les enfants pour leur problème de surpoids au-delà des deux ans de suivi du réseau. (C1 - 153 à 155)

3. Formation et information des médecins

a. Formation

Les médecins avaient eu recours à différents outils de formation en matière d'obésité infantile.

Des médecins avaient participé à un séminaire de deux jours sur l'obésité de l'enfant, leur permettant de se former sur le surpoids de l'enfant et de rencontrer des membres du réseau POIPLUME. (A6 - 3 à 5)

Certains médecins avaient participé à des séminaires sur la diététique. (A4 - 1003)

D'autres avaient assisté à des soirées de formation sur le surpoids de l'enfant, organisées par l'AMMPPU, en partenariat avec le réseau POIPLUME. (B2 - 673)

Certains médecins rappelaient qu'ils avaient, comme tous les autres médecins adhérents du réseau POIPLUME, participé à une formation sur le surpoids de l'enfant, au moment de leur intégration dans le réseau. (C4 - 580)

Des médecins avaient acquis leurs connaissances et une certaine expérience en matière de surpoids et d'obésité infantiles, au cours de leurs stages de formation en tant qu'interne :

- « *Moi j'ai fait beaucoup de diététique dans un service de gynéco à Lyon où j'ai fait mes études (...) et j'ai beaucoup appris à ce moment-là* » (C1 - 570 à 573)
- « *Je suis passée en pédiatrie six mois donc c'est pas spécialement l'obésité et après je suis passée en diabéto-nutrition et là c'était une vraie formation même s'il n'y a pas de diplôme validant* » (P2 - 114 à 116)

Certains médecins avaient suivi une formation leur permettant d'obtenir un Diplôme Universitaire (DU) de pédiatrie ou bien une capacité de pédiatrie. Pour les médecins les plus jeunes, l'enseignement sur l'obésité infantile faisait alors partie de ces formations. (C4 - 567 à 568) (P1 - 145 à 147)

Un des médecins précisait qu'il n'était pas satisfait de la formation qu'il avait reçue à la faculté, durant ses études de médecine, sur le surpoids et l'obésité de l'enfant :

- « *C'est vrai qu'à la fac j'ai pas de DU de quoi que ce soit enfin de diététique. J'ai pas le souvenir que j'avais été hyper formé ou enchanté de ma formation de diététique* » (B5 - 655 à 657)

Un autre médecin s'était posé la question de suivre une formation en vue d'obtenir un DU de Nutrition mais avait finalement renoncé du fait de la charge de travail supplémentaire que cela engendrait. (P2- 123)

Certains médecins faisaient remarquer qu'ils se formaient par eux-mêmes, notamment par le biais d'ouvrages sur le surpoids et l'obésité infantiles. (B6 - 650 à 651)

Les médecins soulignaient l'intérêt de maîtriser les techniques de l'entretien motivationnel dans la prise en charge du surpoids, car leur difficulté principale était de faire adhérer le patient à la prise en charge. Certains médecins faisaient remarquer qu'ils auraient bien besoin de suivre une formation sur l'entretien motivationnel. Un des médecins suggérait que les techniques de celui-ci soient enseignées à la faculté afin d'aider les futurs médecins dans leur pratique courante : (A5 - 983 à 984) (A5 - 987 à 988)

- *« Y'a des techniques et des ouvrages qui ont été écrits aux États-Unis il y a cinquante ans qui s'appellent "entretien motivationnel". Il suffit que ce soit enseigné à la Fac et ça aidera grandement mais c'est pas encore fait. La réponse elle est là... » (C1 – 619 à 625)*

b. Informations au sujet de POIPLUME

Les médecins avaient connu le réseau POIPLUME grâce à divers moyens d'information, mis en oeuvre par le réseau.

Certains médecins avaient reçu un courrier du réseau POIPLUME, les informant de l'existence et des avantages du réseau. (A4 - 13 à 14)

Un des médecins faisait remarquer qu'il avait rencontré un pédiatre du réseau POIPLUME qui lui avait ainsi fait connaître le réseau en vue de son adhésion :

- *« J'avais eu un premier contact avec une femme pédiatre, Dr BAHNER et le fait déjà...elle est venue au cabinet spontanément. Enfin on avait pris contact par téléphone et puis elle a bien expliqué le système, la mise en place » (B3 - 21 à 23)*

D'autres médecins avaient connu le réseau POIPLUME grâce au bouche à oreille. (C2 - 10 à 11)

B. Facteurs favorisant l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME

1. Avantages du réseau POIPLUME

a. Ressources offertes par le réseau

Les consultations chez la diététicienne et la psychologue, ainsi que les activités sportives, étaient gratuites dans le cadre du réseau POIPLUME, ce qui était, d'après les médecins, un des avantages du réseau. Il s'agissait d'une aide précieuse pour les patients qui n'ont pas beaucoup d'argent. Selon les médecins, les patients refuseraient de se faire suivre par une diététicienne ou bien une psychologue, s'il fallait payer les consultations :

- *« Pour les gens, l'argent c'est souvent un blocage. Le fait qu'il y ait une prise en charge gratuite par la diététicienne et la psychologue, c'est énorme » (B3 - 8 à 10)*

Le réseau POIPLUME offrait d'autres moyens aux enfants et à leur famille, notamment pour leur apprendre à diversifier leur alimentation, un autre avantage du réseau. Le réseau mettait à disposition des familles des recettes de cuisine, proposait des cours de cuisine, leur apprenait à lire les étiquettes et à faire leurs courses alimentaires. (A6 - 826 à 827) (A5 - 828) (A3 - 1094)

b. Prise en charge pluridisciplinaire sur un même site

Plusieurs professionnels de la santé intervenaient au sein du réseau POIPLUME, autres que le médecin traitant. Celui-ci trouvait ainsi une aide à la prise en charge du surpoids de l'enfant. (A2 - 42 à 44)

La prise en charge pluridisciplinaire et globale de l'enfant en surpoids par le réseau avait séduit les médecins. Ainsi le réseau proposait une prise en charge diététique, psychologique et sportive. (B3 - 98 à 99)

Le fait que plusieurs professionnels de la santé tenaient le même discours que le médecin, à l'enfant et à sa famille, donnait plus de poids aux informations et aux conseils délivrés par le médecin. (B2 - 87 à 88)

La diététicienne faisait l'enquête alimentaire et donnait des conseils diététiques à l'enfant et à sa famille. D'après certains médecins, elle avait davantage le temps et un meilleur savoir-faire en matière de diététique. Ce qui conduisait à de meilleurs résultats pour l'enfant : (B5 - 140)

- *« Et puis elles ont la façon de demander. C'est peut-être moins sanctionnant que nous » (B1 - 142)*

La psychologue pouvait également intervenir dans certaines situations. Elle pouvait ainsi accorder davantage de temps à l'enfant et à sa famille que le médecin. Elle pouvait faire le bilan en début de prise en charge afin de déceler un éventuel trouble d'ordre psychologique, à l'origine du surpoids. (C1 – 411)

- « *C'est pour ça que la psychologue est bien parce qu'au moins elle prend le temps avec les parents et puis avec le gamin tout seul* » (B1 - 311 à 312)

Un éducateur sportif faisait également partie du réseau et constituait un autre avantage du réseau pour les patients. (C1 - 413 à 416)

Un des médecins soulignait que la prise en charge par les différents intervenants de POIPLUME apportait un regard neuf sur la situation de l'enfant en surpoids, véritable atout dans la prise en charge de celui-ci :

- « *Je pense que les familles, on les voit depuis longtemps. Si on avait pu voir ça au départ, on l'aurait fait. Il faut un autre regard. On les voit trop ou enfin on ne les voit pas spécialement pour ça et on n'a pas fait attention... enfin moi* » (B1 – 131 à 135)

Pour un autre médecin, la prise en charge du surpoids de l'enfant, se faisant en partie en dehors du cabinet médical, était un autre avantage :

- « *Le côté cabinet médical, ça reste médical, donc ça reste maladie donc le gamin il est perdu avec ça (...) Donc je pense qu'on peut plus arriver à persuader un enfant quand on n'est pas dans le domaine médical...* » (B5 - 313 à 317)

Tous les professionnels de santé de POIPLUME étaient regroupés sur un même site, ce qui constituait encore un autre avantage pour les patients, selon certains médecins. (B5 - 35 à 36)

c. Présence de la famille et rencontres avec d'autres enfants

Selon certains médecins, il fallait montrer à l'enfant en surpoids qu'il n'était pas seul. Par le biais de POIPLUME, sa famille allait être intégrée à sa prise en charge :

- « *L'intérêt aussi c'est que ça se passe en famille. POIPLUME, c'est pas un gamin tout seul, c'est un ensemble où il y a ses proches, les gens qui l'aiment bien qui sont autour de lui. Il n'est pas séparé de son milieu familial. C'est un petit peu dans le prolongement de son chez lui le fait d'être chez POIPLUME* » (B5 - 781 à 784)

Il fallait également faire comprendre à l'enfant que par le biais de POIPLUME, il allait rencontrer d'autres enfants dans la même situation que lui. (B3 - 778 à 780)

2. L'enfant, les parents, l'entourage et le médecin

a. Attitudes communes des parents et de l'enfant

Selon les médecins, une prise de conscience du surpoids de l'enfant par les parents et l'enfant lui-même était un facteur nécessaire à l'inclusion de l'enfant dans POIPLUME puis à sa prise en charge. (A4 - 391 à 393) (C1 - 207 à 208)

L'intérêt porté par les parents et par l'enfant au surpoids conditionnait l'inclusion puis la prise en charge du surpoids de l'enfant par POIPLUME. (A4 - 245 à 246)

L'envie des parents et de l'enfant quant à la prise en charge du surpoids était un élément clé, conditionnant une fois de plus l'inclusion de leur enfant dans le réseau et la prise en charge de son surpoids. (A6 - 225)

L'inquiétude des parents vis-à-vis du surpoids de leur enfant, véritable source de motivation, pouvait être un autre facteur favorisant leur inclusion puis la prise en charge dans le réseau. (B6 - 337)

La prise en charge du surpoids de l'enfant impliquait des efforts à fournir de la part des enfants mais également des parents. (A4 - 522 à 523)

L'assiduité de l'enfant et de sa famille était nécessaire pour la réussite de la prise en charge du surpoids de l'enfant. (A1 - 461 à 464)

L'observance de la prise en charge du surpoids était également un facteur important. (P1 - 194)

b. Attitudes des parents

Selon les médecins interrogés, les parents qui avaient conscience que leur enfant avait un problème de poids était un facteur favorisant leur inclusion dans le réseau et pouvait induire une demande de prise en charge de la part des parents :

- « *Ceux déjà qui s'en préoccupent aussi, ceux qui s'en rendent compte... il y a des parents qui arrivent en disant bah écoutez j'ai l'impression que ma fille elle est en surpoids...* » (A6 – 1115 à 1119)

L'accord des parents avec le médecin concernant l'adhésion de leur enfant au réseau POIPLUME et la prise en charge était un facteur indispensable :

- « *Pour adhérer au réseau POIPLUME, c'est sûr que si ils ne sont pas d'accord dès le début, je veux dire, il n'y a rien à faire* » (A4 - 244 à 245)

Un médecin faisait remarquer que le fait que des parents donnent l'exemple favorisait la prise en charge du surpoids de leur enfant. (A6 - 1173 à 1176)

La motivation des parents conditionnait l'inclusion puis la prise en charge de l'enfant en surpoids au sein du réseau. Face à des parents motivés, certains médecins étaient prêts à consacrer davantage de leur temps à la prise en charge du surpoids et incluaient plus facilement l'enfant dans le réseau : (A6 - 875) (A2 - 876)

- « *Moi c'est clairement la motivation des parents (...). Si je sens qu'il y a de la motivation, là j'y vais (j'inclus l'enfant dans le réseau)* » (B6 - 684)

L'investissement des parents dans la prise en charge du surpoids de leur enfant était un autre facteur favorisant leur inclusion dans le réseau POIPLUME. Les médecins parlaient surtout de la possibilité des parents d'y consacrer du temps :

- « *Donc je regarde ça maintenant. Est-ce qu'ils vont savoir s'investir (...) être capable de s'investir en temps. Et maintenant je les préviens : c'est un gros investissement en temps* » (A5 - 702 à 708)

Pour un des médecins, une famille dont aucun des deux parents n'était en surpoids adhérait plus facilement à un réseau comme POIPLUME :

- « *Si on a deux parents qui ont un rapport poids/taille normal et qui ont un enfant obèse, à mon avis on aura un peu plus de facilité à entrer dans le sujet et puis à faire avancer les choses, voire à les faire adhérer à un dispositif comme celui de POIPLUME* » (C3 - 178 à 181)

Au contraire, pour d'autres médecins, avoir plusieurs membres en surpoids au sein d'une même famille pouvait constituer un facteur favorisant l'inclusion et la prise en charge d'enfants au sein du réseau. Il s'agissait souvent de mères qui avaient souffert de leur surpoids durant leur enfance et qui ne voulaient pas que leur enfant vive la même chose. (C1 - 85 à 88)

Certains parents se posaient des questions quant à une éventuelle surcharge pondérale de leur enfant, facilitant ainsi le travail du médecin. Celui-ci pouvait aborder le problème du surpoids beaucoup plus facilement, tout en sachant qu'il était face à des parents réceptifs aux explications données. (B1 - 283 à 284)

La prise en charge du surpoids de l'enfant et donc l'adhésion de celui-ci dans le réseau POIPLUME pouvait même résulter d'une demande des parents :

- « *Si il y a une demande des parents d'emblée... les parents viennent en disant : voilà Docteur faites quelque chose, mon gamin il est trop gros. Ça aussi c'est un plus* » (B5 - 696 à 697)

Selon certains médecins, des enfants et leurs parents faisaient la démarche d'initier une prise en charge du surpoids. Même si aucun suivi n'était instauré initialement, cette première prise de contact permettait qu'ils reviennent un jour et que le suivi se fasse à ce moment-là :

- « *Même s'ils ne font qu'une séance... ils y vont une fois, ils vont voir comment ça se passe (...) le fait de faire la démarche, je pense que c'est déjà important même*

*s'il n'y a pas de suivi, à un moment ou à un autre, ils reviendront d'eux-mêmes »
(A1 - 540 à 541)*

Les médecins faisaient également remarquer que le niveau social et intellectuel des parents conditionnait la prise en charge du surpoids de leur enfant. Pour des parents de haut niveau social et intellectuel, la santé est au premier plan. Ils sont davantage motivés, ce qui facilite la prise en charge du surpoids des enfants. (P1 - 185 à 186) (A5 - 313 à 314)

c. Attitudes de l'enfant

Pour certains médecins, l'enfant, en grandissant prenait conscience de son surpoids. Ainsi il posait davantage de questions, comprenait mieux les explications et les conseils que le médecin lui donnait. Selon certains médecins, cette prise de conscience favorisait son inclusion et sa prise en charge au sein de POIPLUME. (A1 - 536) (A6 - 92 à 93)

L'enfant en surpoids pouvait en souffrir et être alors demandeur d'une prise en charge. Certains médecins, devant une telle souffrance, poussait davantage l'enfant et sa famille à prendre en charge ce surpoids : (B5 - 685 à 689)

- *« Il y a des enfants qui souffrent de leur surcharge pondérale (...) et donc certains enfants sont demandeurs largement plus que leurs parents » (C2 - 600 à 602)*

Selon certains médecins, l'accord et la motivation de l'enfant étaient nécessaires à son inclusion autant que l'accord et la motivation de ses parents. (B2 - 748 à 749)

- *« Même si les parents sont importants, il faut que le petit adhère aussi » (B5 - 77 à 78)*

d. Actions de l'entourage

L'enfant pouvait être victime de moqueries de la part de ses copains d'école, de ses frères et soeurs, relatives à son surpoids. Les moqueries de la part de certains membres de son entourage pouvaient être le facteur déclenchant une prise de conscience et une verbalisation de son surpoids, puis par la suite une inclusion dans le réseau. (A4 - 372 à 378) (A6 et A4 - 92 à 94)

e. Attention portée par le médecin à la pédiatrie et à l'obésité

Certains médecins généralistes s'intéressaient tout particulièrement à la pédiatrie. Ils suivaient davantage d'enfants que d'autres médecins, ce qui constituait un des facteurs favorisant l'inclusion d'enfants en surpoids dans le réseau. (A4 - 839 à 841)

L'intérêt porté par le médecin à la prise en charge du surpoids de l'enfant et sa motivation était nécessaires à son adhésion au réseau POIPLUME puis à l'inclusion d'enfants dans ce réseau : (C5 - 598)

- « *Je me suis dit que si je pouvais participer et aider un petit peu (...) donc je me suis intéressée au réseau et puis j'ai adhéré* » (P1 - 5 à 6)

Un des médecins allait même jusqu'à dire que la motivation du patient était induite par celle du médecin, d'où l'importance primordiale de la motivation du médecin dans l'inclusion d'un enfant dans le réseau POIPLUME :

- « *La motivation du patient, elle est induite par celle du médecin qui est en face de lui* » (C5 - 282)

Un des médecins précisait qu'être un médecin femme et surtout mère de famille pouvait être un avantage à la prise en charge du surpoids de l'enfant. D'après ce médecin, les femmes s'intéressaient davantage à la diététique. Ce sont souvent elles qui cuisinent pour toute la famille. Elles seraient donc plus sensibles à l'alimentation :

- « *Mais nous peut-être, en tant que mère de famille on a l'habitude de cuisiner et puis la diététique, c'est quelque chose qui nous parle...enfin ça m'a toujours intéressée donc euh du coup la notion de surpoids et d'excès de poids et de maigreur aussi peut-être parfois ça coule de source. Mais c'est pas scientifique* » (B4 - 663 à 667)

3. Atouts pour le médecin

a. Prise en charge adaptée au type de patientèle

La prise en charge proposée par le réseau POIPLUME était intéressante pour les médecins qui avaient un certain nombre d'enfants dans leur patientèle. Le nombre d'enfants parmi la clientèle jouait donc directement sur le nombre d'inclusions d'enfants dans le réseau :

- « *Moi j'ai plutôt adhéré de part ma patientèle qui est très jeune et effectivement avec des suivis pondéraux réguliers qui m'amenaient à évoquer régulièrement le sujet* » (C4 - 22 à 23)

La fréquence d'enfants en surpoids dans la patientèle variait d'un médecin à un autre et influait également sur le nombre d'inclusions dans le réseau POIPLUME : (B2 - 17 à 19)

- « *J'avais beaucoup d'enfants dans ma clientèle qui étaient obèses et c'est toujours difficile de les prendre en charge* » (C1 - 4-5)

b. Soutien du médecin par le réseau

Le médecin trouvait en POIPLUME une action complémentaire à la sienne, véritable aide en matière de surpoids et d'obésité infantiles. (B6 - 148)

En plus d'une aide précieuse, la prise en charge par le réseau POIPLUME apportait un véritable savoir faire en matière de surpoids et d'obésité de l'enfant que le médecin n'avait pas forcément. (B1 - 55 à 57)

Un médecin allait même jusqu'à dire que son rôle n'était pas de soigner le surpoids de l'enfant mais de coordonner les actions entre les différents intervenants du réseau. Ce médecin n'était pas le médecin traitant de certains enfants qui lui avaient été adressés par POIPLUME :

- « *Ils ont bien compris que je n'étais pas leur médecin de soins, que j'étais juste un petit soutien on va dire un peu logistique pour expliquer certaines choses et puis coordonner un peu les soins entre la diététicienne, le psychologue, le sport* » (P1 - 69 à 71)

Le réseau POIPLUME répondait, selon certains médecins, à un manque de moyens du médecin généraliste en matière de prise en charge de l'enfant en surpoids : (A1 - 37 à 38)

- « *...il y a rien d'autre finalement (que le réseau POIPLUME pour la prise en charge du surpoids de l'enfant)* » (A1 - 35)

L'inclusion de l'enfant dans le réseau POIPLUME était vue par certains médecins comme une chance supplémentaire de corriger son surpoids. Ils jugeaient la prise en charge du surpoids de l'enfant par le réseau plus efficace que la leur. (B2 - 85 à 90)

c. Avantage d'être le médecin de famille

Selon certains médecins, le médecin traitant conservait cependant un rôle clef dans la prise en charge du surpoids de l'enfant. Celui-ci soignait souvent les autres membres de la famille. Connaissant bien le milieu familial de l'enfant et l'environnement dans lequel il évoluait, il pouvait intervenir plus facilement : (B3 - 99 à 101)

- « *Ah bah c'est d'être leur médecin traitant alors clairement (facteur favorisant l'inclusion de l'enfant dans POIPLUME)...il y en a eu un où j'étais pas le médecin traitant (...) et on n'a pas terminé...il a dû venir 4 fois et c'était une situation compliquée....mais d'être leur médecin traitant oui* » (P2 - 126 à 128)

d. Facteurs encourageant le médecin

Certains cas de patients suivis par le médecin et le réseau POIPLUME étaient une réussite, résultats encourageants pour le médecin pouvant ainsi le conduire à inclure davantage d'enfants dans le réseau. (P1 - 104 à 106)

Suite à l'inclusion de leur enfant dans le réseau POIPLUME, certains parents perdaient eux-mêmes du poids, autre résultat encourageant pour le médecin. (A2 - 432 à 434)

L'évolution du réseau POIPLUME, notamment vers l'allègement du dossier médical, véritable gain de temps pour les médecins, les incitait à inclure davantage d'enfants dans le réseau :

- « ...je trouve que ça s'est nettement amélioré au niveau du réseau POIPLUME. Ils ont bien simplifié les choses et ça me donne plus envie de ré-inclure des enfants » (B2 - 555 à 557)

Un des médecins soulignait que l'informatisation des dossiers POIPLUME faciliterait encore plus le travail du médecin :

- « Les consultations POIPLUME sont très allégées. C'est beaucoup plus léger donc c'est plus facile, il y a moins de paperasserie, c'est plus facile bon on attend la version en ligne, j'espère qu'ils vont s'y mettre » (P1 - 73 à 76)

Enfin la prise en charge de l'enfant en surpoids par le réseau était un gain de temps non négligeable pour le médecin. D'autant plus que le médecin ne pouvait pas accorder, à l'enfant et à sa famille, le temps qui leur était consacré au sein du réseau POIPLUME. (B1 - 52 à 53)

C. Freins à l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME

1. Le temps

a. Le temps pour le médecin

Pour les médecins interrogés, l'inclusion puis la prise en charge de patients au sein du réseau étaient chronophages. (A4 - 560)

Le dossier d'inclusion et de suivi de POIPLUME était long à remplir, même si celui-ci avait été allégé par le réseau. Pour certains médecins il constituait un véritable frein à l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME. Devant la longueur du dossier, certains médecins, par manque de temps, avaient tendance à reporter l'inclusion d'enfants dans le réseau à un moment plus opportun. (A4 - 619 à 622) (C2 - 469 à 470) (C2 - 802 à 806)

Les consultations médicales de suivi de l'enfant étaient également longues. (P1 - 115 à 116)

D'une façon plus générale, la prise en charge du surpoids prenait du temps. (B5 - 31 à 32)

Par ailleurs, les médecins manquaient de temps pour aborder le problème du surpoids de l'enfant. Certains médecins avaient tendance à décider qu'ils aborderaient le problème lors d'une prochaine consultation. (A4 -561)

Un médecin indiquait que le temps consacré à un enfant pour son inclusion puis sa prise en charge au sein du réseau, était du temps que le médecin ne pouvait pas consacrer à d'autres patients ou à faire d'autres choses :

- *« Je pense que ça joue le temps (...) parce que tout ce que vous prenez pour cet enfant bah...y'a d'autres choses que vous ne ferez pas à côté »* (A4 - 844 à 847)

Certains médecins étaient contraints de voir les enfants pour leur problème de surpoids en dehors des heures de consultations habituelles. Ainsi, pour ces enfants, ils aménageaient des plages de rendez-vous en dehors de leurs créneaux habituels de consultation, en fonction de leurs obligations personnelles. (A4 - 625 à 626) (A5 - 631)

En plus, certains médecins avaient l'impression de perdre leur temps face à la prise en charge du surpoids de certains de leurs patients. (A3 - 239 à 240)

b. Le temps pour les familles

La disponibilité et le temps que les parents pouvaient consacrer au quotidien à la prise en charge du surpoids de leur enfant, devaient être pris en compte et jouaient sur l'inclusion de l'enfant dans le réseau. D'après les médecins, si les parents n'étaient pas prêts à consacrer un minimum de temps aux accompagnements de l'enfant chez la diététicienne, chez le psychologue, chez le médecin et aux activités sportives, la prise en charge de celui-ci serait un échec, donc l'inclusion de leur enfant était inutile. (AA - 533 à 535) (C4 - 519)

Le site de POIPLUME était trop éloigné géographiquement du domicile de certaines familles ou bien celles-ci manquaient de moyens de locomotion pour s'y rendre. Tout ceci rendait difficile l'inclusion puis la prise en charge de certains enfants par le réseau :

- *« ...c'est à Metz alors il y a des déplacements qu'ils ne peuvent pas faire ou qu'ils ne veulent pas faire, ça c'est quand même un obstacle. Si fait qu'on est loin de mettre dans le réseau POIPLUME tous nos enfants obèses ça c'est sûr »* (C3 - 382 à 386)

Un des médecins avait proposé la décentralisation du réseau POIPLUME, en mettant en place des antennes annexes à proximité des villes les plus éloignées de Metz. Cette mesure permettrait, selon lui, d'augmenter le nombre d'inclusions dans le réseau. (C3 - 800 à 801)

Par ailleurs, la prise en charge du surpoids de leur enfant par le réseau POIPLUME paraissait trop lourde pour certaines familles, qui par conséquent préféraient ne pas y inclure leur enfant :

- *« Ils ont eu l'impression que c'était tellement lourd comme système...ça doit impressionner, ça doit faire peur aux gens et aux parents en particulier » (B3 - 433 à 435)*

c. La durée de suivi

L'obésité était décrite par certains médecins comme une maladie chronique qui se développe sur plusieurs années et dont la prise en charge était forcément longue pour les patients. (B1 - 514 à 517)

Ce qui pouvait être source de découragement pour la famille, ce d'autant plus que le résultat n'était pas toujours satisfaisant :

- *« L'obésité : il faut attendre, attendre, attendre que l'enfant grandisse, qu'il ne prenne pas de poids et j pense que la famille, p't'être le gamin aussi désespère » (B1 - 516 à 518)*

2. Climat social, économique, culturel et environnemental

a. Contexte socio-économique et culturel

La culture de la famille pouvait être un obstacle à l'inclusion de l'enfant et à sa prise en charge dans le réseau POIPLUME car les critères d'appréciation du surpoids varient selon la culture. Certains médecins suivaient des enfants turcs et maghrébins en surpoids voire obèses. Pour les parents, ces enfants avaient un poids normal. S'ils avaient été moins corpulents, cela aurait inquiété leur famille qui les aurait vus alors trop maigres :

- *« Là où je travaille : il y a une population maghrébine assez importante, turque aussi, où le surpoids, l'obésité, c'est même bien. Si l'enfant est dans les normes en IMC, les parents s'inquiètent. Il est trop maigre par rapport au petit voisin » (B2 - 215 à 218)*

La culture de la famille pouvait également être un obstacle à l'inclusion et au suivi de l'enfant dans le réseau car les habitudes alimentaires varient selon la culture. Ces habitudes alimentaires étaient souvent mauvaises et difficiles à modifier selon les médecins :

- *« C'est la grand-mère qui est d'origine d'Afrique du nord et qui ne comprend pas qu'elle doit (...) lui donner à manger autrement (...). Enfin c'est un combat permanent » (A6 - 322 à 326)*

D'autre part, la barrière de la langue pouvait être un obstacle à l'inclusion dans le réseau POIPLUME et à la prise en charge de l'enfant en surpoids :

- *« Ils ont aussi un peu du mal à comprendre le français donc c'est un peu difficile » (B1 - 510 à 511)*

Selon les médecins, l'éducation des parents et de l'enfant influait sur la prise en charge de l'enfant en surpoids. Certains parents n'avaient jamais appris à faire à manger, d'autres n'avaient aucune autorité sur leurs enfants et les laissaient faire ce qu'ils voulaient à la maison. L'éducation constituait alors un véritable frein à la prise en charge du problème de corpulence, qui allait bien au-delà de la prise en charge du seul surpoids :

- *« C'est eux (les parents) qui ont en charge l'éducation y compris l'éducation nutritionnelle de leur enfant mais ils affichent un laisser-aller, pour moi ça commence à devenir un sujet très très difficile » (C3 - 183 à 184)*

Selon les médecins, les habitudes alimentaires étaient difficilement modifiables pour l'enfant mais également pour les parents, véritable frein à la prise en charge du surpoids :

- *« L'objectif (...) ce serait (...) qu'ils prennent un p'tit déjeuner pour qu'ils n'arrivent pas affamés à dix heures. Et puis la maman qui vous raconte : bah de toute façon, moi c'est hors de question, moi je ne déjeune pas le matin » (A2 - 1028 à 1032)*

Le niveau intellectuel des parents conditionnait l'inclusion puis la prise en charge du surpoids de leur enfant dans le réseau POIPLUME :

- *« Si les parents ils y comprennent rien, c'est même pas la peine d'essayer (...) j'ai vraiment eu des freins avec des familles... » (A6 - 685 à 688)*

Le bas niveau social et le manque d'argent des parents pouvait être source d'échec quant à l'inclusion puis au suivi de l'enfant au sein de POIPLUME. Les gens qui ne gagnaient pas beaucoup d'argent passaient plus de temps devant la télévision que les autres selon un médecin. D'après un autre, ils n'avaient pas les moyens de faire faire une activité sportive à leur enfant en dehors de l'école. D'autres médecins soulignaient qu'ils ne pouvaient pas avoir accès à une alimentation saine et équilibrée. (A6 - 688) (A1 - 710)

b. Situation familiale

➤ Implication différente des deux parents

Selon les médecins interrogés, le père avait parfois du mal à prendre conscience du surpoids de son enfant et pouvait, dans certains cas, être un obstacle à l'inclusion et au suivi de son enfant dans le réseau.

Malgré les explications du médecin, certains pères ne respectaient pas les mesures mises en place dans le cadre de la prise en charge du surpoids de leur enfant et ne faisaient de toute façon aucun effort. (B1 - 506 à 509) (C1 - 216 à 217)

Les médecins avaient des difficultés à motiver certains pères et à les revoir en consultation dédiée au surpoids de leur enfant :

- *« Je n'arrivais pas à motiver le papa et bon j'ai essayé de trouver différents biais pour le revoir, ça fait un an que je ne l'ai pas vu » (C1 - 241 à 242)*

Dans ces familles-là, il existait souvent un décalage entre les intentions de la mère et celles du père. La mère faisait souvent des efforts et veillait à ce que les mesures concernant la prise en charge du surpoids de son enfant soient respectées, alors que le père était plus laxiste et n'y prêtait souvent pas attention. (B6 - 735 à 736)

D'après quelques médecins, l'attitude du père indifférent au surpoids de son enfant était davantage marquée dans les cultures turques ou bien d'Afrique du Nord :

- « *Dans les familles turques ou autres, le père est sur le sujet complètement absent, il n'y a rien à faire* » (C1 - 219)

D'autres pères étaient mêmes opposés à toute prise en charge du surpoids de leur enfant. (C3 - 232 à 233)

➤ **Situations conflictuelles**

Dans le cas de parents divorcés, il arrivait que le père se sente peu concerné et qu'il n'assiste pas aux consultations. (B1 - 732 à 734)

Or, pour certains médecins, ne pas voir les deux parents en consultation pouvait être un frein à la prise en charge du surpoids de l'enfant :

- « *Voilà j'avais pas fait ce qu'il fallait quoi. J'aurais dû demander aussi à voir le père parce que l'enfant était au milieu* » (B1 - 739 à 740)

Dans certaines situations, le surpoids de l'enfant pouvait même être source de conflits entre les deux parents de l'enfant, souvent à l'origine d'un abandon de la prise en charge par la maman :

- « *Dans cette famille par exemple, la maman a un peu abandonné euh parce qu'elle ne voulait pas entrer en conflit avec son mari...sur le sujet* » (C1 - 213 à 214)

➤ **Obésité familiale**

Souvent plusieurs membres de la famille étaient en surpoids, ce qui pouvait constituer un frein à l'inclusion et à la prise en charge d'enfants au sein du réseau. En effet, dans certaines familles, le surpoids était devenu une norme :

- « *Une famille d'obèses, c'est dur hein, parce qu'ils trouvent que c'est la norme c'est leur norme en tout cas* » (C3 - 190 à 191)

Selon un médecin, lorsque les deux parents étaient obèses, il était difficile d'aborder, sans les vexer ni les heurter, le sujet du surpoids de leur enfant. (C3 - 205 à 206)

D'autre part, toujours d'après le même médecin, les parents ne pouvaient de toute façon pas se sentir impliqués dans la prise en charge du surpoids de leur enfant :

- *« Je trouve que le cas quasiment rédhibitoire c'est justement les deux parents obèses et l'enfant obèse effectivement, là ils ne peuvent pas se sentir impliqués hein les parents » (C3 - 181 à 183)*

➤ **Rôle des grands-parents**

Les grands-parents, dans certaines familles, étaient également un obstacle à la prise en charge du surpoids de leurs petits-enfants :

- *« Ça se passe bien, à tout point de vue et notre problème avec euh...la p'tite fille là c'est la grand-mère » (A6 - 321 à 322)*

En effet, les grands-parents ne respectaient pas les mesures instaurées pour la prise en charge du surpoids de leur petit-enfant. Il s'agissait souvent du non respect des conseils diététiques. (B2 - 254 à 257)

Le désaccord entre parents et grands-parents, concernant la prise en charge du surpoids de l'enfant, pouvaient même être source de conflit au sein de la famille. (A2 - 423 à 425)

c. Environnement et habitudes de vie

Selon les quartiers, le type de patientèle n'était pas le même, ce qui influait sur l'inclusion et la prise en charge des enfants dans le réseau POIPLUME :

- *« Dans la zone où je travaille, je trouve qu'il y a beaucoup d'enfants obèses par rapport aux autres quartiers je sais pas mais c'était un problème important dans mon quartier » (B2 - 17 à 19)*

Les activités sédentaires de l'enfant : jeux vidéos, ordinateur et télévision, étaient difficiles à réduire. Elles constituaient de véritables obstacles à la prise en charge de leur surpoids. Effectivement, la durée des activités sédentaires était trop importante par rapport à celle des activités physiques. (A3 - 1215) (A4 - 1220 à 1221)

3. Les parents et l'enfant

a. Sentiments des parents

Certains parents n'avaient pas conscience du problème de poids de leur enfant. Ils étaient dans le déni, obstacle à l'inclusion de l'enfant dans le réseau et à sa prise en charge : (C3 - 209 à 211)

- *« J'ai mis très très longtemps à les inclure parce que il y a avait une espèce de déni et c'est fou parce que la maman m'disait c'est dingue moi j'le vois pas obèse... » (A5 - 354 à 357)*

Des parents culpabilisaient face au surpoids de leur enfant. Ils se sentaient, souvent à tort, responsables de la surcharge pondérale de leur enfant. Le médecin devait prendre toutes les précautions nécessaires pour ne pas renforcer cette culpabilité lors de l'annonce du surpoids de l'enfant. Malgré tous ces efforts, elle était parfois trop importante. Les parents préféraient ignorer le problème de poids de leur enfant plutôt que d'être confrontés à leur propre culpabilité, trop difficile à supporter. (A1 et A4 - 113)

Des parents refusaient même l'inclusion de leur enfant dans le réseau :

- « ...je voulais absolument que cet enfant adhère au réseau POIPLUME parce qu'il était vraiment très très obèse et il y avait rien à faire, les parents ne voulaient pas en entendre parler du tout » (B2 - 219 à 223)

Certains parents manquaient de motivation. Les médecins percevaient alors qu'ils ne feraient pas le nécessaire pour que leur enfant soit inclus puis correctement pris en charge dans le réseau. (A2 - 1038 à 1039)

Pour certains médecins, lorsque cette motivation initiale était absente, il fallait réussir à la faire naître, tâche parfois difficile selon certains :

- « Je crois que motiver les parents et les enfants de concert, les deux parents, parfois les grands-parents bah c'est quand même une tâche ardue » (C1 - 793 à 794)

Dans ces cas-là, selon un médecin, il ne fallait pas trop insister car le médecin risquait de susciter des résistances et un refus catégorique de prise en charge du surpoids :

- « Si ils ne sont pas motivés (...) bah on peut essayer un tant soit peu de leur pointer du doigt qu'il y a un souci mais on peut pas aller plus loin (...) sinon on suscite des résistances et après c'est encore plus difficile » (C1 - 695 à 698)

b. Sentiments des enfants

La plupart des enfants n'avaient pas conscience de leur problème de poids et donc n'en parlaient pas. (A1 - 110)

Certains enfants refusaient leur inclusion dans le réseau POIPLUME et la prise en charge de leur surcharge pondérale. (C3 - 323 à 325)

Généralement, l'enfant manquait de motivation quant à la prise en charge de son surpoids. (A2 - 1149)

Un des médecins se demandait comment arriver à motiver un enfant pour qu'il adhère par la suite à la prise en charge de son problème de poids :

- « Il aime bien manger ce qu'il a envie d'manger (...) Il préfère jouer à la Playstation® que d'aller courir derrière un ballon. Alors comment réussir à motiver un enfant ? (mine perplexe) » (A2 - 1152 à 1155)

c. Sentiments communs aux parents et aux enfants

La peur du surpoids et de sa prise en charge pouvait être un sentiment ressenti par les parents et l'enfant. (B3 - 433 à 435)

La crainte d'être jugé par le médecin pouvait être un véritable frein à la prise en charge du surpoids pour l'enfant et ses parents :

- « *Les parents en général, ils sont d'accord pour qu'on les aide mais sans les juger* » (P2 - 173 à 175)

Certains aspects de la prise en charge du surpoids, comme par exemple la modification des habitudes alimentaires, représentaient des contraintes pour l'enfant et ses parents, véritables freins à l'inclusion et au suivi de l'enfant dans le réseau. (A2 - 1152 à 1153)

L'enfant et ses parents pouvaient avoir de bonnes intentions quant à la prise en charge du surpoids, sans pour autant les appliquer :

- « *Il y en a quelques-uns qui disent : oui euh on va faire attention, il va s'inscrire au sport. On verra, on verra et ils repoussent et l'année suivante : alors tu as fait un peu de sport ? T'en es où ? Non, non, non elle a pas commencé mais on va s'y mettre, on va s'y mettre ! Et euh ça freine un maximum* » (C1 - 692 à 694)

d. Représentation du surpoids

Le surpoids pouvait être vu comme un signe de bonne santé par certaines familles, qui ne voyaient pas l'intérêt d'une quelconque prise en charge, véritable frein à l'inclusion d'enfants en surpoids dans le réseau :

- « *Et y a des familles où c'est bien vu d'être gros, c'est un signe de bonne santé...* » (A6 - 228 à 231)

D'après certains médecins, des parents avaient tendance à sous-estimer quantitativement le surpoids voire l'obésité de leur enfant. Ils avaient une représentation faussée du surpoids et de l'obésité. (A5 - 300 à 302)

4. Facteurs liés au médecin limitant l'inclusion

a. Activité et type de patientèle

Certains médecins voyaient peu d'enfants en consultation, ce qui pouvait être un frein à l'inclusion d'enfants en surpoids dans le réseau POIPLUME :

- « *En plus je ne travaille pas le mercredi donc j'en vois moins forcément et bon on est dans un quartier...enfin on travaille sur un quartier qui... (...). On a beaucoup de personnes âgées* » (A2 - 945)

Certains médecins avaient une activité moins importante que d'autres, donc voyaient moins d'enfants que d'autres, ce qui pouvait naturellement constituer un frein à l'inclusion d'enfants dans le réseau. (A3 - 406 à 408)

b. Difficultés du médecin

La prise en charge de l'enfant au sein du réseau POIPLUME nécessitait, selon certains, une certaine organisation du médecin et parfois une adaptation du fonctionnement du cabinet à ce type de prise en charge :

- « *Je crois que c'est une question d'organisation parce qu'il faut les caser. C'est pas lors d'une consultation classique...on va pas bloquer une heure avec 15 personnes derrière* » (P2 - 173 à 174)

Une des difficultés des médecins était de faire revenir les enfants en surpoids en consultation dédiée à la prise en charge du surpoids :

- « *Et c'est la problématique, de les faire revenir pour ne parler que de ça (du surpoids)* » (A3 - 137 à 138)

Une autre difficulté des médecins était d'arriver à persuader l'enfant et sa famille de la nécessité de la prise en charge du surpoids :

- « *Si il y a une demande des parents d'emblée (...) c'est un plus. Tandis que si c'est à nous de les persuader, c'est plus difficile* » (B5 - 696 à 698)

Selon les médecins, à l'adolescence, la prise en charge du surpoids était plus difficile. (C4 - 311 à 312)

Le suivi au long cours était compliqué. L'observance se dégradait au cours du temps selon les médecins. (A4 - 498 à 502)

Deux médecins faisaient remarquer que la prise en charge de l'enfant en surpoids au sein du réseau POIPLUME pénalise financièrement le médecin :

- « Pendant une heure on passerait 4 consultations, là on passe une consultation, plus les 30 euros de la première consultation, en terme de rentabilité ça l'est pas. Enfin moi je ne le fais pas dans un but de rentabilité » (P2 - 166 à 168)

c. Résultats non satisfaisants pour le médecin

Certains enfants en surpoids pris en charge par POIPLUME présentaient de bons résultats au début, mais difficiles à maintenir dans le temps. (A3 - 517 à 518)

Au fil du temps, certains parents finissaient par décaler, espacer voire annuler les rendez-vous pour le suivi du surpoids de leur enfant :

- « La maman m'a appelé pour décaler le rendez-vous il y a six mois je crois...et je l'ai jamais...je ne l'ai toujours pas revue » (A5 - 604 à 605)

Certains enfants avaient pris du poids pendant le suivi au sein de POIPLUME :

- « Ils ont repris un peu de poids et ils n'osent pas revenir » (A 4 - 504 à 505)

D'autres enfants avaient repris du poids à la sortie de POIPLUME. (A2 - 151 à 152)

Certains médecins étaient donc en situation d'échec avec un certain nombre d'enfants. (C4 - 318)

Certains enfants avaient quitté le réseau POIPLUME en cours de prise en charge : (B6 - 535 à 537)

- « Il y a beaucoup d'abandons, d'abandons en milieu, même avant...d'abandons précoces » (C2 - 258)

D'autres enfants avaient même été perdus de vue par le médecin. (P1 - 95)

Un des médecins soulignait qu'aucun des enfants qu'il avait suivis, en partenariat avec le réseau POIPLUME, n'avait réussi à perdre du poids. (B1 - 543 à 544)

Ainsi, certains médecins avaient vécu des expériences décevantes avec le réseau POIPLUME. (B2 - 393)

Finalement, le médecin avait des attentes en terme de résultats vis-à-vis des enfants qu'il suivait et la plupart d'entre elles n'avaient pas été satisfaites. (B1 - 567 à 568)

Un médecin faisait remarquer que de toute façon la prise en charge de l'obésité de l'enfant était très complexe et qu'il fallait ainsi que le médecin accepte que le taux d'échec soit supérieur au taux de réussite. (C2 - 254 à 255)

d. Ressentis des médecins et conséquences

Certains médecins faisaient part de leur démotivation face à la prise en charge d'enfants en surpoids. (A2 - 1229)

Certains cas d'enfants en surpoids avaient démoralisé, découragé certains médecins :

- « *Il y a un moment où on est vraiment démoralisé* » (A6 - 583)

Ainsi, certains médecins s'étaient relâchés et avaient arrêté ou diminué le nombre d'inclusions d'enfants en surpoids dans le réseau POIPLUME :

- « *Ça m'a complètement refroidie donc après j'ai inclus plus personne pendant deux ans* » (B2 - 551 à 552)
- « *J'ai arrêté parce que TOUS les patients ont abandonné* » (A5 - 582)

Devant l'échec de certaines prises en charge d'enfants en surpoids, le médecin en venait à douter de ses compétences et se remettait en question. (A5 - 585)

Ensuite, certains médecins regrettaient de ne pas avoir inclus certains enfants dans le réseau :

- « *Il y en a que j'aurais dû inclure...et puis je n'y ai pas pensé, pas le courage de gratter les papiers et tout ça, le manque de temps...je ne l'ai pas fait. C'est sûr que des petits gamins qui auraient mérité j'en ai loupé et je trouve ça dommage, voilà je regrette de ne pas en avoir fait plus...* » (B5 - 522 à 526)

Le médecin pouvait également être amené à se poser des questions lors du suivi des enfants en surpoids.

Un des médecins se demandait s'il fallait essayer de motiver l'enfant et sa famille et ainsi les pousser à prendre en charge le surpoids de l'enfant ou bien s'il fallait répondre à une motivation qui existait déjà. (A1 - 1276 à 1278)

Un autre médecin se demandait s'il fallait minimiser le surpoids de l'enfant et du coup ne pas parler d'obésité à l'enfant et sa famille ou bien ne pas hésiter à prononcer le mot tant redouté. En effet, minimiser le surpoids risquait de ne pas faire prendre conscience aux parents l'importance de la prise en charge de leur enfant. D'un autre côté, parler d'emblée d'obésité risquait de les heurter et de ne pas les faire adhérer à la prise en charge. (C1 - 60 à 62)

Un autre médecin se posait la question de faire rappeler par la secrétaire les patients qui ne se rendaient pas à leur rendez-vous de suivi afin de minimiser le nombre de rendez-vous non honorés et ainsi améliorer l'observance du suivi. (C1 - 132 à 134)

Enfin un dernier médecin se demandait pourquoi la prise en charge du surpoids n'était pas aussi efficace que la prise en charge d'autres pathologies. (C1 - 279 à 280)

D. Synthèse des principaux résultats

FACTEURS FAVORISANT L'INCLUSION D'ENFANTS DANS LE RESEAU POIPLUME :

- Les avantages du réseau POIPLUME
 - Les ressources offertes par le réseau : consultations chez la diététicienne et chez la psychologue ainsi que des activités sportives. La gratuité de ces prestations est très importante surtout pour les parents ayant de faibles revenus
 - La prise en charge pluridisciplinaire (diététique, psychologique et sportive) et globale de l'enfant sur un même site
 - L'intégration de la famille dans la prise en charge du surpoids de l'enfant par le réseau POIPLUME et la rencontre avec d'autres enfants du réseau
- Climat familial, environnemental et médical favorable
 - Une attitude positive des parents :
 - Le questionnement des parents au sujet du surpoids de leur enfant
 - La prise de conscience du surpoids de leur enfant et de la nécessité d'une prise en charge adaptée
 - L'éventuelle demande de suivi au médecin par les parents eux-mêmes
 - L'intérêt porté par les parents à la prise en charge du surpoids de leur enfant
 - Leur accord avec le médecin quant aux différentes mesures à mettre en place
 - Des parents motivés, investis, assidus et observant
 - Une attitude positive de l'enfant :
 - La prise de conscience de l'enfant au sujet de sa surcharge pondérale
 - La souffrance de l'enfant due à son surpoids : facteur déclenchant une prise en charge
 - Son accord avec le médecin quant aux différentes mesures à mettre en place
 - Un enfant motivé
 - L'environnement :
 - Le niveau social élevé des parents
 - Le niveau intellectuel élevé des parents
 - Les moqueries de la part de l'entourage : à l'origine d'une prise de conscience par l'enfant de son surpoids

- Le médecin :
 - L'intérêt porté par le médecin à la pédiatrie ainsi qu'à l'obésité et un médecin motivé
 - Le médecin acteur clé de la prise en charge
- Le réseau POIPLUME : véritable atout pour le médecin
 - Une prise en charge adaptée au type de patientèle, notamment pour les médecins qui suivent beaucoup d'enfants parmi lesquels la fréquence du surpoids n'est pas négligeable
 - Le soutien du médecin par le réseau :
 - L'aide apportée au médecin par le réseau POIPLUME, véritable savoir-faire en matière d'obésité infantile
 - Le réseau POIPLUME : réponse à un manque de moyens du médecin généraliste en matière de prise en charge du surpoids de l'enfant
 - Des facteurs encourageant le médecin à inclure des enfants dans le réseau :
 - La réussite de certains cas de patients
 - L'évolution du réseau POIPLUME, notamment vers l'allègement du dossier médical
 - Un gain de temps non négligeable pour le médecin

FREINS A L'INCLUSION D'ENFANTS DANS LE RESEAU POIPLUME :

- Le problème du temps
 - Le temps pour le médecin :
 - L'inclusion puis la prise en charge de patients au sein du réseau : chronophages pour le médecin
 - La longueur du dossier médical, à remplir par le médecin
 - La longueur des consultations de suivi
 - Le manque de temps du médecin
 - La perte de temps ressentie par certains médecins à prendre en charge le surpoids de certains enfants
 - Le temps pour les familles :
 - L'indisponibilité et le manque de temps des parents pour la prise en charge du surpoids de leur enfant
 - L'éloignement géographique du site de POIPLUME du domicile de certaines familles
 - La longueur et la lourdeur de la prise en charge du surpoids vues par certains parents

- Un climat social, économique, culturel et environnemental défaillant
 - Un contexte socio-économique et culturel peu favorable
 - Des critères d'appréciation du surpoids différents selon la culture, notamment au sein des populations turques et maghrébines
 - Des habitudes alimentaires différentes selon la culture
 - La barrière de la langue dans certaines situations
 - La mauvaise voire parfois le manque d'éducation des parents puis des enfants
 - Des habitudes alimentaires difficilement modifiables
 - Le bas niveau intellectuel de certains parents
 - Le bas niveau social et le manque d'argent de certaines familles
 - Une situation familiale parfois compliquée
 - L'implication différente des deux parents : l'absence de prise de conscience par le père du surpoids de son enfant, le non respect par le père des mesures mises en place, le manque de motivation et parfois même l'opposition du père à la prise en charge de l'obésité de son enfant
 - Des situations conflictuelles opposant la mère et le père au sujet du surpoids de leur enfant
 - Une obésité familiale où le surpoids est vu comme une « norme », à l'origine du manque d'implication des parents dans le traitement de l'obésité de leur enfant
 - Le rôle néfaste de certains grands-parents : le non respect des mesures instaurées pour lutter contre le surpoids de leur petit-enfant, le désaccord entre les parents et les grands-parents, source parfois de conflits
 - Un environnement et des habitudes de vie peu modifiables
 - Des activités sédentaires difficiles à réduire
 - Un manque d'activité physique difficile à palier
 - Les contraintes que représentent certains aspects de la prise en charge du surpoids comme la modification des habitudes alimentaires

- L'attitude peu favorable des parents et de l'enfant :
 - L'attitude négative des parents :
 - L'absence de prise de conscience du surpoids et de la nécessité d'une prise en charge adaptée de leur enfant
 - La culpabilité des parents face au surpoids de leur enfant préférant alors ignorer le problème
 - La crainte d'être jugé
 - La résistance et le refus de prise en charge de certains parents
 - Le manque de motivation, parfois difficile à faire naître

- L'attitude négative de l'enfant :
 - L'absence de prise de conscience de l'enfant au sujet de sa surcharge pondérale
 - Le refus de prise en charge par l'enfant lui-même
 - Le manque de motivation
- La représentation faussée du surpoids
 - Le surpoids : signe de bonne santé pour certaines familles
 - La sous-estimation du surpoids voire de l'obésité de l'enfant par certains parents
- Les facteurs liés au médecin limitant l'inclusion
 - Une activité moindre de certains médecins par rapport à d'autres et la faible part d'enfants dans leur patientèle
 - Les difficultés du médecin :
 - La nécessité d'une certaine organisation du médecin voire d'une adaptation du fonctionnement du cabinet à la prise en charge de l'obésité infantile
 - La difficulté du médecin à faire revenir l'enfant et ses parents en consultation dédiée au surpoids et à les persuader de la nécessité de la prise en charge
 - Un suivi au long cours difficile avec une dégradation de l'observance
 - La pénalité financière pour le médecin que représente le traitement de l'obésité infantile
 - Des résultats non satisfaisants pour le médecin :
 - De bons résultats difficiles à maintenir dans le temps
 - Des situations d'échec difficiles à accepter par le médecin comme la prise de poids de certains enfants durant la période de suivi
 - L'arrêt du suivi voire la perte de vue de certains enfants
 - Ressenti des médecins et conséquences :
 - Démotivation et découragement
 - Relâchement de certains médecins : arrêt ou diminution du nombre d'inclusions
 - Doutes et remise en question du médecin quant à ses compétences

VI. DISCUSSION DE LA METHODE

A. Les aspects positifs de l'étude

Le choix de la méthode qualitative a permis aux médecins que nous avons interrogés de s'exprimer librement sur leur vécu et leurs expériences personnelles au sein du réseau POIPLUME. Grâce à cette méthode, nous avons pu recueillir des réponses riches et variées sur les facteurs freinant et favorisant l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME.

La méthode par focus groupes a permis, de par la dynamique de groupe, d'explorer et de stimuler différents avis et de faire émerger des questionnements concernant l'expérience commune des membres du réseau POIPLUME. La diversité des participants a été à l'origine de l'expression d'une grande variété de points de vue, créant des débats riches et animés.

Le guide d'entretien a permis de cadrer les discussions sans pour autant brider les échanges, laissant toute liberté aux participants d'aborder des thèmes qui les intéressaient et auxquels nous n'avions pas pensé, sans pour autant trop s'éloigner du sujet de la discussion.

Les focus groupes se sont déroulés de façon détendue et conviviale. Les médecins étaient contents de retrouver d'autres confrères afin de partager leurs opinions et leurs expériences sur le surpoids de l'enfant et le réseau POIPLUME.

Globalement chacun a pu s'exprimer sans se sentir jugé. Il n'y a pas eu d'effet majeur de leader d'opinion, en tout cas pas qui entrave le débat. Les médecins se sont confiés avec sincérité et franchise, sans hésiter à se remettre en question.

La plupart des médecins n'avait jamais participé à un focus groupe et tous se sont montrés curieux et motivés par notre étude.

À la fin du premier focus groupe, les médecins interrogés étaient même très contents d'avoir participé à la séance. Ils étaient soulagés de voir qu'ils n'étaient pas les seuls à rencontrer des difficultés dans la prise en charge d'enfants en surpoids. Ils se disaient remotivés et prêts à inclure de nouveaux enfants dans le réseau POIPLUME.

Suite à l'organisation des focus groupes, nous nous sommes rendu compte que la population des médecins ayant inclus beaucoup d'enfants dans le réseau POIPLUME était insuffisamment représentée.

Les deux entretiens individuels que nous avons organisés, nous ont alors permis d'interroger les deux médecins ayant inclus le plus d'enfants dans le réseau. Ces médecins

n'avaient pas pu, pour des problèmes de disponibilité aux dates proposées, participer à l'un des focus groupes.

Ces deux entretiens nous ont permis de mieux comprendre les facteurs favorisant l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME. Sans eux, nous n'aurions pas pu complètement répondre aux questions que nous nous posions.

Après cela, en reprenant le profil de tous les médecins de l'échantillon à savoir le nombre d'enfants inclus dans le réseau, le sexe, l'âge, le type d'activité et la ville d'exercice et en le comparant à celui de la population cible, notre échantillon était bien représentatif de la population étudiée.

B. Les limites de l'étude

1. Difficultés rencontrées lors de l'échantillonnage

Comme nous l'avons expliqué précédemment (§ IV. B. 2. a), durant l'échantillonnage nous avons été confronté à un manque de participants. En effet, plus de la moitié des médecins généralistes adhérents au réseau POIPLUME soit ont refusé de participer à un focus groupe soit ne nous ont jamais répondu, malgré plusieurs tentatives d'appel téléphonique. Finalement, il ne restait plus que 30 médecins généralistes pouvant potentiellement participer aux focus groupes.

Par manque de participants, nous n'avons pas pu organiser les deux séries de focus groupes que nous voulions initialement former, à savoir :

- Une série de focus groupes réunissant des médecins généralistes ayant inclus beaucoup d'enfants dans le réseau POIPLUME
- Une autre série de focus groupes réunissant des médecins généralistes ayant inclus peu d'enfants dans le réseau POIPLUME.

La première série nous aurait permis de mettre en évidence les facteurs favorisant l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME et la seconde d'identifier les freins à l'inclusion d'enfants dans le réseau.

Nous avons finalement formé un seul type de focus groupes avec les médecins généralistes acceptant de participer à notre étude. Nous avons donc abordé avec eux, quelque soit le nombre d'enfants qu'ils avaient inclus dans le réseau, à la fois les facteurs favorisant et les freins à l'inclusion d'enfants en surpoids dans le réseau POIPLUME.

Vu la diversité et la richesse des informations que nous avons recueillies, ce problème d'échantillonnage ne semble pas avoir été un obstacle majeur à la pertinence des résultats de notre étude.

2. Les modifications du guide d'entretien

Le guide d'entretien utilisé lors des focus groupes a été le même que celui utilisé pour les entretiens individuels semi-dirigés. Théoriquement, il peut être adapté au cours et à l'issue de chaque groupe de discussion, à condition que les modifications restent mineures et n'en modifient pas le sens.

Dans le cadre de notre étude, nous avons dû apporter quelques modifications au guide d'entretien à l'issue du premier focus groupe.

Dans la partie présentation des participants, nous nous sommes rendu compte que nous n'avions pas demandé aux participants quel était le type de leur patientèle, à savoir plutôt défavorisée, populaire, standard ou aisée. Cette notion a été évoquée par les médecins du premier focus groupe et semblait importante à prendre en compte pour l'analyse future des résultats. Nous avons donc apporté ce nouvel élément au guide d'entretien.

Dans le canevas de questions posées aux participants, la deuxième question : Quelle est la définition de l'enfant en surpoids ? Et la troisième : Comment dépistez-vous le surpoids de l'enfant ? étaient complémentaires. La réponse des participants à la première question répondait bien souvent à la seconde, ce qui a conduit l'animateur à fusionner ces deux questions en une seule, selon les réponses apportées par les médecins lors des différents focus groupes. Pour cet élément, nous avons cependant décidé de ne pas modifier le guide d'entretien.

Enfin, nous nous sommes rendu compte qu'une des questions de relance de la septième question était mal formulée car non comprise par les médecins du premier focus groupe. La question était : quelle est la part de la pédiatrie dans votre pratique courante ? Nous l'avons remplacé par la question suivante : quelle est la proportion d'enfants dans votre patientèle ? Le but de cette question était d'amener les médecins à parler de la place que la pédiatrie occupe dans leur pratique quotidienne. Nous voulions savoir si le fait que des médecins suivent peu d'enfants peut expliquer le faible nombre d'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME et inversement si le fait que des médecins ont beaucoup d'enfants dans leur patientèle peut favoriser l'inclusion d'enfants en surpoids.

Ces modifications mineures entrent tout-à-fait dans le cadre des corrections qu'il est possible d'apporter au guide d'entretien sans induire de biais méthodologique.

3. Le déroulement des focus groupes : les interventions de l'observateur

Les focus groupes étaient animés par une personne extérieure au milieu médical afin de ne pas influencer les réponses des différents participants.

Au cours du premier focus groupe, lors de la présentation de l'animateur, nous n'avions pas précisé qu'il ne faisait pas partie du domaine médical. Devant les questions médicales posées à l'animateur par les participants de ce premier focus groupe, ceci a été spécifié aux médecins des focus groupes suivants. Malgré cette erreur de notre part, l'observateur n'a pas eu à intervenir au cours de cette première séance.

Cependant, les médecins des focus groupes suivant, sachant que l'animateur ne faisait pas partie du domaine médical, avaient tendance à poser des questions directement à l'observateur. L'animateur leur a alors rappelé que l'observateur ne pouvait pas intervenir. Sachant qu'une réponse purement médicale aux questions posées par les médecins n'était pas nécessaire au bon déroulement de la séance, l'observateur n'a pas eu à intervenir.

Lors du second focus groupe, un des médecins s'est adressé directement à l'observateur, lui demandant s'il connaissait les résultats chiffrés du réseau POIPLUME. L'observateur s'est permis de lui répondre que non, afin de ne pas influencer la suite du débat et d'apporter tout de même une réponse au médecin.

Lors d'un des focus groupes, une question n'avait pas été comprise par l'un des médecins. L'animateur n'arrivant pas à se faire comprendre, l'observateur a dû intervenir afin de préciser le sens de la question posée.

Les interventions de l'observateur ont été finalement très rares et ne représentent pas un biais méthodologique.

4. Le déroulement des entretiens individuels : l'insistance de l'enquêteur

Les deux entretiens individuels ont été menés par la thésarde, qui n'avait pas la neutralité de l'animateur des focus groupes.

D'autre part, les médecins interrogés lors de ces entretiens étaient ceux qui avaient inclus le plus d'enfants dans le réseau, autant dire que les données recueillies lors de ces entrevues étaient très attendues et représentaient un certain enjeu dans le cadre de notre étude.

Il a été difficile de ne pas insister auprès de ces deux médecins afin de récolter un maximum d'informations complémentaires. Le guide d'entretien utilisé a été, certes le même que celui des focus groupes, cependant davantage de précisions sur leurs réponses ont été demandées aux médecins interrogés par rapport aux médecins des focus groupes. Des questions supplémentaires se sont inévitablement rajoutées au fil de l'entrevue.

Cette insistance a cependant permis d'obtenir des éléments nouveaux, non obtenus dans le cadre des focus groupes et qui n'auraient certainement pas été mis en évidence autrement.

VII. DISCUSSION DES RESULTATS

A. Le surpoids de l'enfant sous-diagnostiqué

1. Par les parents

Il ressort clairement de notre étude que certains parents n'ont pas conscience du surpoids de leur enfant. Ils sont alors dans le déni, véritable frein à l'inclusion de leur enfant dans le réseau POIPLUME puis à la prise en charge du problème de poids. Pour certains parents, un enfant en surpoids est un enfant qui a en réalité atteint un stade d'obésité avancé. Ils ont une mauvaise représentation du surpoids qui les mène à sous-estimer le surpoids voire parfois l'obésité de leur enfant. Les médecins ont alors des difficultés à montrer la réalité du surpoids aux parents et à initier une prise en charge adaptée. Dans certaines familles, le surpoids peut même être vu comme un signe de bonne santé.

Dans une étude irlandaise de cohorte, réalisée en 2009, seulement 18,2% des parents d'enfants en surpoids interrogés avaient identifié leur enfant comme en surpoids. Aucun enfant n'avait été identifié comme obèse par ses parents. (34)

Ainsi face à des parents qui ne reconnaissent pas le surpoids voire l'obésité de leur enfant, les médecins généralistes ont une véritable responsabilité en matière de dépistage du surpoids infantile. C'est au médecin de démontrer aux parents la réalité du surpoids de leur enfant, nécessaire pour inclure l'enfant dans le réseau POIPLUME puis pour initier une prise en charge adéquate. Malheureusement, le surpoids de l'enfant n'est pas toujours dépisté par le médecin traitant, nouveau frein à l'inclusion d'enfants dans le réseau.

2. Par les médecins

Dans notre étude, aucun des médecins interrogés n'a donné la définition exacte du surpoids de l'enfant. Pour certains médecins la notion de surpoids « ne veut pas dire grand-chose ». D'autres médecins pensent même que l'on ne parle plus de surpoids mais directement d'obésité à partir d'un certain seuil d'IMC.

Ces confusions quant à la définition du surpoids de l'enfant laissent à penser que les médecins que nous avons interrogés ne dépistent pas tous les enfants en surpoids qu'ils

voient en consultation. Des enfants en surpoids non dépistés par les médecins du réseau POIPLUME sont des enfants à qui l'inclusion dans le réseau ne sera pas proposée. Le manque de dépistage de certains enfants en surpoids constitue donc un frein à leur inclusion dans le réseau POIPLUME par les médecins adhérents.

En effet, les médecins interrogés connaissent les différents outils de dépistage du surpoids infantile. Ainsi, ils utilisent l'IMC et les courbes de corpulence pour diagnostiquer un surpoids et l'expliquer à la famille. Sur les courbes de corpulence, ils recherchent une ascension continue de la courbe ou un changement de couloir vers le haut. Par contre, aucun médecin n'a cité spontanément la recherche d'un rebond précoce d'adiposité comme critère diagnostique de surpoids. Il a fallu que la question leur soit posée pour qu'il l'évoque. Quelques médecins reconnaissent avoir été sensibilisés par le réseau POIPLUME à repérer un rebond précoce d'adiposité et y faire dorénavant attention.

Selon un audit national prospectif réalisé auprès de pédiatres australiens, 62.9% d'entre eux avaient calculé l'IMC des enfants vus en consultation. Seulement un tiers des enfants obèses avaient été diagnostiqués en surpoids ou obèses par les pédiatres. (35)

Une étude française menée de 2009 à 2010 auprès de 20 médecins généralistes du Maine-et-Loire, évaluant leurs pratiques concernant notamment le dépistage de l'obésité infantile, met également en évidence un manque de dépistage du surpoids de l'enfant, cette fois-ci par les médecins généralistes.

Parmi les 20 médecins interrogés, 13 (65%) seulement pratiquaient un dépistage au moins annuel du surpoids de l'enfant, à condition toutefois de voir annuellement les enfants en consultation. (5)

Nous pouvons constater que les médecins ont encore besoin d'informations en matière de dépistage du surpoids et d'utilisation des outils diagnostiques. Cela permettrait de dépister plus d'enfants en surpoids et d'en inclure davantage dans des réseaux de prise en charge de l'obésité infantile, comme le réseau POIPLUME.

3. Les causes de ce manque de dépistage :

a. Sous-utilisation de l'IMC, de la courbe de corpulence et du rebond d'adiposité précoce

➤ Sous-utilisation de l'IMC

Parmi les critères utilisés pour porter le diagnostic d'obésité ou de surpoids, l'IMC est le plus souvent utilisé. Cependant il n'est pas suffisamment calculé et utilisé par les médecins généralistes.

D'après une enquête réalisée par le réseau REPPPOP (REseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique) Aquitaine en 2006, auprès de 198 médecins généralistes, 85% des médecins citaient l'IMC comme critère diagnostique du surpoids et de l'obésité de l'enfant. Pourtant 71 % d'entre eux calculaient l'IMC lorsqu'ils suspectaient un problème de poids, seulement 13% le calculaient quel que soit le motif de la consultation et 8% ne le calculaient jamais. (36)

➤ **Sous-utilisation de la courbe de corpulence**

Selon la même enquête, alors que 60% des médecins déclaraient utiliser les courbes de poids et de taille pour dépister le surpoids de l'enfant, seulement 17% se servaient des courbes de corpulence. (36)

Il a été montré que l'IMC rapporté aux courbes de référence est l'outil le plus adapté à la pratique courante. Bien que les courbes de corpulence soient présentées dans les carnets de santé des enfants français depuis 1995, une minorité de médecins les utilise. (37)

➤ **Sous-utilisation du rebond précoce d'adiposité**

Comme nous l'avons vu dans l'étude menée auprès de 20 médecins du Maine-et-Loire, moins de la moitié des médecins interrogés connaissaient la notion de rebond d'adiposité précoce, seulement 3 (15%) d'entre eux en avaient fourni l'explication et 2 (10%) l'utilisaient comme outil pour le dépistage. (5)

Le rebond précoce d'adiposité reste méconnu de la plupart des médecins généralistes. Or, il permet de dépister un surpoids ou une obésité de l'enfant de façon précoce. Le PNNS met pourtant l'accent sur l'importance du dépistage permettant une prise en charge précoce et donc plus efficace de l'obésité chez l'enfant. (37)

b. Manque de connaissances et d'accès aux outils de dépistage

Selon l'étude du réseau REPPPOP Aquitaine de 2006, les motifs invoqués par les médecins généralistes pour ne pas calculer l'IMC, étaient essentiellement le manque d'habitude (pour 50% d'entre eux) et le manque d'outils facilement utilisables (pour 31% d'entre eux).

Parmi les aides disponibles attendues par les médecins, de nombreux outils ont été mis à la disposition des médecins généralistes dans le cadre du PNNS. Le problème reste leur diffusion et leur appropriation par les médecins qui les reçoivent au milieu d'un flot quotidien d'informations. (36)

Ainsi l'utilité d'un réseau comme POIPLUME prend tout son sens. Il permet notamment de répondre aux besoins des médecins généralistes en matière de dépistage du surpoids de l'enfant.

Une étude australienne de 2010 (38), ainsi qu'une étude américaine de 2008 (39), confirment que ces résultats ne sont pas propres à la France et que le dépistage du surpoids de l'enfant reste un problème mondial.

B. Les difficultés de la prise en charge du surpoids chez l'enfant

1. Pour les familles

a. S'engager dans les filières de soins

Conformément aux résultats d'une étude anglaise réalisée en 2010 (40), la difficulté des familles à s'engager dans le réseau POIPLUME a clairement été identifiée par les médecins que nous avons interrogés. Certains parents refusent de façon catégorique l'inclusion de leur enfant dans le réseau. Les raisons du refus d'adhésion des parents à un tel programme sont multiples. Les médecins sont impuissants face à l'obstacle que représentent les parents. Il leur est alors impossible de prendre en charge le surpoids de l'enfant, en partenariat avec le réseau POIPLUME. La résistance des parents représente un véritable frein à l'inclusion par le médecin, d'enfants dans le réseau POIPLUME.

Selon une étude américaine, les professionnels américains de santé publique ont fait des efforts, ces dernières années, pour développer des programmes de prise en charge du surpoids de l'enfant et de l'adolescent. Cependant, une minorité d'enfants obèses a participé à de tels programmes. (41)

b. Le surpoids : une histoire familiale

➤ Le surpoids des parents

Une étude française, réalisée par l'Assurance maladie en 2005, mettait en évidence que 61% des enfants obèses (définition IOTF) âgés de 2 à 17 ans avaient au moins un parent obèse. (42)

Il semblerait donc que le surpoids des parents soit un facteur prédictif du surpoids de leur enfant.

Une étude brésilienne, réalisée entre 1995 et 1996, a justement mis en évidence l'existence d'une relation entre le surpoids des parents et des enfants. En effet, les chercheurs de cette

étude ont trouvé plusieurs facteurs familiaux prédictifs de surpoids de l'enfant dont l'IMC de la mère. (43)

Dans notre étude, les médecins ont donc fait remarquer à juste titre que bien souvent les parents voire d'autres membres de la famille d'un enfant en surpoids, le sont également. Selon eux, l'inclusion puis la prise en charge d'enfants en surpoids dans le réseau POIPLUME sont difficiles lorsque l'un des deux parents ou bien les deux parents présentent une surcharge pondérale.

Effectivement, il faut alors arriver à aborder le problème de poids sans les heurter ni les vexer. Les parents doivent comprendre qu'ils ne sont pas forcément responsables de leur surpoids ni de celui de leur enfant et que le médecin n'émet pas un jugement de valeur. Le réseau POIPLUME et le médecin sont là pour soigner l'enfant, c'est-à-dire corriger son surpoids afin d'éviter les complications engendrées par celui-ci. Ils ne sont pas là pour juger l'enfant selon son apparence physique ni pour modifier son aspect esthétique.

➤ **Le rôle du père et de la mère**

Les médecins que nous avons interrogés ont souligné l'importance de l'implication des deux parents dans la prise en charge de leur enfant. Or, cette implication des deux parents est souvent différente.

Dans certaines familles, le père peut être un frein à la prise en charge du surpoids.

En effet, certains pères n'ont pas conscience du surpoids de leur enfant, d'autres ne respectent pas les mesures mises en place par le médecin et le réseau POIPLUME. Parfois, le médecin n'arrive même pas à voir le père de l'enfant en consultation qui refuse l'inclusion et la prise en charge de son enfant dans le réseau POIPLUME.

D'après les propos tenus par les médecins interrogés, la mère est souvent plus impliquée que le père dans la prise en charge du surpoids de son enfant. C'est souvent elle qui l'emmène aux divers rendez-vous que ce soit chez le médecin ou bien chez les différents intervenants du réseau POIPLUME. C'est également elle qui veille au respect des conseils donnés notamment diététiques.

Face à un père trop laxiste et une mère impliquée, le surpoids de l'enfant peut, dans certains cas, être source de conflits entre les deux parents, véritable frein à la prise en charge du surpoids de l'enfant et parfois même à l'origine de son abandon par la mère.

➤ **Le rôle des grands-parents**

Les médecins interrogés étaient d'accord pour dire que dans certaines familles, les grands-parents sont de véritables obstacles à la prise en charge du surpoids de l'enfant en ne respectant pas les mesures instaurées par les parents sur les conseils du médecin.

c. La culture

D'après les médecins que nous avons interrogés, la culture de la famille peut clairement apparaître comme un frein à l'inclusion puis à la prise en charge de l'enfant au sein du réseau POIPLUME.

Les enfants de culture non occidentale, suivis par les médecins, sont essentiellement turcs et maghrébins. Cependant, les freins à l'inclusion et à la prise en charge du surpoids des enfants turques et maghrébins au sein du réseau, mis en évidence par les médecins de notre étude, s'appliqueraient probablement à des enfants d'autres cultures.

Nous avons vu que les critères d'appréciation du surpoids ainsi que les habitudes alimentaires varient selon la culture. Nous nous sommes rendu compte que les habitudes alimentaires des enfants issus d'une culture différente de la nôtre sont très difficiles à modifier.

Une étude réalisée par l'Université de la ville de Mersin en Turquie a mis en évidence que 73.3% des mères turques d'enfants en surpoids interrogées ne pensaient pas que leur enfant était en surcharge pondérale. Seulement 12.8% se sentaient concernées par le surpoids actuel de leur enfant. (44)

Les résultats de cette étude rejoignent les nôtres à savoir qu'un enfant qui serait en surpoids voire obèse pour un médecin est la plupart du temps de poids normal pour ces familles de culture turque ou maghrébine. Pour certaines, le surpoids de l'enfant est vu comme un signe de bonne santé. Ainsi l'enfant étant considéré de poids normal pour ses parents, comment ceux-ci pourraient-ils se sentir concernés par la prise en charge du surpoids de leur enfant ?

Pour expliquer cette différence de perception de l'obésité selon la culture, nous nous sommes intéressés aux propos d'une psychologue clinicienne, Michelle Le Barzic.

D'après elle, la valeur symbolique attribuée à l'obésité varie avec le temps, les lieux et les cultures. Lorsque la pénurie est la règle, l'obésité est rare et valorisée, témoignage de l'abondance alimentaire dont jouissent quelques privilégiés. L'obésité a longtemps été valorisée dans les pays en voie de développement où elle représentait l'exception. Elle y incarnait la puissance sociale permettant d'échapper à la précarité alimentaire. Elle était associée aux valeurs positives de santé, richesse et fécondité qui la rendait désirable, au point d'être activement recherchée et entretenue dans certaines sociétés. Dans les pays en voie de développement, l'obésité des enfants et des adolescents s'observait dans les couches supérieures, témoignant d'une relation directe entre l'aisance matérielle et la corpulence. (45)

Nous pouvons alors penser que la représentation de l'obésité au sein des familles turques et maghrébines, suivies par les médecins de notre étude est un héritage de leur histoire ancestrale.

d. Des inégalités socio-économiques

D'après les médecins ayant participé à notre étude, les parents présentant un niveau social relativement élevé sont davantage réceptifs à la prise en charge et mettent davantage en pratique les conseils délivrés par le médecin et l'équipe de POIPLUME. Au contraire, l'adhésion des parents de niveau social plus faible à un tel programme est moindre. En rapport direct avec le niveau social des parents, le manque d'argent peut alors être une source d'échec à l'inclusion puis à la prise en charge de l'enfant au sein du réseau.

Les médecins ont souligné que les gens qui ne gagnent pas beaucoup d'argent, ne peuvent pas avoir accès à une alimentation saine et équilibrée, une des mesures mise en place par le réseau POIPLUME. Ils ne peuvent pas, financièrement parlant, faire faire une activité sportive à leur enfant en dehors de l'école. Ainsi, leur enfant passe plus de temps devant un écran que les enfants issus de classes sociales plus élevées. Ces facteurs expliquent une prévalence du surpoids plus élevée dans les familles de bas niveau-socio-économique par rapport aux familles de niveau socio-économique plus élevé et représente un frein à l'inclusion dans le réseau des enfants issus des catégories socio-économiques défavorisées.

Cette impression des médecins que nous avons interrogés est confirmée par les résultats de l'enquête du cycle triennal menée par le Ministère de la Santé et des Sports, réalisée auprès des enfants en dernière année de maternelle lors de l'année scolaire 2005-2006. Cette enquête a mis en évidence une prévalence du surpoids de l'enfant différente en fonction du statut social des parents.

La prévalence du surpoids et de l'obésité est moins élevée chez les enfants dont le père est cadre par rapport aux enfants d'ouvriers, reflétant des différences d'habitudes de vie (alimentation, sédentarité) déjà marquées à cet âge. Ainsi, en grande section de maternelle, les enfants dont le père est ouvrier sont 13.9% à présenter une surcharge pondérale (4.3% une obésité) contre 8.6% (1.2% une obésité) pour ceux dont le père est cadre. (46)

Les recommandations en matière de prévention et de prise en charge du surpoids de l'enfant sont clairement moins bien appliquées dans les familles de bas niveau socio-économique que dans les familles de niveau socio-économique plus élevé.

Selon une étude américaine, réalisée en 2009, les obstacles économiques à l'application de ces recommandations par les familles sont principalement : le temps et les coûts que cela représente en termes d'argent.

Un certain nombre de facteurs favoriserait l'adoption des recommandations en matière d'obésité : l'accès à des programmes d'activité physique, la disponibilité d'alternatives à la restauration rapide et à la télévision acceptées par l'enfant ainsi que la mobilisation d'une aide extérieure. (47)

Nous pouvons alors constater que les différentes mesures mises en place par le réseau POIPLUME répondent aux demandes des parents : aide extérieure en matière de diététique, accès à des programmes d'activités sportives, accompagnement des familles en vue d'un changement durable des comportements.

Selon les médecins interrogés, un des principaux avantages du réseau POIPLUME est la gratuité d'un ensemble de moyens, mis à disposition des familles : consultations chez la diététicienne et la psychologue, pratique d'activités sportives, cours de diététique et de cuisine. Cette aide financière permet aux patients les plus démunis, de bénéficier d'une prise en charge gratuite du surpoids de leur enfant, qu'ils ne pourraient pas assumer financièrement s'ils devaient la payer. Elle permet en quelque sorte de gommer les inégalités socio-économiques qui existent en matière de prise en charge du surpoids de l'enfant.

Cependant, malgré ces aides mises en place par le réseau POIPLUME, l'inclusion d'enfants de faible niveau socio-économique dans le réseau reste insuffisante d'après les médecins interrogés. Il existe donc d'autres facteurs empêchant les parents d'inclure leur enfant dans le réseau. Un de ces facteurs est par exemple l'éloignement géographique, qui complique la situation des parents de bas niveau socio-économique manquant de moyens de locomotion pour se rendre sur site le POIPLUME ou au cabinet de la diététicienne et parfois de la psychologue.

POIPLUME devrait-il instaurer d'autres aides financières afin d'augmenter les inclusions d'enfants de bas niveau socio-économique dans le réseau ? Ces aides ne pourraient être destinées qu'aux familles les plus démunies.

Ou bien n'existe-t-il pas un problème de fond d'ordre culturel, social et intellectuel au sein de ces classes de bas niveau socio-économique, où la prise en charge du surpoids de l'enfant ne sera de toute façon jamais une priorité, quelles que soient les aides mises en place par le réseau POIPLUME?

e. Des habitudes difficilement modifiables

Les médecins que nous avons interrogés ont remarqué que les habitudes familiales en matière de sédentarité, d'activité physique et d'alimentation sont difficilement modifiables. Elles constituent alors un véritable frein à l'inclusion puis à la prise en charge des enfants en surcharge pondérale au sein du réseau POIPLUME.

Une étude américaine a mis en évidence la difficulté des équipes médicales et paramédicales à changer ces habitudes, déjà bien ancrées dans la vie quotidienne des enfants. (47)

Selon deux études, l'une mexicaine (48) et l'autre française (49), les jeunes et leurs parents semblent conscients des bienfaits d'une alimentation équilibrée et de la pratique d'une activité physique régulière. Néanmoins, les aspects de privation, de maîtrise, d'efforts et de temps restent des inconvénients majeurs.

Selon notre étude, la disponibilité des parents nécessaire à la prise en charge du surpoids de leur enfant et les contraintes qu'elle peut représenter sont un véritable frein pour les parents à l'inclusion de leur enfant dans le réseau POIPLUME.

2. Pour les médecins

a. Insatisfaction quant à la prise en charge du surpoids de l'enfant

Dans le cadre de notre étude, malgré le soutien du réseau, les médecins ne sont pas toujours satisfaits de la prise en charge du surpoids.

Ils ont souligné la difficulté qu'ils ont à motiver les familles puis à inclure les enfants en surpoids dans le réseau POIPLUME. Après avoir abordé le problème de poids, ils ont beaucoup de difficultés à persuader l'enfant et ses parents de la nécessité d'une prise en charge adaptée et de les faire revenir en consultation dédiée au surpoids.

Pour les familles que les médecins ont finalement incluses dans le réseau POIPLUME, le suivi au long cours se révélait fastidieux avec une dégradation progressive de l'observance : prise de poids durant la période de suivi, arrêt de celui-ci, voire perte de vue de certains enfants.

Face à ces difficultés, certains médecins disent s'être relâchés et avoir diminué voir arrêté les inclusions dans le réseau POIPLUME.

Nous retrouvons cette notion d'insatisfaction des médecins dans l'enquête, réalisée par le réseau REPPPOP Aquitaine en 2006.

Les principales difficultés exprimées par les médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant étaient :

- La difficulté à motiver les familles pour 75% d'entre eux
- L'échec fréquent pour 36%
- Le manque de temps pour 32%. (36)

b. L'obésité : une maladie multifactorielle

D'après les médecins interrogés dans notre étude, les étiologies du surpoids de l'enfant sont multiples : les erreurs alimentaires, le manque d'activité physique, la durée trop importante des activités sédentaires, la génétique. Ces résultats sont concordants avec ceux de l'étude française réalisée en 2012 par l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) et le CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique) de Villejuif (94). (50)

Une étude Canadienne, réalisée en 2012, décrit l'obésité comme un problème complexe, tant pour l'individu que pour la société. Elle soulève la question de la façon d'aborder des problèmes sociaux complexes comme l'obésité, où la biologie interagit avec des facteurs sociaux et culturels et forme ainsi des combinaisons infinies, propres à chaque individu. (51)

L'obésité est une maladie multifactorielle, ce qui rend sa prise en charge longue et difficile (52). Le traitement de l'obésité demande du temps aux familles ainsi qu'au médecin. Il

s'agit d'une maladie chronique dont la prise en charge « à vie » peut décourager le médecin et la famille et ainsi freiner l'inclusion d'enfants en surpoids dans le réseau POIPLUME.

c. La résistance des parents

Selon l'étude australienne, précédemment citée et réalisée en 2010, un des principaux obstacles perçus par les médecins généralistes interrogés dans le cadre de l'étude est la résistance parentale. (38)

Les médecins interrogés dans le cadre de notre étude ont identifié un certain nombre de facteurs expliquant cette résistance parentale, à l'origine d'un frein à la prise en charge du surpoids de leur enfant au sein du réseau POIPLUME :

- Un manque de conscience et un déni des parents au sujet du surpoids de leur enfant
- Un manque de motivation et la difficulté des médecins à la faire naître
- La culpabilité des parents quant à la surcharge pondérale de leur enfant qui préfèrent alors ignorer le problème
- La complexité de la prise en charge de ce surpoids
- Les contraintes que la prise en charge du surpoids représente
- Le refus de la prise en charge
- La crainte d'être jugé par le médecin.

Le déni des parents, le manque de motivation et leur opposition à la prise en charge du surpoids de leur enfant ont été retrouvés dans plusieurs études. (39) (53) (54)

Selon l'étude, réalisée par le réseau REPPOP Aquitaine en 2006, pour 75% des médecins généralistes interrogés, la difficulté à motiver les familles était une difficulté à la prise en charge du surpoids infantile. Il s'agissait du principal frein au traitement de l'obésité infantile évoqué par ces mêmes médecins. (36)

Un des médecins que nous avons interrogés se demandait finalement s'il fallait essayer de motiver l'enfant et sa famille et ainsi les pousser à prendre en charge le surpoids de l'enfant ou bien s'il fallait répondre à une motivation qui existait déjà.

En effet, si pousser la famille dans l'inclusion et la prise en charge du surpoids de l'enfant au sein du réseau POIPLUME est voué à l'échec, n'est-il pas inutile que le médecin y perde du temps et de l'énergie, qu'il pourrait consacrer à autre chose ? D'un autre côté, si les médecins devaient inclure et ne prendre en charge que des enfants et des parents motivés, ils ne suivraient pas beaucoup d'enfants pour leur problème de poids. Ne serait-ce pas une forme de discrimination ? Et cela n'aurait-il pas pour incidence une augmentation de la prévalence de l'obésité infantile ?

d. Le manque de moyens

➤ Le temps

Les médecins que nous avons interrogés ont souligné que l'inclusion puis la prise en charge de patients au sein du réseau POIPLUME sont chronophages. Au-delà du dossier d'inclusion et de suivi qui est long à remplir, ils sont cependant d'accord pour dire que d'une façon plus générale, la prise en charge du surpoids demande du temps de la part du médecin.

Or, le médecin en manque. Le temps accordé à un enfant en surpoids est donc du temps que le médecin ne pourra pas consacrer à d'autres patients ou bien à effectuer d'autres tâches médicales. D'autre part, la prise en charge de ces patients demande une certaine organisation du médecin voire une adaptation du fonctionnement de son cabinet. Ainsi, la prise en charge du surpoids de l'enfant constitue une des priorités que le médecin se fixe. Or, tous les médecins ne sont pas prêts ou bien ne peuvent pas s'investir de la sorte, ce qui constitue un frein à l'inclusion et au suivi d'enfants en surpoids au sein du réseau POIPLUME.

Beaucoup d'études mettent également en évidence le manque de temps de la part du médecin comme un des obstacles à la prise en charge du surpoids de l'enfant. (36) (37) (38) (54)

➤ La rémunération

Parmi les médecins que nous avons interrogés, seulement l'un d'entre eux a soulevé le problème de la rémunération du médecin au cours de la prise en charge de patients en surpoids. Ce même médecin a fait remarquer que le traitement de l'obésité infantile n'est clairement pas rentable pour le médecin vu le temps qu'il doit y consacrer et la maigre compensation financière qu'il reçoit en échange. Ce médecin, qui par ailleurs, fait partie des deux médecins qui ont inclus le plus d'enfants dans le réseau, a souligné qu'il ne prend pas en charge les enfants en surpoids avec POIPLUME dans un but de rentabilité. Cependant, la pénalité financière que représente le traitement de l'obésité infantile pourrait expliquer la réticence de certains médecins adhérents à l'inclusion d'enfants dans le réseau, ainsi que le refus de certains médecins de prendre en charge le surpoids de l'enfant et d'adhérer à un réseau comme POIPLUME.

Le problème de rentabilité a également été soulevé dans l'étude australienne, précédemment citée et réalisée en 2010, puisqu'un des principaux obstacles à la prise en charge du surpoids infantile perçus par les médecins généralistes interrogés dans le cadre de l'étude était le manque de motivation financière et le manque d'appui du système de santé. (38)

Dans le cadre de l'expertise de l'Inserm, le groupe d'experts recommande de valoriser l'acte médical de prise en charge de l'obésité en définissant une codification de l'acte d'évaluation et d'éducation. Selon Gérard Ducos et son équipe de médecins généralistes du

département de médecine générale de Bordeaux, une autre solution serait, une fois le problème de surpoids identifié et le patient et sa famille sensibilisés, de programmer l'éducation thérapeutique sur plusieurs consultations, en abordant à chaque fois des questions spécifiques. (37)

➤ **La formation et les outils**

La plupart des médecins interrogés dans le cadre de notre étude, a reçu une formation en matière d'obésité infantile. Ils ont eu recours à divers moyens de formation : séminaire sur l'obésité infantile, séminaire sur la diététique en général, soirées de formation, notamment lors de leur adhésion au réseau POIPLUME, stages pratiques durant leur formation d'interne dans des services de pédiatrie ou bien de diabéto-nutrition, Diplôme Universitaire ou Capacité de Pédiatrie.

Certains des médecins ne sont pas satisfaits de leur formation, notamment universitaire, en matière d'obésité infantile. Ils ont alors été amenés à se former par eux-mêmes sur le sujet, par le biais d'ouvrages et de revues médicales. Un des médecins s'est posé la question de participer au DU de Nutrition mais devant le manque de temps et la charge de travail que cela aurait engendré, il a finalement renoncé.

Or, des médecins mieux formés, seraient des médecins qui dépisteraient probablement plus d'enfants en surpoids et qui prendraient en charge davantage d'enfants en surcharge pondérale, donc qui incluraient davantage de patients dans le réseau POIPLUME.

Devant ce manque de formation et cette insatisfaction des médecins, le réseau POIPLUME ne pourrait-il pas proposer davantage de soirées de formation sur l'obésité de l'enfant ? Les quelques séances obligatoires, au moment de l'adhésion au réseau, ne semblent en tout cas pas suffisantes.

Selon l'étude, réalisée par le réseau REPPOP Aquitaine en 2006, pour 24% des médecins généralistes interrogés, le manque de formation et pour 22%, le manque d'outils étaient des obstacles à la prise en charge de l'obésité de l'enfant. (36)

D'après la même enquête, les médecins formés déclaraient éprouver moins de difficultés dans la prise en charge de l'enfant en surpoids, preuve de l'utilité d'une telle formation.

Cependant lorsque nous regardons d'un peu plus près les résultats de cette étude, la note moyenne de satisfaction des médecins concernant leur prise en charge de l'enfant en surpoids passait de 3.8 sur 10 pour les médecins non formés à 4.3 sur 10 pour ceux formés. La différence reste faible, ce qui témoigne des progrès qu'il reste à faire en matière de formation des médecins généralistes sur le surpoids de l'enfant. (37)

Deux autres études, l'une américaine et l'autre australienne, ont également mis en évidence le manque de formation des médecins sur l'obésité de l'enfant comme étant un des obstacles à la prise en charge du surpoids de l'enfant. (38) (54)

Dans le cadre de l'étude française, réalisée en 2012 par l'Inserm et le CNRS de Villejuif, les pédiatres qui avaient suivi une formation professionnelle se sentaient plus efficaces dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant. (50)

La formation médicale initiale commence à intégrer l'obésité infantile dans les modules de pédiatrie ou bien d'endocrinologie/nutrition. Différents modes de formation médicale continue sont disponibles : articles de revues scientifiques, séminaires etc. Des formations en ce sens sont mises en place par les réseaux, ce qui est un de leurs atouts pour les médecins adhérents.

Cependant, comme le faisait remarquer le Professeur Patrick Tounian, du service de gastroentérologie et de nutrition pédiatriques de l'Hôpital Trousseau à Paris, la formation des médecins au sein des réseaux est insuffisante. Tous les médecins adhérant au réseau bénéficient de quelques heures de formation, ce qui reste trop peu pour une maladie aussi complexe que l'obésité. D'autre part, le recours à des formations universitaires reste actuellement limité. (55)

Par ailleurs, la sensibilisation et les formations des médecins à l'éducation thérapeutique se développent. Il reste cependant beaucoup d'efforts à faire afin que la formation des médecins sur l'obésité infantile soit optimale.

e. Le manque de compétence

Les médecins que nous avons interrogés ont souligné leur difficulté à aborder en consultation le problème du surpoids de l'enfant, sans heurter ni vexer l'enfant et sa famille. D'autres ont fait remarquer que motiver l'enfant et ses parents à prendre en charge le surpoids était également une tâche ardue pour le médecin. Sans remettre en question la difficulté de ces deux tâches, nous pouvons cependant nous poser la question suivante : les médecins se sentent-ils suffisamment compétents lorsqu'il s'agit d'aborder le problème du surpoids de l'enfant et de motiver les familles à le prendre en charge ?

Certains médecins, devant l'échec de certaines prises en charge d'enfants en surpoids ont déclaré douter de leurs compétences et se remettre en question. La conséquence directe a été, pour certains, une diminution voire un arrêt des inclusions dans le réseau POIPLUME.

Des études mettent bien en évidence la difficulté des professionnels de santé à aborder le sujet du surpoids de l'enfant ainsi que la difficulté à motiver les familles à le prendre en charge. (36) (53) (54). Certains professionnels se sentent peu compétents dans ce domaine. Ceci souligne l'importance d'une formation complémentaire à l'entretien motivationnel.

f. L'échec et le pessimisme

Les médecins qui ont participé à notre étude ont déclaré que les résultats obtenus dans la prise en charge d'enfants en surpoids ne sont pas satisfaisants. Entre les parents qui

abandonnent la prise en charge et les enfants qui reprennent du poids, les médecins sont souvent en situation d'échec. Ces expériences décevantes pour le médecin finissent par les « démotiver », les « décourager » voire parfois par les « démoraliser ». Les médecins ont expliqué que cela les amène alors à freiner voire arrêter toute nouvelle inclusion dans le réseau POIPLUME et toute prise en charge d'obésité de l'enfant.

Dans le cadre de l'étude française, réalisée en 2012 par l'Inserm et le CNRS de Villejuif, 82.4% des pédiatres interrogés étaient convaincus que la prise en charge du surpoids de l'enfant était vouée à l'échec. (50)

Selon l'expertise collective sur l'obésité de l'Inserm, réalisée en 2006, certains médecins étaient pessimistes quant à l'impact de la prise en charge de l'obésité infantile et manifestaient un véritable rejet du problème. (42)

Un des médecins que nous avons interrogés a fait remarquer que de toute façon la prise en charge de l'obésité de l'enfant est très complexe et qu'il faut que le médecin accepte que le taux d'échec soit supérieur au taux de réussite.

C. Des solutions pour lutter contre le surpoids de l'enfant

1. Le réseau de prévention, de dépistage et de prise en charge du surpoids de l'enfant

a. Une aide souhaitable

Pour 60% des médecins interrogés au cours de l'enquête du réseau REPPPOP Aquitaine, la première mesure à mettre en place pour la prise en charge du surpoids de l'enfant était la création d'un réseau de prise en charge de l'obésité de l'enfant. (36)

Le réseau répond notamment à un manque d'accès du médecin à des correspondants ressources, véritable obstacle à la prise en charge du surpoids de l'enfant. (54)

b. Avantages et attentes des médecins vis-à-vis d'un réseau

Selon les médecins interrogés dans le cadre de notre étude, le réseau POIPLUME présente un certain nombre d'avantages favorisant ainsi l'inclusion puis la prise en charge d'enfants en surpoids dans le réseau.

Les avantages pour l'enfant et sa famille, inclus dans le réseau POIPLUME, sont :

- Une prise en charge globale et pluridisciplinaire du surpoids de l'enfant sur un même site
- Des moyens mis en place et gratuits pour les patients : consultations chez la diététicienne et la psychologue, activités sportives, cours de diététique et de cuisine
- L'intégration de la famille à la prise en charge du surpoids
- La rencontre d'autres enfants en surpoids.

Les avantages pour les médecins, adhérents au réseau POIPLUME sont :

- Un soutien du médecin par le réseau de par son aide, son action complémentaire et son savoir-faire en matière d'obésité pédiatrique
- La réponse à un manque de moyens du médecin généraliste en matière de prise en charge du surpoids de l'enfant
- Un gain de temps non négligeable pour le médecin, le libérant de certains aspects chronophages de la prise en charge du surpoids de l'enfant comme par exemple le suivi diététique
- La réussite de la prise en charge de la surcharge pondérale de certains enfants, encourageant le médecin à inclure et à suivre davantage d'enfants en surpoids dans le réseau.

L'étude réalisée par le réseau REPPOP Aquitaine, a mis en évidence les attentes des médecins généralistes vis-à-vis d'un réseau « d'obésité infantile ». Les médecins généralistes interrogés attendaient d'un tel réseau ; l'amélioration de la prise en charge des enfants en surpoids, une aide pour les cas difficiles, la mise à disposition d'outils et de documents, la possibilité de travailler en équipe pluridisciplinaire, un accès privilégié à des personnes ressources, une formation sur le sujet, une amélioration des pratiques, une rémunération en rapport avec le travail fourni. (36)

Si l'on compare les attentes des médecins interrogés dans le cadre de l'étude menée par le REPPOP Aquitaine et les avantages du réseau POIPLUME évoqués par les médecins de notre étude, nous pouvons constater que le réseau POIPLUME répond bien à la majorité des souhaits des médecins généralistes. Nous comprenons alors aisément que les avantages du réseau POIPLUME, mis en évidence par les médecins de notre étude, constituent de véritables facteurs favorisant l'inclusion d'enfants dans le réseau.

Même si la formation en matière d'obésité infantile, reçue par les médecins à leur adhésion dans le réseau POIPLUME, n'a pas été clairement citée comme un des avantages du réseau, il semblerait que les médecins en aient été satisfaits, même si l'on peut se poser la question de la trop faible place qu'elle occupe.

De même, les outils et les documents, édités par le réseau POIPLUME n'ont pas du tout été évoqués par les médecins que nous avons interrogés.

La rémunération des médecins généralistes adhérents au réseau POIPLUME, comme nous l'avons vu précédemment a timidement été évoquée par un seul médecin. Pourtant, elle semblerait être trop faible et ainsi constituer un obstacle à l'adhésion de certains médecins généralistes au réseau et éventuellement un frein à l'inclusion d'enfants par des médecins déjà adhérents. Cependant, sans rémunération par le réseau, combien de médecins généralistes prendraient du temps pour suivre un enfant en surpoids ?

2. Renforcer le rôle de certains acteurs de la prise en charge du surpoids infantile

a. L'environnement social

Les médecins de notre étude ont constaté qu'un environnement social positif est bénéfique dans le traitement de l'obésité infantile. En effet, ils se sont rendu compte que des parents, dont le niveau social est élevé, sont davantage investis dans la prise en charge du surpoids de leur enfant. Ils sont très souvent d'accord avec le médecin pour inclure leur enfant dans le réseau POIPLUME. Un niveau social élevé apparaît clairement comme un facteur favorisant l'inclusion d'enfants dans le réseau.

Une étude transversale et prospective réalisée de 2004 à 2008, à Melbourne en Australie, a clairement mis en évidence qu'un environnement social plus positif et qu'une meilleure cohésion sociale autour de l'enfant en surpoids étaient liés à une baisse de son IMC. Cette découverte suggère que l'environnement social de l'enfant est un facteur non négligeable à prendre compte pour traiter le surpoids et l'obésité infantiles. (56)

b. La famille

Les médecins que nous avons interrogés ont clairement évoqué l'importance de l'implication de la famille dans l'inclusion puis dans la prise en charge du surpoids de l'enfant au sein du réseau POIPLUME.

La prise de conscience des parents au sujet du surpoids de leur enfant, l'envie et l'intérêt de ces derniers portés au surpoids ainsi que leur motivation à le prendre en charge sont des facteurs importants favorisant l'inclusion puis le suivi des enfants en surpoids au sein du réseau.

L'assiduité, l'observance, l'investissement, le bon exemple donné par les parents et les efforts qu'ils fournissent conditionnent la réussite de la prise en charge.

Lorsque les parents se posent des questions sur le surpoids de leur enfant et demandent eux-mêmes au médecin sa prise en charge, celle-ci ne peut être que meilleure.

Comme nous l'avons vu précédemment, le surpoids de l'enfant n'est pas une caractéristique qui lui est propre au sein de la famille. Souvent plusieurs de ses membres

sont également en surpoids. L'implication des membres de la famille dans la prise en charge du surpoids de l'enfant peut ainsi leur être bénéfique. En effet, certains des médecins interrogés ont signalé que la prise en charge de l'enfant en surpoids peut profiter aux parents et engendrer une perte de poids de ces derniers.

L'étude brésilienne, précédemment citée et réalisée entre 1995 et 1996, a justement démontré l'existence d'une relation entre le surpoids des parents et des enfants, suggérant ainsi que les programmes de prévention et de prise en charge de l'obésité devraient être centrés sur toute la famille. (43)

c. Le médecin généraliste

Les médecins de notre étude ont souligné l'importance du rôle du médecin traitant, encore appelé « médecin de famille ». En effet, soignant souvent les autres membres de la famille, connaissant bien de ce fait le milieu familial de l'enfant et l'environnement dans lequel il évolue, le médecin traitant peut alors intervenir plus facilement. Il a davantage de facilités à inclure un enfant qu'il suit dans le réseau POIPLUME et à prendre en charge son surpoids qu'un autre médecin.

Une étude australienne, réalisée en 2006 par l'école de Santé Publique de l'Université de Sydney, a mis en évidence l'importance du médecin généraliste pour les parents dans la prise en charge du surpoids de leur enfant. Les parents interrogés se sentaient concernés par le surpoids de leur enfant mais étaient réticents à l'idée d'aborder le sujet avec leurs propres enfants. Ils préféraient que la question du surpoids soit soulevée par leur médecin généraliste. (57)

D'après les médecins de notre étude, il faut cependant que le médecin généraliste soit intéressé par la pédiatrie et surtout par l'obésité infantile. Il doit également être motivé pour inclure l'enfant en surpoids puis le prendre en charge au sein du réseau POIPLUME.

d. Le psychologue

Nous avons pu remarquer que les médecins que nous avons interrogés ont très peu évoqué le versant psychologique de la prise en charge du surpoids de l'enfant, par rapport à la diététique et à la pratique d'une activité physique régulière.

Un des médecins interrogés était même contre l'intervention systématique du psychologue en début de prise en charge. Pour lui, la consultation psychologique d'évaluation de l'enfant et de son comportement est un frein à l'adhésion des parents au réseau POIPLUME.

Or, d'après le Professeur Maité Tauber et son équipe médicale de l'Unité d'Endocrinologie, Génétique et Gynécologie médicale de l'Hôpital d'enfants du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Toulouse, l'aspect psychologique fait aujourd'hui

partie intégrante de la prise en charge du surpoids de l'enfant. L'enfant obèse est stigmatisé. Les difficultés psychologiques relationnelles doivent être systématiquement évaluées afin d'appréhender la nécessité de mettre en place une psychothérapie dans le programme thérapeutique. (58)

Cependant, il est vrai qu'une minorité d'intervenants dans le domaine de l'obésité de l'enfant analyse les effets de leurs programmes sur le bien-être psychosocial des enfants et des adolescents. Il est donc recommandé dans l'avenir que ces programmes soient évalués d'une façon uniforme et sur une large gamme d'aspects psycho-sociaux. (59)

e. Les pédiatres hospitaliers

Dans le cadre de notre étude, certains médecins trouveraient intéressant que le réseau POIPLUME travaille en lien avec les services pédiatriques hospitaliers. Selon eux, cela permettrait de bénéficier de l'aide de pédiatres spécialisés dans l'obésité pédiatrique et d'inclure davantage d'enfants dans le réseau.

C'est pourtant le cas des REPPOP : REseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique. Il s'agit d'une organisation similaire au réseau POIPLUME puisque ce sont des réseaux qui réunissent dans un maillage étroit, autour de l'enfant obèse et de sa famille, une prise en charge multidisciplinaire, personnalisée et de proximité du surpoids de l'enfant.

Une des différences est qu'il s'agit d'une structure régionale où les établissements hospitaliers interviennent.

Les services pédiatriques hospitaliers offrent leur expertise et leur plateau technique pour effectuer des explorations complémentaires dans les situations qui le justifient : obésité sévère et/ou compliquée, maladies rares avec obésité.

Ils prennent également en charge les cas les plus sévères d'obésité infantile et en assurent le suivi en liaison avec le REPPOP.

Les équipes hospitalières impulsent et/ou participent à des actions de recherche et de prévention dans le cadre du réseau.

À côté de leur capacité d'hospitalisation, les Structures de Soins de Suites et de Réadaptation (SSR) peuvent mettre à la disposition du réseau leur personnel expert et leur plate-forme logistique : exploration, installation sportive, éducation thérapeutique, pour une prise en charge ambulatoire de proximité. (60)

Il est vrai que le partenariat entre réseau d'obésité infantile et centre hospitalier semble très intéressant et être un atout majeur dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant, surtout pour les cas les plus compliqués.

Cependant, le Professeur Patrick Tounian, faisait remarquer lors de la 8^{ème} édition des journées de la nutrition appliquées à la Santé en 2006, que finalement les centres hospitaliers référents compétents en matière d'obésité pédiatrique étaient rares. Afin d'assurer l'indispensable proximité entre les centres hospitaliers de référence, les médecins

libéraux et les patients, beaucoup de services de pédiatrie de centres hospitaliers généraux ont été recrutés comme experts dans le cadre des REPOPOP.

Au sein de ces services, l'engagement des praticiens chargés du réseau a toujours été exemplaire, mais le centre hospitalier auquel ils appartiennent offre rarement toutes les compétences médicales nécessaires à la prise en charge pédiatrique des formes compliquées de l'obésité infantile : compétences orthopédiques, endocriniennes, pneumologiques, etc. (55)

Dans le cadre du réseau POIPLUME, l'hôpital référent devrait être logiquement le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Metz. Cependant, possède-t-il les compétences médicales requises pour la prise en charge de l'obésité infantile ainsi que l'ensemble des spécialités pédiatriques concernées par les complications liées à l'obésité ?

f. L'école et la médecine scolaire

Un autre point, qui a brièvement été soulevé par les médecins que nous avons interrogés mais qui semble cependant essentiel est le rôle que l'école peut jouer en matière de prévention et d'aide à la prise en charge du surpoids des enfants.

En effet, selon les médecins interrogés, la médecine scolaire joue un rôle dans le dépistage et dans l'amorce d'une prise en charge du surpoids de l'enfant, puisqu'elle adresse aux médecins adhérents du réseau certains enfants en surpoids. Le rôle de l'école semble se limiter à cela. Cependant, ne pourrait-elle pas jouer un rôle plus important, comme mener des actions de prévention du surpoids de l'enfant ?

L'étude australienne réalisée en 2006, par l'école de Santé Publique de l'Université de Sydney et précédemment citée s'était également intéressée au point de vue des parents d'enfants scolarisés quant au rôle que l'école pouvait jouer en matière d'obésité infantile. Les parents interrogés ont reconnu que l'école avait un rôle éducatif à jouer tant en matière d'alimentation qu'en matière d'activité physique. (57)

Se pose alors la question de la pertinence des actions de prévention de l'obésité de l'enfant à l'école. (61)

Très peu de travaux ont réellement évalué les effets bénéfiques de telles actions. Les campagnes de prévention habituellement proposées par les réseaux sont donc basées sur le bon sens et reprennent souvent des idées classiques : incitation à la consommation de fruits et légumes, réduction de la sédentarité, etc. Or, nous ignorons le véritable impact de telles actions de prévention. (55)

VIII. CONCLUSION

Notre étude qualitative, réalisée à partir de 3 focus groupes et de 2 entretiens individuels de médecins généralistes, a permis d'identifier des facteurs favorisant et des facteurs limitant l'inclusion de patients dans un réseau de prise en charge de l'obésité infantile : le réseau POIPLUME.

Les principaux facteurs favorisant l'inclusion d'enfants en surpoids dans le réseau sont :

- Les ressources offertes par le réseau : consultations chez la diététicienne et chez la psychologue ainsi que des activités sportives gratuites
- La prise en charge pluridisciplinaire et globale sur un même site
- Des parents motivés, investis, assidus et observant
- Le niveau social et intellectuel élevé des parents
- L'aide apportée au médecin généraliste par le réseau POIPLUME et le gain de temps non négligeable que cela représente pour lui.

Les principaux freins à l'inclusion d'enfants en surpoids dans le réseau sont :

- Le manque de temps du médecin
- L'éloignement géographique du site de POIPLUME du domicile de certaines familles
- Des habitudes alimentaires et des critères d'appréciation du surpoids différents selon la culture notamment au sein des populations turques et maghrébines
- Le bas niveau social et intellectuel de certains parents
- L'implication différente des deux parents dans la prise en charge du surpoids de leur enfant
- Une obésité familiale
- Un environnement et des habitudes de vie peu modifiables
- Le manque de motivation voire la résistance et le refus de prise en charge de certains parents
- Un suivi au long cours difficile avec une dégradation de l'observance
- La pénalité financière que représente, pour le médecin, le traitement de l'obésité infantile, d'autant plus que l'inclusion puis la prise en charge d'enfants en surpoids au sein du réseau sont chronophages
- Des résultats non satisfaisants pour le médecin, à l'origine d'un relâchement, se traduisant par un arrêt ou une diminution du nombre d'inclusions.

Les nombreux facteurs limitant l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME comparé à un nombre de facteurs la favorisant nettement moindre, expliquent pourquoi la plupart des médecins généralistes incluent peu d'enfants dans le réseau POIPLUME alors que certains arrivent à en inclure beaucoup. Cette différence est expliquée notamment par le type de patientèle du médecin. En effet, un médecin exerçant dans un quartier aisé inclura davantage d'enfants en surpoids qu'un médecin dont le cabinet se situe dans un quartier populaire voire défavorisé. Cette différence est expliquée par un niveau socio-économique

différent et souvent une culture qui n'est pas la même. De même, un médecin qui est amené à suivre beaucoup d'enfants en inclura davantage dans le réseau POIPLUME qu'un médecin qui en suit peu.

Après avoir comparé nos résultats aux données de la littérature, nous nous sommes rendu compte que l'ensemble des difficultés rencontrées par les médecins du réseau POIPLUME avaient été identifiées d'une façon plus générale dans la prise en charge du surpoids de l'enfant.

Tout d'abord, les médecins ne sont pas assez performants pour le dépistage du surpoids. Ils se sentent souvent peu compétents dans la prise en charge de ce surpoids. La formation médicale en matière d'obésité infantile s'avère insuffisante. Les médecins devraient être davantage formés au dépistage ainsi qu'à la prise en charge du surpoids de l'enfant durant leur cursus universitaire puis au cours de leur formation continue post-universitaire.

De plus, le versant psychologique de la prise en charge de l'obésité infantile est souvent ignoré des médecins. Il devrait pourtant faire partie intégrante de leur formation sur l'obésité infantile, de même que l'éducation thérapeutique et l'entretien motivationnel.

D'autre part, il existe des inégalités socio-économiques en matière d'obésité infantile. En effet, les enfants de bas niveau socio-économique sont davantage touchés par le surpoids et l'obésité mais paradoxalement, ils sont moins pris en charge. Des efforts restent à faire par les médecins et le réseau POIPLUME pour davantage inclure et prendre en charge ces enfants. Avant de réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour y parvenir, il serait intéressant, dans une autre étude, d'évaluer l'efficacité du réseau POIPLUME en matière de prise en charge des enfants de bas niveau socio-économique.

Les médecins que nous avons interrogés étaient tous d'accord pour dire que le réseau POIPLUME était la seule aide de proximité en matière de prise en charge du surpoids de l'enfant dont ils pouvaient bénéficier. Le réseau POIPLUME semble répondre à l'ensemble des attentes du médecin généraliste : une prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant en surpoids, un gain de temps non négligeable le libérant de certains aspects chronophages de la prise en charge, un véritable soutien du médecin par le réseau.

Cependant, il serait intéressant, dans une prochaine étude, de diffuser un questionnaire quantitatif à l'ensemble des médecins adhérents du réseau POIPLUME, afin d'obtenir des données chiffrées concernant les freins et les facteurs favorisant l'inclusion d'enfants dans le réseau.

BIBLIOGRAPHIE

1. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, 2007 ; 42. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr>.
2. TREPPOZ S. L'obésité infantile : « Quelques nouvelles du front ». Les RÉPPOP : Réseaux de prévention et de Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie. Archives de Pédiatrie. Elsevier Masson, 2010 ; 17 : 896-897.
3. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations de bonne pratique (actualisation des recommandations 2003). Haute Autorité de Santé (HAS). Septembre 2011.
4. Obésité et surpoids. Aide mémoire N°311. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Mars 2013. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr>.
5. Cailliez E, Fanello S, Gérard S, Pietri M. Obésité infantile et médecine générale. Soins pédiatrie-puériculture, août 2012 ; 267 : 41-45.
6. Girerd X, Rosenbaum D. Hypertension artérielle. In : Basdevant A. Médecine et chirurgie de l'obésité. Médecine Sciences Publications. Paris : Lavoisier, 2011 ; 29 : 187-191.
7. Hartemann A, Bourron O, Andreelli F. Insulino-Résistance et diabète. In : Basdevant A. Médecine et chirurgie de l'obésité. Médecine Sciences Publications. Paris : Lavoisier, 2011 ; 30 : 192-196.
8. Denke MA, Sempos CT, Grundy SM. Excess body weight. An under-recognized contributor to high blood cholesterol levels in white American men. Archives of Internal Medicine, 1993 ; 153 : 1093-1103.
9. Bruckert. Dyslipidémies. In : Basdevant A. Médecine et chirurgie de l'obésité. Médecine Sciences Publications. Paris : Lavoisier, 2011 ; 32 : 201-207.
10. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults : collaborative analyses of 57 prospective studies. Prospective Studies Collaboration. Lancet, 2009 ; 373 : 1083-1096.
11. Oppert JM, Basdevant A. Complications cardiovasculaires. In : Basdevant A. Médecine et chirurgie de l'obésité. Médecine Sciences Publications. Paris : Lavoisier, 2011 ; 28 : 179-186.

12. Gonzales-Bermejo J, Pepin J-L. Complications respiratoires. In : Basdevant A. Médecine et chirurgie de l'obésité. Médecine Sciences Publications. Paris : Lavoisier, 2011 ; 28 : 179-186.
13. Young T, Shahar E, Nieto Fj et al. Predictors of sleep-disordered breathing in community-dwelling adults : the Sleep Heart Health Study. Archives of Internal Medicine, 2002 ; 162 : 893-900.
14. Fanjeaux A. Ressenti des professionnels de santé libéraux du territoire sud meusien vis-à-vis de la réorganisation des réseaux de santé - Etude qualitative par focus groups [Thèse de médecine générale]. [Nancy] : Université de Lorraine ; 2012. Disponible sur : http://docnum.univlorraine.fr/public/BUMED_T_2012_FANJEAUX_AMANDINE.pdf.
15. Loi N°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
16. Loi de 1908 sur les associations de droit local. Disponible sur : <http://www.lorraine.drjcs.gouv.fr/Loi-1901-Loi-1908.html>.
17. Rapport de l'Assemblée générale ordinaire de l'association POIPLUME du 20 mars 2012.
18. Raison J. Réseaux de Santé "obésité de l'adulte". In : Basdevant A. Médecine et chirurgie de l'obésité. Médecine Sciences Publications. Paris: Lavoisier, 2011 ; 119 : 756-759.
19. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer, 2008 ; 84 (19) : 142-145.
20. Aubin-Auger I, Mercier A. Introduction à la recherche qualitative. Présentation du séminaire Initiation à la Recherche Qualitative. CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) formation. Janvier 2011.
21. Moreau A, Dedianne M-C, Letrilliart L, Goaziou M-F, Labarère J, Terra J-L. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien - Médecine Générale, 15 mars 2004 ; 18 (645) : 382-384.
22. Touboul P. Recherche qualitative : La méthode des focus groupes. Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. Département de Santé Publique. CHU de Nice.
23. Ruffini E. Attitude et ressenti du médecin généraliste face au refus de traitement de la part du patient [Thèse de médecine générale]. [Nancy] : Université de Lorraine ; 2012.

24. Aubin-Auger I, Mercier A. Les techniques de recueil de données. Présentation du séminaire Initiation à la Recherche Qualitative. CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) formation. Janvier 2011.
25. Aubin-Auger I, Mercier A. Le focus groupe : développer le canevas – le déroulement. Présentation du séminaire Initiation à la Recherche Qualitative. CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) formation. Janvier 2011.
26. Aubin-Auger I, Mercier A. Les entretiens. Présentation du séminaire Initiation à la Recherche Qualitative. CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) formation. Janvier 2011.
27. Touboul P. La méthode des focus groupes : Introduction type au guide d'entretien - Aide méthodologique pour les thèses de médecine générale. Département de Santé Publique. CHU de Nice.
28. Davister C. et al. Les groupes focalisés, fiches méthodologiques. Stop j' agis. Apes Université de Liège. Février 2004. Disponible sur : <http://www.apes.be/documentstelechargeables/Pdf/fich%2012728.pdf>.
29. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en médecine générale [Mémoire de médecine générale]. [Lyon] : Université Claude-Bernard ; 2004. Disponible sur : http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/memoire_E_PASQUIER.pdf.
30. Acket A. Evaluation du ressenti et des attentes des médecins généralistes concernant leur collaboration avec les cardiologues [Thèse de médecine générale]. [Nancy] : Université de Lorraine ; 2013.
31. Aubin-Auger I, Mercier A. Critères de scientificité en recherche qualitative. Présentation du séminaire Initiation à la Recherche Qualitative. CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) formation. Janvier 2011.
32. Begué-Simon A-M. Approches qualitatives dans le champ de la Santé : Ce qu'est la recherche qualitative. Département de Santé Publique, Rennes.
33. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Pratiques Psychologiques, mars 2004; 10 (1) : 79-86.
34. White A, O'Brien B, Houlihan T, Darker C, O'Shea B. Childhood obesity: parents fail to recognise, general practitioners fail to act. Irish Medical Journal, 2012 Jan ; 105 (1) : 10-13.
35. Campbell M, Bryson HE, Price AM, Wake M. Childhood obesity in secondary care : national prospective audit of Australian pediatric practice. Academic Pediatric Association, 2013 Mar ; 13 (2) : 168-176.

36. Thibault H, Desbrest-Bastet M, Ducos G, Saubusse E, Maurice-Tison S. Pratiques et attentes des médecins : Une enquête du réseau REPPPOP Aquitaine. *Le concours médical*, 13 nov 2007 ; 129 (33/34) : 1181-1184.
37. Ducos G, Bastet M, Pétregne F. Le médecin généraliste et l'obésité de l'enfant. Une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes aquitains. *Médecine*, 2010 ; 6 (3) : 131-134.
38. McMeniman E, Moore R, Yelland M, McClure R. Childhood obesity: how do Australian general practitioners feel about managing this growing health problem? *Australian Journal of Primary Health*, 2011 ; 17 (1) : 60-65.
39. Spivack JG, Swietlik M, Alessandrini E, Faith MS. Primary care providers' knowledge, practices, and perceived barriers to the treatment and prevention of childhood obesity. *Obesity (Silver Spring)*, 2010 Jul ; 18 (7) : 1341-1347.
40. He M, Piché L, Clarson CL, Callaghan C, Harris SB. Childhood overweight and obesity management: A national perspective of primary health care providers' views, practices, perceived barriers and needs. *Journal of Paediatric Child Health*, 2010 Sep ; 15 (7) : 419-426.
41. Grimes-Robison C, Evans RR. Benefits and barriers to medically supervised pediatric weight-management programs. *Journal of Child Health Care*, 2008 Dec ; 12 (4) : 329-343.
42. Thématique D, File T. Prise en charge chez l'enfant en France. 2007. Disponible sur : <http://link.springer.com/article/10.1007/s11690-007-0035-y>.
43. Ramos de Marins VM, Almeida RM, Pereira RA, de Azevedo Barros MB. The relationship between parental nutritional status and overweight children/adolescents in Rio de Janeiro, Brazil. *Public Health*, 2004 Jan ; 118 (1) : 43-49.
44. Esenay FI, Yigit R, Erdogan S. Turkish mothers' perceptions of their children's weight. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*, 2010 Apr ; 15 (2) : 144-153.
45. Le Barzic M. Aspects psychologiques de l'obésité. Paris : EMC (Elsevier Masson SAS), *Endocrinologie-Nutrition*, 2010 ; 10-506-G-10.
46. Guignon N, Collet M, Gonzales L. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. *Etudes et Résultats*, septembre 2010 ; 737 : 2-6. Disponible sur : <http://www.sante-sports.gouv.fr/etudes-recherches-et-statistiques-drees.html>.
47. Sonnevile KR, La Pelle N, Taveras EM, Gillman MW, Prosser LA. Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity : results of a focus group study with parents. *BMC Pediatrics*, 2009 Dec 21 ; 9 :81.

48. Rodríguez-Oliveros G, Haines J, Ortega-Altamirano D, Power E, Taveras EM, González-Unzaga MA, Reyes-Morales H. Obesity determinants in Mexican preschool children : parental perceptions and practices related to feeding and physical activity. *Archives of Medical Research Journal*. 2011 Aug ; 42 (6) : 532-539.
49. Romo L, Coëffec A, Guilmin-Crepon S. Evaluation de la personnalité, de la motivation au changement et des facteurs familiaux présents chez des jeunes suivis pour obésité. *Annales Médico-Psychologiques - Elsevier Masson*, 2012 ; 170 : 649-653.
50. Franc C, Van Gerwen M, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. French pediatricians' knowledge, attitudes, beliefs towards and practices in the management of weight problems in children. *Health Policy*, 2009 Jul ; 91 (2) : 195-203.
51. Finegood DT. The importance of systems thinking to address obesity. *Nestle Nutrition Institute Workshop Series*, 2012 ; 73 : 123-141.
52. Kacenenbogen N. Weight management in general practice. *Revue Médicale de Bruxelles*, 2006 Sep ; 27 (4) : 361-371.
53. Gerards SM, Dagnelie PC, Jansen MW, De Vries NK, Kremers SP. Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals. *BMC Family Practice*, 2012 May 16 ; 13 : 37.
54. Steele RG, Wu YP, Jensen CD, Pankey S, Davis AM, Aylward BS. School nurses' perceived barriers to discussing weight with children and their families : a qualitative approach. *J Sch Health*, 2011 Mar ; 81 (3) : 128-37.
55. Tounian P. Prise en charge de l'obésité de l'enfant : le réseau est-il la solution? *JONAS (Journées de la Nutrition Appliquées à la Santé) - 8ème édition*. Institut Pasteur, Paris. 2006 janv ; 26-30.
56. Veitch J, van Stralen MM, Chinapaw MJ, te Velde SJ, Crawford D, Salmon J, Timperio A. The neighborhood social environment and body mass index among youth: a mediation analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2012 Mar 20 ; 9 : 31.
57. Booth ML, King LA, Pagnini DL, Wilkenfeld RL, Booth SL. Parents of school students on childhood overweight : the Weight of Opinion Study. *Journal of Paediatrics Child Health*, 2009 Apr ; 45 (4) : 194-198.
58. Tauber M, Jouret B, Oliver I, Diene G. L'obésité de l'enfant. *Médecine clinique. Endocrinologie et Diabète*, 2009 ; 38 : 3-9. Disponible sur : http://www.renaten.net/_images/mediatheque/articles/pdf/JNDES_Tauber.pdf.

59. Van Wijnen LG, Wendel-Vos GC, Wammes BM, Bemelmans WJ. The impact of school-based prevention of overweight on psychosocial well-being of children. *Obesity Revue*, 2009 May ; 10 (3) : 298-312.
60. Tauber M. Les RéPPOPS : la pluridisciplinarité au sens large et dans la durée. *Le concours médical*, avr 2011 ; 133 (4) : 273-275.
61. Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, van Lenthe FJ, Brug J, Oppert JM, De Bourdeaudhuij I. Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents : systematic review of published and 'grey' literature. *British Journal of Nutrition*, 2010 Mar ; 103 (6) : 781-797.

ANNEXE 1 : Courrier d'information au sujet de notre étude, envoyé à tous les médecins généralistes du réseau POIPLUME

Cécile Quenet
5, rue du 4 septembre
57 185 Clouange
06 76 26 41 25

cecile.quenet@hotmail.fr



P révention de l'
O bésité
I nfantile
P ar
L'alimentation
U nie au
M ieux
E tre



Le 18/11/2012,

Objet : thèse de médecine générale sur la prise en charge de l'obésité infantile par le médecin généraliste dans le réseau POIPLUME

Cher Confrère,

Je suis jeune médecin généraliste. Je prépare ma thèse de médecine générale, avec l'aide du Docteur Hélène GARDE-MARTY. Celle-ci porte sur la prévention, le dépistage et le suivi de l'obésité infantile par les médecins généralistes via le réseau POIPLUME.

Vous êtes médecin adhérent au réseau POIPLUME. Que vous ayez inclus peu ou beaucoup d'enfants, je vous invite à venir participer, dans une ambiance décontractée et chaleureuse, autour d'un buffet dînatoire, à l'un des focus groupes que nous organisons. Le focus groupe ou groupe focalisé est une méthode qualitative de recueil d'informations. Concrètement, il s'agit d'un groupe de discussion semi-structuré, animé par un animateur neutre. Il a pour but de collecter des informations sur un certain nombre de thèmes, définis à l'avance par les organisateurs de l'étude. **Il donne ainsi l'occasion aux participants d'échanger leurs avis sur ce même thème.** Le groupe se réunira pour **une séance d'environ 1h30, en soirée, un soir de semaine.**

Le médecin généraliste rencontre souvent des difficultés face au traitement d'enfants en surpoids. Le travail en réseau avec d'autres professionnels de santé lui facilite la prise en charge de ces enfants. **Le but de notre étude est de rechercher des pistes d'amélioration pour le dépistage et le suivi des enfants obèses par le médecin généraliste au sein du réseau POIPLUME.**

Je m'engage à envoyer par mail ma thèse, une fois terminée, à tous les participants au focus groupe, qui m'en feront la demande.

Venez nombreux !

Confraternellement,

Cécile QUENET
(thésarde)

Dr H. Garde-Marty
(médecin généraliste)

Dr E.Bahner-Ennassih
(directrice de POIPLUME)

PJ : calendrier prévisionnel des focus groupes

Calendrier prévisionnels des focus groupes :

<u>Date</u>	<u>Lieu</u>	<u>Heure</u>
18/12/2012	DOMUS MEDICA AMMPPU 6 quai Paul Wiltzer 57000 METZ	20h30 : accueil 21h : début de la séance
19/12/2012		
20/12/2012		
15/01/2013		
16/01/2013		
17/01/2013		

Modalités pratiques :

- La séance est susceptible d'être enregistrée et/ou filmée, afin de nous aider dans l'analyse des informations recueillies. Cependant nous garantissons l'anonymat des résultats et la non divulgation des enregistrements.
- **Merci de me communiquer votre date de participation par mail via le lien suivant : <http://doodle.com/8ui4mwgeyzys3gt> ou par téléphone ou par courrier.**

ANNEXE 2 : Le Guide d'entretien – Déroulement des focus groupes

1) – Introduction :

Remerciements (Observateur) :

Merci d'avoir accepté de participer à un des groupes de discussion malgré vos emplois du temps chargés.

Présentation des organisateurs (Observateur):

-Observateur : nom, préciser que l'observateur ne fait qu'observer la séance et prend des notes

-Animateur : nom, préciser que l'animateur anime la séance et est neutre

Objectifs (Observateur) :

Aujourd'hui, vous avez accepté de participer à un focus groupe, qui a pour objectif de recueillir vos réactions et vos expériences quant à la prise en charge d'enfants en surpoids ou obèses, en partenariat avec le réseau POIPLUME.

Ces éléments sont importants à connaître afin de nous permettre de trouver des pistes d'amélioration pour le dépistage et le suivi de ces enfants.

Méthode et règles du jeu (Animateur) :

-La méthode des focus groupes est une méthode de recherche qualitative, une technique d'interview de groupe.

-La discussion va durer 1h30 environ. Elle sera enregistrée et filmée afin de pouvoir assurer une transcription fidèle de vos propos et de pouvoir les analyser selon les techniques de recherche qualitative. Cela ne dérange personne ?

-Je vous remercie par avance de bien vouloir parler distinctement et de respecter le temps de parole de chacun, pour la qualité de l'enregistrement. Si plusieurs personnes parlent en même temps cela devient inaudible et nous risquons de perdre des données importantes. Nous procéderons à un tour de table, chacun parlera à son tour.

-Rien ne sortira de la pièce (bandes d'enregistrement, film) et les résultats resteront anonymes.

-C'est important que vous vous sentiez en totale liberté pour exprimer votre vécu et vos opinions personnelles. Tout ce que vous direz est intéressant pour nous. Il n'y a pas de mauvaises ou de bonnes réponses et il n'y aura pas de jugement de valeur de notre part.

-Nous avons un certain canevas de questions à respecter et je me permettrai d'intervenir si nous nous éloignons trop du sujet.

Présentation des participants (Animateur) :

Je vais maintenant vous demander de vous présenter un à un et de donner : votre nom, votre prénom, votre âge, votre ville d'exercice, votre type d'exercice (rural, semi-rural, ville), votre mode d'exercice (cabinet de groupe, individuel, maison médicale) et votre type de clientèle (aisée, standard, populaire, défavorisée).

Questions éventuelles de la part des participants (Animateur):

Y-a-t-il des questions

2) - Canevas d'entretien (Animateur) :

1) Pourquoi avez-vous adhéré au réseau POIPLUME ?

- *Comment avez-vous été sensibilisé au problème du surpoids de l'enfant ?*
- *Quels sont vos objectifs en adhérant au réseau POIPLUME ?*

2) Quelle est la définition de l'enfant en surpoids ?

3) Comment dépistez-vous le surpoids de l'enfant ?

- *par la mesure de la taille, du poids et le calcul de l'IMC, afin de tracer une courbe dans le carnet de santé ?*
- *par la recherche d'un rebond précoce d'adiposité ?*
- *par la recherche d'une ascension de la courbe d'IMC ?*

4) Comment abordez-vous le problème du surpoids avec l'enfant ? et avec ses parents?

- *Comment annoncez-vous le surpoids à l'enfant? à la famille ?*
- *Quelles informations donnez-vous à la famille ?*
- *Quelle conduite à tenir préconisez-vous ? (conseils diététiques, activité physique, suivi psychologique, suivi médical régulier)*

5) Racontez votre dernière expérience d'inclusion dans le réseau POIPLUME : comment la jugez-vous ?

- *Etait-ce une bonne ou une mauvaise expérience ?*
- *Quels résultats avez-vous obtenus ?*

6) Combien d'enfants avez-vous inclus dans le réseau POIPLUME ? Êtes-vous satisfait de ce nombre ?

7) Nous allons maintenant parler des obstacles à l'inclusion et des facteurs favorisant l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME.

Que vous ayez inclus peu ou beaucoup d'enfants, merci de répondre à ces questions :

a) Quelles sont les raisons pour lesquelles, d'après vous, certains médecins généralistes incluent peu d'enfants obèses ou en surpoids dans le réseau POIPLUME ?

- *Quelle est la proportion d'enfants dans votre patientèle?*

- *Quelle formation avez-vous en matière de surpoids et d'obésité ?*

- *Quel temps pouvez-vous consacrer au problème du surpoids de l'enfant au cours d'une consultation pour un autre motif ?*

b) Quels sont, d'après vous, les facteurs favorisant l'inclusion d'enfants en surpoids dans le réseau POIPLUME ?

- *Comment parvient-on à motiver les enfants et leur famille ?*

3)-Conclusion (Observateur)

ANNEXES NUMERIQUES

TRANSCRIPTION DU 1^{er} ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ (P1) :

Participant (P1) : médecin généraliste femme, âgée de 37 ans, activité de ville à Metz, en cabinet individuel, patientèle aisée.

Animateur (A)

Durée de l'enregistrement : 20'

- 1 A : « Donc la première question de l'entretien c'est : pourquoi avez-vous adhéré au réseau POIPLUME ? »
2 P1 : « Parce que euh je...j'ai une capacité de pédiatrie et je fais beaucoup de pédiatrie et puis je me rends
3 compte en regardant tous les enfants qu'ils sont tous en surpoids »
4 A : « D'accord »
5 P1 : « Il y en a très très peu qui sont dans la norme donc je me suis dit que si je pouvais participer et aider un
6 petit peu euh...bah voilà donc je me suis intéressée au réseau et puis j'ai adhéré »
7 A : « D'accord et euh quels sont vos objectifs en adhérant au réseau POIPLUME ? »
8 P1 : « Personnels ou euh... »
9 A : « Personnels par rapport à ces enfants justement en surpoids ? »
10 P1 : « Alors moi c'est euh...on va dire euh c'est très très égoïste, c'est-à-dire que ça permet à des enfants en
11 surpoids de ne pas payer les consultations de diététique qui sont euh...là crescendo hein depuis que je suis
12 installée depuis sept ans hein voilà c'est une grande mode donc c'est du grand n'importe quoi donc ça leur
13 permet d'avoir une aide de prise en charge euh...voilà c'est le seul moyen en accédant au réseau d'avoir une
14 prise en charge pour des gens qui des fois bah n'auraient pas le budget euh...à accorder et puis euh...puis voilà
15 maintenant c'est tout ce que j'y retrouve. Au-niveau moi personnel pas d'intérêt euh...y'aurait euh des
16 consultations diététiques à un prix euh correct, je ne sais pas si j'adhèrerais à un réseau »
17 A : « D'accord et comment avez-vous eu connaissance du réseau POIPLUME ? »
18 P1 : « C'est les patients qui m'en ont parlé »
19 A : « D'accord »
20 P1 : « Ouais initialement, c'est les patients qui m'en ont parlé donc je m'y suis intéressée et puis j'ai inclus ça
21 devait être une petite fille, je crois et puis voilà et puis après ben j'en ai eu plein et euh...donc euh donc voilà »
22 A : « D'accord alors quelle est la définition de l'enfant en surpoids ? »
23 P1 : « Alors d'un point de vue comment euh...purement euh...pour moi ou pour vous ? Personnellement ? »
24 A : « Oui »
25 P1 : « L'enfant bah euh un enfant qui est au-delà des...de nos normes de courbes d'IMC quoi, à partir de l'âge
26 de deux ans voilà »
27 A : « D'accord et comment dépistez-vous le surpoids de l'enfant ? »
28 P1 : « Ah bah moi tous mes petits patients sont pesés, mesurés à chaque consult. Je regarde la courbe voilà. Je
29 regarde la courbe : s'il y a un surpoids, s'il y a un décrochage euh j'en parle et puis voilà »
30 A : « D'accord et comment est-ce que vous abordez le problème du surpoids de l'enfant avec à la fois l'enfant
31 et sa famille ? »
32 P1 : « Bah je suis quand même assez clash hein (*rire*) donc voilà je leur dis qu'il y a un souci, je leur demande
33 comment ils mangent ? Voilà bon j'essaie un petit peu de euh...d'enrober les choses mais je leur dis euh...je
34 tourne quand même pas trop trop longtemps autour du pot quoi. Donc je leur dis et je montre la courbe
35 souvent »
36 A : « Vous montrez la courbe »
37 P1 : « Ah oui, je montre la courbe ouais parce que c'est euh...les enfants en surpoids c'est des enfants qui
38 peuvent paraître un petit peu enrobés et puis en fait quand on trace la courbe, non ils sont nettement en
39 surpoids et ça...ça marque drôlement les esprits. Donc après j'explique aux parents qu'il y a des solutions pour
40 les aider, que s'ils sont en surpoids, c'est qu'il y a des erreurs et qu'on peut les corriger et que c'est surtout
41 pendant l'enfance qu'il faut le faire voilà »

42 A : « D'accord et quelles informations justement donnez-vous à la famille par rapport au surpoids ? »
43 P1 : « Alors il y a souvent des erreurs alimentaires...dans ce cadre-là vous voulez dire ? »
44 A : « Oui »
45 P1 : « Bah qu'il y a des erreurs alimentaires, qu'il y a une rééducation à faire quoi »
46 A : « D'accord »
47 P1 : « Donc euh bah qu'il y a des tas de pistes pour les aider hein donc ils ne vont pas directement à POIPLUME
48 hein tous. Il y a des gens qui y arrivent très bien sans aller chez une diététicienne, juste avec quelques conseils.
49 À Metz, il y a une grande mode de faire goûter les enfants à l'école le matin euh...bah voilà, il y en a quelques-
50 uns quand les mamans disent non, il a suffisamment petit-déjeuné le matin, il ne prendra pas de goûter, moi je
51 les revois à trois-quatre mois, voilà ça a réglé le problème quand il y a un surpoids pas majeur quoi »
52 A : « Mmm »
53 P1 : « Voilà, des fois il y a quelques petites erreurs, les gens ne savent pas quoi hein, donc on recadre lors de la
54 consultation ça c'est accessible à tous les médecins hein »
55 A : « D'autres choses que vous recommandez aux familles ? »
56 P1 : « Bah de les faire bouger euh...voilà de...principalement de faire attention à l'alimentation, aux quantités,
57 hein il y a beaucoup beaucoup d'enfants de cinq ans qui mangent comme leurs parents donc voilà donc ça on
58 recadre un peu, l'activité physique : les faire sortir, leur faire faire du sport. Bon ici c'est assez facile parce que
59 bon, c'est comme on le disait tout à l'heure un milieu assez aisé. Ils font quand même tous au moins une à deux
60 activités en plus de l'école donc euh voilà »
61 A : « Alors maintenant racontez votre dernière expérience d'inclusion dans le réseau POIPLUME et comment la
62 jugez-vous ? »
63 P1 : « Elle s'est très mal passée (*rire*). Je raconterai celle d'avant. La dernière inclusion, malheureusement c'est
64 une petite fille qui était dans la classe d'une de mes filles et voilà la maman a tout mélangé donc ça se passe
65 très mal voilà »
66 A : « D'accord »
67 P1 : « Mais bon voilà ça c'est tellement anecdotique qu'on ne va même pas en parler euh...celle d'avant...bah
68 j'ai jamais eu de souci aux inclusions moi. Il y a même euh...une assez bonne observance quoi hein d'un point
69 de vue global donc voilà ils ont bien compris que je n'étais pas leur médecin de soins hein, que j'étais juste un
70 petit soutien on va dire un peu logistique pour expliquer euh certaines choses et puis euh coordonner un peu
71 les soins entre la diététicienne, le psychologue, le sport puis voilà. C'est une consultation où on discute
72 beaucoup, où les gens prennent un petit peu de recul avec ce qui s'est passé euh chez la diététicienne donc
73 euh...voilà j'ai pas de euh...bah j'ai rien de particulier. Les consultations POIPLUME sont très très allégées. Au
74 début les dossiers, je ne sais pas si vous avez vu les premiers dossiers han...on s'arrachait les cheveux, fallait...là
75 c'est beaucoup plus léger donc c'est c'est plus facile, il y a moins de paperasserie, c'est plus facile bon on
76 attend la version en ligne, j'espère qu'ils vont s'y mettre »
77 A : « Donc c'est plus facile qu'avant ? »
78 P1 : « Ah oui, c'est plus facile qu'avant, même dans le suivi hein, c'est euh...et puis en plus avant il y avait des
79 questions, on se demandait franchement comment, quelle était la pertinence qu'ils allaient pouvoir y voir
80 quoi »
81 A : « Et vous dites que c'est plus simple dans le suivi... c'est-à-dire ? »
82 P1 : « Ils ont aussi dégrossi les consultations de suivi enfin les fiches, les fiches de synthèse de suivi quoi. Avant
83 on avait tout un tout un...tout un grand grand, toute une grande observation à remplir, là maintenant c'est bien
84 plus simplifié quoi »
85 A : « Mmm »
86 P1 : « Voilà, c'est plus axé sur le sport, sur l'activité physique qu'au début hein voilà »
87 A : « D'accord. Alors combien d'enfants avez-vous inclus dans le réseau POIPLUME et êtes-vous satisfaite de ce
88 nombre ? »
89 P1 : « Combien j'en ai inclus en tout ? »
90 A : « À-peu-près »
91 P1 : « Vingt-cinq »

92 A : « Mmm »

93 P1 : « À peu près je pense, ouais je dirais spontanément vingt/vingt-cinq euh...ce que j'en pense euh...j'pense
94 que j'ai de très bons résultats pour la moitié. J'ai une gamine anorexique donc ça bah je sais pas voilà je sais pas
95 je l'ai perdue de vue ensuite mais bon qui a complètement valsé dans l'excès inverse donc euh voilà et à
96 l'époque il n'y avait pas de...de suivi euh psychologique peut-être que bon...moi j'avais vu quelques failles mais
97 euh j'pensais pas qu'elle allait euh qu'elle allait déborder comme ça et puis après elle a été perdue de vue et
98 puis euh il y en a de toute manière qui sont complètement hermétiques à tout ce qu'on leur dit donc voilà pour
99 euh vous dire...p't-être pas une bonne grosse moitié mais euh il y en a qui se maintiennent mais euh »

100 A : « Et comment ça hermétique ? »

101 P1 : « Bah euh pour lesquels on a beau leur expliquer, leur redonner les règles euh c'est pas respecté,
102 c'est...c'est des gens qu'il faudrait même...pour qui il faudrait un coaching au moins une fois par mois quoi
103 des...pour à chaque fois pouvoir répéter les choses, redire euh donc euh...donc là je sais pas quelle est la
104 solution pour eux. Mais ceux qui se prennent bien au jeu, qui font bien, qui se rendent bien compte qu'ils font
105 des erreurs et qui respectent bien les règles, il y a de très bons résultats : on ramène vraiment les enfants
106 dans...dans la courbe, ils grandissent euh voilà, ils reprennent confiance en eux. Ils vont mieux hein, j'ai
107 quelques jolies courbes hein »

108 A : « D'accord. Donc là on va un petit peu parler des obstacles à l'inclusion donc d'enfants dans le réseau et des
109 facteurs qui favorisent l'inclusion de ces enfants dans le réseau POIPLUME. Donc la première partie de la
110 question c'est : quelles sont les raisons pour lesquelles, d'après vous, certains médecins généralistes incluent
111 peu d'enfants en surpoids ou obèses dans le réseau POIPLUME ? »

112 P1 : « Alors euh j'pense qu'il y a eu une méconnaissance au départ, malgré le travail qui a été fait donc euh
113 voilà, il y en avait des tas qui connaissaient pas, qui savaient pas, c'est vrai que c'est pas trop...oh c'est pas de
114 l'ordre du confidentiel mais bon voilà quoi il faut quand même être dedans pour savoir que ça existe. La
115 deuxième, c'est que vu la charge de travail administratif, moi j'ai plein de collègues qui ne se sont pas
116 intéressés au dossier parce que c'était trop...c'est des consultations qui sont longues hein donc même si elles
117 sont un petit peu plus rémunérées euh voilà. Euh il y a beaucoup de médecins généralistes, sur la ville de Metz
118 et c'est POIPLUME...qui ne font pas de pédiatrie et que ça n'intéresse pas »

119 A : « Mmm »

120 P1 : « Parce qu'il y a une petite gué-guerre euh pédiatrie-médecine générale depuis des décennies donc euh
121 voilà donc ça c'est encore ancré. Il y a quelques jeunes médecins qui font de la pédiatrie mais quelques-uns
122 d'entre eux non. Enfin voilà, ça je pense que ce sont les principaux mais bon il y a en quand même quelques-
123 uns qui sont fair-play et qui envoient quand même au réseau quoi »

124 A : « Et pour les médecins qui sont adhérents justement au réseau euh, comment est-ce que vous pourriez
125 expliquer le fait que eux ont inclus moins d'enfants que d'autres médecins du réseau ? »

126 P1 : « Je ne sais pas. Je n'ai pas d'idées. Moi j'ai quand même beaucoup d'enfants qui me sont adressés par
127 euh...par l'association »

128 A : « D'accord »

129 P1 : « Hein, j'ai pas que mes patients, j'ai quelques-uns de mes patients à qui je propose mais en fait je me
130 rends compte là, ceux que j'ai en tête qu'ils n'ont pas besoin d'adhérer au réseau hein, on a fait euh on a repris
131 quelques règles et donc c'était accessible sans le réseau parce qu'ils faisaient du sport à côté, parce que...et il y
132 n'y a pas eu besoin de consultations diététiques. Il a juste fallu recadrer un petit peu les choses hein et en fait
133 mes patients POIPLUME, j'ai l'impression que j'en ai plein qui ne sont pas mes patients quoi »

134 A : « Mmm »

135 P1 : « Donc qui me sont adressés par la secrétaire du réseau quoi »

136 A : « D'accord »

137 P1 : « Donc c'est peut-être pour ça que...c'est p't-être bien aussi que ça s'appelle médecin traitant qui soit le
138 médecin du réseau aussi je pense, le médecin qui suit pour le réseau, j'trouve que c'est pas plus mal et puis ça
139 évite de déborder les consult quoi parce que moi quand ils ont un rhume, bah tant pis hein »

140 A : « Et quelle est la part de pédiatrie dans votre pratique ? Par rapport au nombre de patients que vous
141 avez ? »

142 P1 : « Bah j'ai le relevé SNIR, je ne sais plus trop, c'était quoi la part de mes consult mais pas la moitié mais
143 quand même presque hein »

144 A : « Et quelle est la formation que vous avez en matière de surpoids et d'obésité de l'enfant ? »

145 P1 : « Bah j'avais fait une capacité de pédiatrie où il y avait tout un module de métabolisme et tout et puis voilà
146 quoi je me suis un peu renseignée moi. On a eu une petite formation initiale euh dans le réseau qui était quand
147 même assez complète »

148 A : « Quand vous dites que vous vous êtes renseignée vous, c'est-à-dire ? »

149 P1 : « Bah je lis tout ce qui se fait un petit peu »

150 A : « D'accord. Et quel temps pouvez-vous consacrer au problème du surpoids de l'enfant au cours d'une
151 consultation pour un autre motif ? »

152 P1 : « Bah ça fait partie de ma consult hein. C'est intégré, je ne peux pas quantifier quoi mais euh quand je vois
153 un enfant : je le pèse, je le mesure, je regarde régulièrement, après c'est des enfants que je suis donc s'il y a
154 une cassure ou ça, je le vois tout de suite donc je ne peux pas dire, je ne peux pas quantifier quoi, ça fait partie
155 comme je vérifie les vaccinations, je vérifie la courbe de poids quoi »

156 A : « D'accord et donc deuxième partie de la question : quels sont d'après vous, les facteurs qui favorisent
157 l'inclusion d'enfants en surpoids dans le réseau POIPLUME ? »

158 P1 : « Les facteurs qui les favorisent... »

159 A : « Oui »

160 P1 : « Le sport alors ça c'est euh...ça c'est énorme, le euh...les consultations diététiques qui sont prises en
161 charge voilà ça c'est les deux euh les deux éléments majeurs »

162 A : « Oui »

163 P1 : « Après euh ressentis par les patients et puis nous c'est un service qu'on leur donne. Après le reste, j'ai
164 l'impression que les patients que je suis, ils ne sont pas trop trop...tout ce qui est euh...les ateliers
165 supplémentaires et tout, je ne sais pas si c'est, si ça leur plaît trop »

166 A : « Mmm »

167 P1 : « Donc euh voilà, qu'est-ce qui favoriserait le réseau...bah moi c'est principalement ça quoi »

168 A : « Et quand vous dites le sport, c'est-à-dire le fait que POIPLUME propose des... »

169 P1 : « Prenne en charge l'activité physique »

170 A : « D'accord. Et vous de votre côté quels sont les facteurs qui pour vous, en tant que médecin, favorisent
171 l'inclusion des enfants dans le réseau ? »

172 P1 : « Bah c'est ça. C'est que ça leur permet d'être intégrés dans une euh...dans une prise en charge un petit
173 peu globale et que...qu'il y ait une reconnaissance, que la diététique soit prise en charge quoi »

174 A : « Et d'après vous, comment parvient-on à motiver les enfants et leur famille ? »

175 P1 : « Ah les enfants, c'est dur de les motiver, les petits. On arrive à motiver les jeunes ados mais il faut faire
176 très attention et moi encore plus parce que j'ai une gamine qui est dans le sens inverse et le but c'est de les
177 prendre le plus précocement possible donc les gamins ne se rendent pas trop compte et après il faut motiver
178 les familles parce qu'il y a des familles pour qui c'est une catastrophe hein d'avoir une enfant obèse (*répond au
179 téléphone qui sonne*) »

180 P1 : « Euh oui qu'est-ce que je disais ? »

181 A : « On parlait de la motivation »

182 P1 : « Oui de motiver les enfants voilà euh après j'ai eu l'impression d'avoir des petites gamines de dix/onze
183 ans très motivées et puis en fait je me suis rendu compte qu'en les suivant, qu'elles ne le sont pas du tout
184 parce que bon on voit qu'il n'y a aucune baisse : elles grandissent, elles prennent du poids, c'est pas logique du
185 tout euh ouais les parents sont souvent très motivés quoi surtout ici dans le coin où bon c'est quand même un
186 milieu, on va dire euh social un petit peu plus élevé donc euh les problèmes médicaux sont au premier plan,
187 voilà c'est pas...mais euh après c'est les parents à motiver quoi, les gamins euh quand ils sont coachés : on leur
188 dit tu manges pas ça, ils font ce qu'on leur dit quoi »

189 A : « Et comment motiver les parents justement ? »

190 P1 : « Bah comment motiver les parents, c'est euh bah leur parler un peu des problèmes de santé que peut
191 avoir l'enfant et puis pareil je montre la courbe quoi, je montre l'évolution et puis moi sur ma courbe c'est écrit

192 dessus hein : obésité, je dis : regardez votre enfant : c'est écrit quoi c'est voilà c'est tant pis, il faut faire
193 quelque chose parce que là ça va elle est un petit peu ou il est un petit peu rond mais après ça va être difficile,
194 le sport euh donc voilà c'est ça mais moi j'ai m'impression qu'ils sont quand même pas mal observants. Mais
195 bon, il y a des perdus de vue mais bon voilà »
196 A : OK, très bien. Vous avez d'autres choses à rajouter »
197 P1 : « Non »
198 A : « OK merci d'avoir participé à cet entretien »

TRANSCRIPTION DU 2ème ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ (P2) :

Participant (P2) : médecin généraliste femme, âgée de 42 ans, activité de ville à Metz, en cabinet de groupe, patientèle mixte.

Animateur (A)

Durée de l'enregistrement : 20'

- 1 A : « Pourquoi avez-vous adhéré au réseau POIPLUME ? »
- 2 P2 : « Euh parce que je fais pas mal de pédiatrie et que euh le poids euh...ça me préoccupe particulièrement
- 3 chez les enfants et pas que chez les enfants mais bon »
- 4 A : « D'une manière générale »
- 5 P2 : « Oui »
- 6 A : « D'accord. Comment avez-vous été sensibilisée au problème du surpoids de l'enfant ? »
- 7 P2 : « Avant POIPLUME ? »
- 8 A : « Par le biais de POIPLUME ? »
- 9 P2 : « Euh au tout début par courrier »
- 10 A : « D'accord d'accord »
- 11 P2 : « Auparavant moi j'étais passée en diabéto-nutrition à Toul à l'époque »
- 12 A : « D'accord »
- 13 P2 : « Donc l'obésologie euh voilà j'en avais fait un petit peu pas chez l'enfant et euh...et c'est vrai c'était un
- 14 petit peu euh...c'est des sujets de prédilection quoi donc là c'était un réseau proposé qui était intéressant »
- 15 A : « Et comment avez-vous été amenée à adhérer au réseau POIPLUME ? »
- 16 P2 : « Oh bah j'ai appelé euh la secrétaire et puis euh bah au début il y avait des réunions et j'ai dû faire partie
- 17 des premières réunions »
- 18 A : « D'accord OK et quels
- 19 sont vos objectifs en adhérant à ce réseau ? »
- 20 P2 : « Bah d'aider les jeunes patients »
- 21 A : « Mmm d'accord »
- 22 P2 : « C'est pas d'augmenter la clientèle. Ça peut être un objectif mais là non »
- 23 A : « Ok. Quelle est la définition de l'enfant en surpoids ? »
- 24 P2 : « L'enfant en surpoids c'est par rapport à son IMC et euh par rapport à son rebond donc on regarde les
- 25 deux et euh...on propose ou pas une prise en charge »
- 26 A : « Mmm d'accord »
- 27 P2 : « Donc en général si il y a un enfant en surpoids ou euh enfin en obésité de type 1 ou de type 2 moi je euh
- 28 j'informe les parents et on se revoit quelques mois plus tard en expliquant ce qu'est une alimentation
- 29 équilibrée et si ça va pas, là je propose sérieusement POIPLUME »
- 30 A : « D'accord, donc pas forcément d'entrée de jeu »
- 31 P2 : « Non non, il faut qu'ils digèrent un peu hein »
- 32 A : « Mmm d'accord. Comment abordez-vous le problème du surpoids avec l'enfant et avec ses parents ? »
- 33 P2 : « Comment j'aborde ? »
- 34 A : « Mmm »
- 35 P2 : « Bah euh systématiquement lors d'un examen clinique y'a euh poids, taille et même s'il est normal je
- 36 montre en général où il se trouve (*me montre les courbes de poids/taille et IMC du PNNS*) euh et donc si euh il
- 37 était précédemment normal et qu'on commence à avoir un IMC qui monte je dis de faire attention et si on est
- 38 déjà en obésité bah je leur montre et euh ça schématise bien quand même pour voir la corpulence »
- 39 A : « Mmm et quelles sont les informations que vous donnez à la famille à ce moment-là ? »
- 40 P2 : « À ce moment-là j'utilise euh toujours le programme national et je montre ce qu'est une alimentation
- 41 équilibrée (*me montre au mur deux affiches d'information sur l'alimentation du PNNS*). J'essaie de voir au-
- 42 niveau de l'activité physique et euh au-niveau des activités sédentaires où ils en sont »

43 A : « D'accord »
44 P2 : « Et toujours mettre en balance écran et sorties : le temps passé devant un écran et l'équivalent passé euh
45 à bouger »
46 A : « Et donc ça c'est la conduite-à-tenir que vous préconisez du coup. Il y a d'autres choses que vous dites aux
47 familles ? »
48 P2 : « En dehors de...avant de les inclure dans POIPLUME ? »
49 A : « Mmm »
50 P2 : « Euh non : l'IMC. On revoit l'alimentation. Qu'est-ce qu'une alimentation équilibrée. Est-ce qu'il y a des
51 choses qui pêchent ? De toute façon ça va vite hein. Et au-niveau activité euh : est-ce qu'ils sortent ? Est-ce
52 qu'ils font du sport ? Euh combien de temps est-ce qu'ils passent devant l'écran ? Ça ça prend 5 minutes tout
53 compris hein »
54 A : « Et quelles sont les informations que vous donnez sur le réseau POIPLUME quand vous avez décidé
55 d'inclure l'enfant ? »
56 P2 : « Alors avant inclusion je leur dis que ça existe et lors de l'inclusion je leur propose euh...la petite fiche (*me*
57 *montre les fiches d'information du réseau POIPLUME pour les patients, dans un présentoir, sur le bureau*) euh et
58 ils peuvent appeler le secrétariat pour de plus amples renseignements. Je leur explique que c'est un réseau qui
59 réunit médecins, psychologues, nutritionnistes enfin pas nutritionnistes, pardon diététiciennes et sport et que
60 c'est financé parce que souvent ça leur fait un petit peu peur : diététiciens et prise en charge financière euh »
61 A : « D'accord. Racontez votre dernière expérience d'inclusion dans le réseau POIPLUME et comment la jugez-
62 vous ? »
63 P2 : « Alors euh la toute dernière inclusion : Jérémie, il va avoir 13 ans euh...c'est un peu compliqué lui euh...il a
64 des parent séparés et un papa qui présente une obésité morbide, qui a eu un...son papa il a quel âge ? il a 40
65 ans euh...qui a déjà eu un anneau mais qui est en échec...un anneau je ne sais pas qui est-ce qui lui avait fait.
66 Moi j'étais pas son médecin traitant à l'époque euh la maman euh...a un caractère un peu spécial (*rires*) euh et
67 en gros donc elle a besoin d'aide et en gros pour elle, elle fait tout bien et le papa, il fait tout mal et euh donc
68 bah euh et Jérémie il est au milieu et il ne sait pas trop comment appréhender et l'un et l'autre. Maintenant il
69 est interne donc tout ça c'est un petit peu compliqué et il est en obésité »
70 A : « Et il y a une amélioration depuis le départ ou euh... »
71 P2 : « Ah bah là je ne l'ai pas vu, l'inclusion elle est assez récente »
72 A : « D'accord, OK. Combien d'enfants avez-vous inclus dans le réseau POIPLUME ? À peu près ? »
73 P2 : « D'inclusions hein ? (*ouvre un tiroir et compte le nombre de dossiers POIPLUME*) : 22 »
74 A : « 22, d'accord. Vous êtes satisfaite de ce nombre ? »
75 P2 : « Euh il n'y a pas d'objectif de nombre euh...le but c'est d'aider les gens, l'objectif c'est pas d'en avoir 10 ou
76 d'en avoir 50 donc euh je propose et j'insiste pas. S'ils ne veulent pas, s'ils refusent, je ne les force pas. Ils sont
77 libres de... »
78 A : « D'accord. Donc nous allons maintenant parler des obstacles à l'inclusion et des facteurs qui favorisent
79 l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME. Quelles sont les raisons pour lesquelles, d'après vous certains
80 médecins généralistes incluent peu d'enfants obèses ou en surpoids dans le réseau POIPLUME ? »
81 P2 : « J'en sais rien »
82 A : « Des médecins adhérents au réseau »
83 P2 : « Ah bah je ne sais pas, ce n'est pas à moi d'analyser... »
84 A : « Oui mais c'est... »
85 P2 : « Bah peut-être parce qu'ils ne voient pas beaucoup d'enfants, parce qu'ils ne prennent...j'ai dit que ça ne
86 prenait pas de temps, j'ai dit 5 minutes donc c'est euh...lors d'une consult où c'est blindé c'est quand même
87 euh...bon après moi je considère qu'il faut les prendre ces 5 minutes mais euh quelles sont leurs...j'en sais
88 rien »
89 A : « D'accord, bah déjà la notion de temps »
90 P2 : « Après euh c'est vrai que parler d'obésité c'est euh...on a l'impression qu'on juge les gens et c'est une
91 définition médicale donc il faut remettre les choses à leur place en disant voilà c'est un IMC c'est pas euh...je ne

92 suis pas en train de vous dire que euh...votre enfant est trop gros ou euh pas assez euh...il y a des chiffres et on
93 se base sur euh...c'est scientifique quoi »

94 A : « Mmm »

95 P2 : « C'est pas euh...il y a le côté esthétique qui peut intervenir et c'est pas là-dessus qu'on se...enfin je ne sais
96 pas si je m'exprime bien »

97 A : « Oui oui mais je vois ce que vous voulez dire. On n'est pas en train de juger l'aspect physique de l'enfant
98 mais... »

99 P2 : « Oui il y a déjà des soucis de ce côté-là et il le vit mal et euh... »

100 A : « D'accord. Quelle est la part de la pédiatrie dans votre pratique à peu près ? »

101 P2 : « J'ai mes derniers chiffres (cherche le document : relevé SNIR). Alors euh...majoration nourrissons je suis à
102 300, majoration d'enfants de 6 ans 307, je suis à peu près à un peu plus du double que les généralistes euh
103 après euh au-niveau des moins de 16 ans je suis à 27% »

104 A : « Donc la pédiatrie c'est...par rapport à votre pourcentage de... »

105 P2 : « Bah 27% »

106 A : « Donc 27% des moins de 16 ans ah d'accord OK »

107 P2 : « Ouais »

108 A : « OK »

109 P2 : « Et quand je regarde les autres chiffres, oui ils sont quand même à 20% alors que les tout-petits j'en fait
110 plus du double »

111 A : « D'accord OK, très bien »

112 P2 : « C'est pas du pif vous avez de la chance (*rires*) »

113 A : « Quelle formation avez-vous en matière de surpoids et d'obésité chez l'enfant ? »

114 P2 : « Aucune, alors aucune dans le sens où je suis passée en pédiatrie 6 mois donc euh donc c'est pas
115 spécialement d'obésité euh et après je suis passée en diabéto-nutrition et là c'était une vraie formation même
116 s'il n'y a pas de diplôme validant euh ouais quand même »

117 A : « D'accord »

118 P2 : « Et surtout je suis anti-régime donc euh...à aucun moment on parle de régime ici et pour les adultes
119 euh...pas de régime, pas de complément alimentaire, pas de choses comme ça »

120 A : « Mmm »

121 P2 : « Et puis après il y a eu la formation POIPLUME mais pareil ce ne sont pas des formations validantes »

122 A : « C'est des réunions de formation... »

123 P2 : « J'avais envisagé de faire le DU de nutrition mais c'était un petit peu trop lourd »

124 A : « D'accord et quels sont, d'après-vous, les facteurs qui favorisent l'inclusion d'enfants dans le réseau
125 POIPLUME ? »

126 P2 : « Ah bah c'est d'être leur médecin traitant alors clairement euh...il y en a eu un où j'étais pas le médecin
127 traitant, je crois que c'était POIPLUME qui leur avait dit de venir euh...et on n'a pas terminé le...il a dû venir 4
128 fois et c'était une situation compliquée donc j'ai...mais d'être leur médecin traitant oui... »

129 A : « Ça aide »

130 P2 : « Oui énormément. Ouais, on les connaît euh si on les voit en dehors de POIPLUME on contrôle toujours un
131 peu le poids, la taille sans insister mais euh...parce qu'il y a des moments il faut relâcher un petit peu la
132 pression faut euh...si on leur met toujours la pression euh ils ont l'impression qu'on est obnubilé par leur poids
133 et qu'il y a que ça qui compte hein. Non c'est leur santé globalement c'est leur santé et c'est pas le poids. Hein
134 ça c'est important et qu'on les aide pas pour avoir un objectif euh arriver à tant de kilos, tant de centimètres,
135 non c'est pour leur santé »

136 A : « D'accord »

137 P2 : « Donc ça je pense qu'une prise en charge globale et pas seulement POIPLUME ouais...et puis on soigne
138 aussi les parents, on soigne toute la famille quoi, on est des médecins de famille »

139 A : « Et la motivation des enfants et des parents, pour la prise en charge du surpoids, ça se passe comment ? »

140 P2 : « Oh bah quand on leur demande la première fois dans le questionnaire euh leurs motivations, les parents
141 ils sont en général au taquet (rires), les enfants un petit peu moins et des fois j'attends que l'enfant soit
142 d'accord, s'il n'est pas d'accord on sera en échec, ce n'est pas la peine »
143 A : « Mmm »
144 P2 : « Donc les motivations euh...quand on connaît les parents c'est quand même plus simple hein quand on
145 soigne les parents »
146 A : « Mmm »
147 P2 : « Le dernier inclus tout à l'heure j'ai dit c'est une situation difficile, le papa il...je connais le papa et je
148 connais la maman enfin on a une vision peut-être plus globale »
149 A : « Et vous avez déjà rencontré des soucis d'enfants euh...quand à la bonne observance de la prise en charge
150 ou... »
151 P2 : « Bah moi par exemple j'ai des patients qui sont suivis en pédiatrie et qui ont vu d'autres pédiatres dans le
152 réseau POIPLUME qui ne veulent plus les voir. Je ne sais pas s'il faut le dire dans la thèse »
153 A : « Ah bah vous pouvez »
154 P2 : « Je ne cite pas de noms...c'est anonyme ? (rires) »
155 A : « Oui oui »
156 P2 : « Oui donc ils ne veulent plus les voir parce qu'ils étaient trop obnubilés par le poids euh...et il n'y avait que
157 ça. C'était plus leur santé, c'était euh...bah ça ça va pas, ils n'étaient pas valorisés, ils étaient que dévalorisés
158 enfin c'était leur ressenti, je ne dis pas que c'était comme ça mais c'était eux leur ressenti derrière »
159 A : « Mmm. Donc d'autre choses qui d'après-vous, favorisent l'inclusion d'enfants par le médecin
160 généraliste ? »
161 P2 : « L'implication des médecins évidemment ouais. Bah je ne sais pas apparemment à un moment j'étais une
162 des plus impliquée dans le réseau euh...je ne sais pas si c'est...mais c'est pas le but hein euh si on ne se trouve
163 pas impliqué...Après euh l'inclusion ça prend du temps. Moi je suis en consultation libre. Il y a un tout petit peu
164 de rendez-vous donc à POIPLUME, l'inclusion ça prend une heure, là c'est chronophage pour le coup donc
165 euh...après ça dépend de l'organisation de chacun mais euh ouais c'est chronophage et c'est pas...on ne
166 cherche pas une rentabilité, c'est-à-dire que pendant une heure on passerait 4 consultations, là on passe une
167 consultation plus le euh...plus les 30 euros de la première consult, c'est...en terme de rentabilité ça l'est pas.
168 Mais c'est pas...enfin moi je ne le fais pas dans un but de rentabilité hein. Alors est-ce que ça...après si on le fait
169 sérieusement ça mange 1 heure mais en connaissant les patients alors quand on ne les connaît pas...et souvent
170 la courbe d'IMC je ne la fais pas, je la fais après à la maison. Ça dépend si le carnet est bien rempli euh...mais s'il
171 faut tout faire, s'il faut faire tous les IMC, je le fais après »
172 A : « Mmm »
173 P2 : « Donc je crois que c'est une question de motivation médicale, d'organisation parce qu'il faut les caser.
174 C'est pas lors d'une consult classique...on va pas bloquer une heure avec 15 personnes derrière. Les parents
175 euh en général, ils sont d'accord pour qu'on les aide mais sans les juger. C'est le...c'est vraiment les aider euh
176 pour leur santé et les enfants, les enfants, ça marche mieux j'ai l'impression chez les plus grands. Les petits, ils
177 suivent, ils jouent, ils sont...mais quand on leur demande mais qu'est-ce que tu as mangé ? Les mamans, elles
178 répondent de toute façon »
179 A : « D'accord »
180 P2 : « Souvent il faut freiner les mamans pour qu'elles ne répondent pas »
181 A : « Ok, il y a d'autres choses que vous voulez rajouter ? »
182 P2 : « Que je n'assiste pas aux réunions parce que souvent c'est le mardi et que ça tombe mal et que je fais
183 partie d'une autre FMC euh...et que les réunions purement administratives euh ça ne me concerne pas, le
184 fonctionnement du...enfin voilà moi...je profite du réseau parce que c'est intéressant, le mode de
185 fonctionnement...et là ça devient obscur avec tous les autres réseaux qui se greffent dessus. C'est peut-être
186 dommage ça. Avant c'était clair »
187 A : « OK »
188 P2 : « Bon ça c'est la petite... »
189 A : « Bah écoutez je pense que c'est bien »

190 P2 : « J'espère que j'aurai été utile »

191 A : « Oui oui, merci beaucoup d'avoir participé »

TRANSCRIPTION DU FOCUS GROUPE A :

6 participants :

A1 : médecin généraliste homme, âgé de 52 ans, activité semi-rurale, à Metz dans une maison médicale

A2 : médecin généraliste femme, âgée de 48 ans, activité de ville, à Metz, en cabinet de groupe

A3 : médecin généraliste, femme, âgée de 40 ans, activité de ville, à Metz, en cabinet de groupe

A4 : médecin généraliste, femme, âgée de 57 ans, activité de ville, à Metz, en cabinet individuel

A5 : médecin généraliste femme, âgée de 41 ans, activité de ville, à Metz, en ? (est arrivée en retard, ce qui explique le manque d'informations)

A6 : médecin généraliste femme, âgée de 50 ans, activité de ville, à Metz, en maison médicale

M : animateur

O : observateur

Durée d'enregistrement : 1h31

- 1 M : « Première question : pourquoi avez-vous adhéré au réseau POIPLUME? »
- 2 A1 : « C'est une très bonne question »
- 3 A6 : « Moi je sais pourquoi : parce que j'avais été à un séminaire sur l'obésité de l'enfant au cours duquel on
- 4 avait rencontré des personnes qui faisaient partie du réseau POIPLUME. J'avais été bien intéressée et donc
- 5 après j'avais adhéré à ce groupe-là et ça nous avait bien expliqué ça »
- 6 A3 : « A Saint-Avold, non? C'était pas par là? »
- 7 A6 : « Je ne me rappelle plus, ça fait longtemps »
- 8 A3 : « Ça fait longtemps, moi aussi c'était pareil »
- 9 A6 : « Je ne crois pas que c'était à Saint-Avold. Je suis rarement allée à un séminaire à Saint-Avold mais c'était
- 10 un truc sur l'obésité de l'enfant et il y avait le réseau POIPLUME qui intervenait. Je crois que c'était à Metz.
- 11 Donc à la suite de ça, on avait les adresses et puis j'ai adhéré et puis voilà »
- 12 A4 : « Moi je ne me souviens plus comment j'ai fait pour adhérer à ce réseau. Bon, moi j'ai beaucoup d'enfants
- 13 dans ma clientèle. Donc c'était un de mes problèmes ça c'est sûr, euh...par contre euh... je crois qu'on avait dû
- 14 avoir un courrier qui nous annonçait que ça devait exister et d'informations et tout le monde pouvait y aller. Je
- 15 pense que j'ai fait cette information pour savoir en quoi ça consistait, ce que ça nous demandait euh...parce
- 16 que bon, étant généraliste, euh...on a tellement d'options et euh...bon c'est vrai que moi j'avais adhéré après
- 17 parce que...en me disant que ça pourrait me servir dans ma pratique courante. Je pense que c'était ça »
- 18 A2 : « Moi je ne me souviens plus très bien non plus, à dire vrai. Bon c'est sûr que j'étais intéressé parce que
- 19 euh... j'ai plusieurs petits patients qui pouvaient tout à fait, rentrer dans le réseau, mais alors comment j'en
- 20 avais eu connaissance, je n'en sais plus rien »
- 21 A1 : « Je crois que c'est à la suite d'un courrier aussi »
- 22 A4 : « C'est peut-être un courrier, ils avaient fait un courrier, je crois que c'était rue Saint Bernard
- 23 A6 : « Avant il y avait un réseau qui n'était pas à Metz. Moi je crois qu'à la réunion il y avait un réseau qui
- 24 n'était pas à Metz et qui nous annonçait qu'il allait y avoir un réseau sur Metz. Je me demande si c'était pas à
- 25 Saint-Avold qu'ils avaient commencé comme tu dis (à A3), ou quelque chose comme ça »
- 26 A4 : « Vous avez l'année de départ de ce réseau ? »
- 27 A6 : « Ils ne nous diront rien »
- 28 A4 : « Non »
- 29 (Rires)
- 30 A1 : « Ça doit faire quatre/cinq ans »
- 31 A4 : « Ça doit faire cinq ans au moins, cinq/six ans moi je dirais »

32 M : « D'accord, c'est vrai que le but est de savoir pourquoi vous avez adhéré plutôt que comment vous l'avez
33 connu, on ne va pas rentrer dans le côté marketing. D'accord, OK bon bah voilà...vous avez éventuellement des
34 choses à ajouter sur ce point-là, sur pourquoi vous avez adhéré au réseau POIPLUME ? »
35 A1 : « Parce que ... parce qu'il y a rien d'autre finalement »
36 M : « D'accord »
37 A1 : « Le problème qui se présente, on était assez euh...on est toujours assez démuni par rapport à ce
38 problème-là »
39 M : « D'accord »
40 A1 : « Parler de diététique aux enfants, c'est pas évident quoi »
41 A2 : « Puis sans compter que les consultations sont gratuites...euh...pour la famille : consultations chez la
42 diététicienne, euh la possibilité, dans tous les cas ils sont davantage motivés pour s'inscrire dans un club, en
43 leur expliquant comme quoi plusieurs fois, qu'il n'y a pas que nous médecins généralistes, et aussi il y a
44 plusieurs intervenants, donc c'est...ça ça nous aide un petit peu »
45 M : « D'accord . Donc alors euh...suite...quelle est selon vous la définition de l'enfant en surpoids ? »
46 A4 : «Alors euh...on va dire tout enfant qui dépasse la courbe euh...de deux déviations standards en moyenne »
47 A6 : « Ouais »
48 A3 : « Quatre-vingt dix-septième percentile, je pense »
49 A6 : « Ouais je crois que c'est ça »
50 A2 : « Ou bien un rebond d'euh...un rebond d'euh... »
51 A4 : « De poids »
52 A2 : « Non, d'IMC »
53 A4 : « A un certain âge »
54 A2 : « Avant cinq ans »
55 A6 : « À deux ans »
56 A1 : « Pour moi c'est entre deux et six ans, quand la courbe d'IMC, au lieu de s'effondrer a tendance à stagner
57 ou en tous cas à ne pas descendre suffisamment...et je me base surtout sur cette courbe-là avec les patients
58 pour dire qu'il y a un problème »
59 A4 : « Et puis je pense aussi, les enfants entre zéro et deux ans, on les voit souvent avec toutes les visites
60 euh...obligatoires ou semi-obligatoires. Jusqu'à deux ans les suivis sont à peu près bien faits. Et puis on doit les
61 revoir tous les mois, ou les deux mois, enfin chacun ses habitudes. Donc vous donnez des conseils diététiques.
62 Vous les suivez, donc dès que ça dépasse ou dans l'autre sens de la courbe, on peut rééquilibrer, je veux dire.
63 Et après c'est des enfants que vous voyez, bon on va dire...une fois tous les six mois. Quand ils sont malades on
64 n'a pas le temps de s'occuper de leur poids, donc c'est pas le but...donc vraiment quand il y a une cassure de
65 courbe, là on s'en rend compte. Des enfants qu'on voit pas tout le temps, quelquefois c'est un peu chaud
66 quand même. Donc je pense qu'à partir de deux ans, ça doit être effectivement ... »
67 M : « Ouais, d'accord c'est plus difficile euh... »
68 A4 : « Bah, c'est plus difficile à appréhender, parce que souvent on ne les voit pas du tout pour ça, c'est pas le
69 but premier de la consultation »
70 A6 : « Parfois quand ils arrivent ça se voit à vue de nez même, pas sur la courbe quoi »
71 A4 : « Oui, tout à fait, c'est sûr, mais souvent les parents ne les amènent pas du tout pour ça, pour tout à fait
72 autre chose et il faut essayer d'accrocher vraiment... »
73 A6 : « Non, mais la courbe nous sert à mettre le doigt dessus quoi »
74 M : « D'accord, et euh...donc la définition de l'enfant en surpoids, pour en revenir à la question, c'est selon
75 vous par rapport à l'IMC »
76 A3 : «A l'IMC »
77 M : «D'accord»
78 A3 : « Oui c'est pas par rapport au poids »
79 M : « Euh...question suivante, qui rejoint la question précédente, euh...comment dépistez-vous le surpoids de
80 l'enfant ? »
81 A2 : « Poids, taille, IMC »

82 A6 : « Ouais, poids, taille, IMC »
83 M : « Oui, bon parce que la question précédente c'était quelle est la définition de l'enfant en surpoids, donc on
84 a déjà un peu anticipé sur la question suivante. Donc comment définissez-vous l'enfant en surpoids, c'est par
85 rapport à l'IMC. Alors suivant : comment abordez-vous le problème du surpoids avec l'enfant et avec ses
86 parents ? »
87 A3 : « Ça c'est le gros problème »
88 A4 : « C'est difficile »
89 A6 : « Ça peut être les parents qui nous posent des questions : est-ce que vous trouvez qu'il est en surpoids. Ça
90 peut être nous qui euh...bah justement on les pèse et on les mesure, hop IMC. Ah bah tiens vous voyez là, il
91 dépasse un peu de la courbe. Qu'est-ce que ça veut dire ? Ça veut dire que son poids est un peu trop élevé par
92 rapport à sa taille. Donc on peut commencer comme ça. Après quand l'enfant est plus grand ça peut-être
93 l'enfant aussi qui en parle... »
94 A4 : « Par rapport aux copains »
95 A6 : « Ouais »
96 A4 : « Enfin, moi je profite beaucoup des certificats de sport de début d'année, euh...parce que quand ils
97 viennent chercher leur certificat, en général en septembre, à la rentrée des classes, vous les pesez, vous les
98 mesurez et tout de suite, bah c'est l'occasion d'en parler. Je trouve que c'est très pratique, parce que c'est une
99 consultation qui est facile pour nous, qui n'est pas trop longue, et ça permet de dévier sur ce genre de choses »
100 M : « D'accord, OK »
101 A4 : « Je sais que je profite pas mal de ça parce que sinon c'est vrai que c'est pas évident en cours d'année,
102 euh... »
103 A2 : « Ceci dit, moi je ne suis pas persuadée que ce soient les enfants obèses qui font le plus souvent du sport,
104 euh...»
105 A6 : « Bah non ! »
106 A4 : « C'est sûr, mais c'est comme ça qu'on peut en détecter et nous on leur dit »
107 A2 : « Oui, certains mais pas tous »
108 A2 : « Ouais »
109 A1 : « De toutes les façons c'est une situation gênante, parce que vraiment quand à l'évidence il est en
110 surpoids, moi je vois souvent qu'ils en parlent...les enfants n'en parlent pas, ça c'est systématique...et euh...la
111 mère moi j'ai rarement vu qu'elle en parlait, quoi »
112 A4 : « Bah souvent, elle culpabilise »
113 A4 et A1 ensemble : « Ils culpabilisent les parents »
114 A1 : « Donc on est sur des œufs quoi pour résumer le problème, sans avoir l'impression de vexer qui que ce
115 soit »
116 A6 : « Ils sont tous dans le même cas, hein, dans la famille »
117 A3 : « Voilà, ils nous arrêtent souvent à dire mais Docteur, on est tous comme ça dans la famille, tous
118 costauds! »
119 A3 : « On nous coupe de cours...et après derrière, oui mais...euh voilà c'est difficile »
120 M : « Oui, oui, d'accord, c'est difficile »
121 A3 : « C'est difficile...surtout si ils ne sont pas venus pour parler de ça justement »
122 M : « Oui, parce que en général ils ne viennent pas pour parler de ça... »
123 A3 et A4 : « Non c'est rare »
124 M : « En général c'est pour autre chose. C'est pour un certificat médical, une autre consultation... »
125 A3 : « En clair les parents qui viennent exprès avec leurs enfants pour dire Docteur pesez mon enfant et... »
126 A6 : « Ouais c'est rare »
127 A3 : « ...parce que je pense qu'il a un problème de poids, ça ne m'est jamais arrivé. »
128 A1 : « Moi non plus »
129 A3 : « Voilà donc euh... »
130 A6 : « Mais par contre une fois que tu as mis le doigt sur un IMC qui est trop élevé, tu peux dire bon bah avant
131 de commencer quoi que ce soit, euh on va pas tout de suite les mettre chez POIPLUME... »

132 A3 : « Bien sûr »

133 A6 : « Bah revenez tous les trois mois, on va le peser et le mesurer, puis au bout de six mois, neuf mois, tu vois

134 comment va la courbe, et puis là euh... ils ont commencé aussi un peu à intégrer le truc, et...ça aide »

135 A3 : « On est obligé de les revoir ça c'est clair, on peut pas mettre tout en place comme ça... »

136 A4 : « À la première consultation »

137 A3 : « On sait que ça va être le problème de dates de plusieurs mois, voire années. Et c'est la problématique, de

138 les faire revenir pour ne parler que de ça »

139 M : « Oui pour parler uniquement de ça »

140 A3 : « Du coup beaucoup ne reviennent plus »

141 A1 : « Il faut qu'ils reviennent, c'est ça»

142 A2 : « Oui, il faut qu'ils reviennent »

143 A3 : « Et c'est toujours à la fin de la consultation, alors vous vous souvenez, la dernière fois, on a parlé de ce

144 problème-là, voilà, on est obligé même de dire presque ce petit problème parce que ils en ont peur, donc

145 euh...on a l'impression que c'est toujours à la fin de la consultation que revient ce problème d'IMC, où on veut

146 à peine aborder le problème »

147 M : « D'accord OK, et dans ce cas-là, quelles informations vous pouvez donner à la famille pour les inviter à

148 revenir ou pour les euh... »

149 A2 : « Moi, il y a une famille, où en fait la maman est diabétique, la fille aînée a bénéficié de POIPLUME et la

150 petite qui a un an et demi, elle est en train de...de dépasser, euh (geste de la main vers le haut) donc euh...la

151 maman est pourtant déjà concernée mais elle n'arrive pas à perdre du poids, la fille aînée, elle est sortie de

152 POIPLUME et elle a tout de suite repris du poids. Donc euh...j'ai téléphoné à POIPLUME, ils ont accepté de

153 reprendre quelques séances chez la diététicienne et chez euh...la psychologue. Et euh...la petite elle a pas

154 encore l'âge mais j'ai revu l'alimentation avec la maman. Donc elle, elle était déjà sensibilisée mais la petite, il y

155 a...c'est pire que la fille aînée »

156 M : « D'accord »

157 A2 : « Le sujet était déjà là mais la maman ne m'en parlait pas, c'est moi qui est... »

158 M : « Oui, c'est vous qui euh...insistiez sur le sujet, d'accord »

159 A2 : « Mmm »

160 M : « Quelle conduite à tenir préconiserez-vous, euh...pour des enfants que vous avez en consultation, des

161 enfants qui sont en surpoids, des conseils ou une conduite à tenir particulière ? »

162 A2 : « Il faut s'adresser à l'enfant aussi je pense »

163 M : « Oui, oui bien sûr, oui oui oui, c'est...voilà c'est... »

164 A2 : « Même si on parle beaucoup avec les parents, il faut avoir son point de vue, quoi »

165 M : « Oui, voilà c'est comment abordez-vous le problème avec l'enfant mais aussi avec ses parents ? Quelle

166 conduite à tenir préconiserez-vous ?»

167 A4 : « Bah moi je me fie à un principe de POIPLUME que je retiens et que je trouve pas mal, c'est de dire aux

168 parents qu'on veut pas faire maigrir les enfants, parce que le mot maigrir ça veut dire contraintes, régimes, euh

169 et tout ce qui s'en suit. Un enfant, un régime ça pose toujours des problèmes. C'est de leur dire, bah on va

170 continuer de surveiller la croissance. Il va continuer à grandir. Mais il ne faudrait pas qu'il reprenne du poids,

171 euh par exemple à partir de maintenant ou très peu. Et euh si vous ne dites pas le mot régime ou le mot

172 maigrir ou faire fondre je trouve que ça passe beaucoup mieux »

173 A2 et A6 : « Oui oui »

174 A4 : « Parce que une personne adulte qui vient vous voir pour maigrir, c'est différent alors euh elle sait qu'on

175 va la mettre au régime, l'astreindre à ceci mais un enfant c'est très dé...enfin après c'est le rôle des

176 diététiciennes d'expliquer ce qui peut changer etc...mais au départ faire perdre du poids pour eux c'est

177 toujours euh...une contrainte énorme donc euh... »

178 A2 : « C'est vrai que je ne leur dis pas qu'il faut qu'ils perdent du poids, parce que l'enfant je dirais la même

179 chose.. »

180 A4 : « Bah en plus il grandit donc il va pas, il va pas raccourcir, euh ni (*rires*) ni maigrir. Je leur dis toujours c'est
181 pas un amaigrissement. C'est vraiment un suivi pour qu'ils prennent pas trop...le moins de poids possible et le
182 plus de centimètres » (*rires*)
183 A2 : « Et puis je parle aussi pas vraiment de régime mais je dis plutôt on va éliminer les erreurs, voilà »
184 M : « D'accord, OK »
185 A2 : « On élimine les erreurs alimentaires. On va essayer d'éliminer les erreurs alimentaires pour justement
186 améliorer les choses : améliorer l'alimentation, améliorer l'activité physique »
187 M : « Donc c'est essentiel du conseil diététique, euh bon l'activité sportive éventuellement, vous conseillez
188 l'activité sportive ? »
189 A1 : « Arrêter le Coca®, les BN® »
190 A6 : « Dépister les erreurs »
191 A2 : « Dépister les erreurs oui »
192 M : « Dépister les erreurs »
193 A6 : « Maintenant bon souvent c'est toute une famille qui bouffe des pizzas et du Coca® »
194 A1 : « C'est souvent en libre service dans le frigidaire »
195 A6 : « Alors bon euh voilà, t'as du mal à dire à un toi tu bois plus de Coca®, alors que le père et la mère ils s'en
196 tapent 3 litres tous les jours »
197 A2 : « Alors oui, il y avait eu aussi un petit patient qui allait bien et qui commençait à nouveau à prendre du
198 poids. En fait c'était à la rentrée scolaire, il a repris du poids parce que la dame de la cantine scolaire avait
199 changé, et euh...elle savait pas qu'il fallait faire attention aux quantités. Elle était ravie parce que enfin un
200 enfant qui mange bien »
201 A3 : « (*Rires*) Surtout à la cantine »
202 A2 : « Qui vient chercher du rab voilà. Donc euh quand on s'est rendu compte de ça, au bout d'un mois ou
203 deux, euh avec la maman, euh et que je lui ai reposé des questions, la maman est retournée à la cantine
204 scolaire pour parler avec l'assistante enfin avec celle qui est là à la cantine »
205 A4 : « Quelquefois ça ne se joue quand même pas à grand-chose »
206 A2 : « Bah oui, alors le gamin lui il était content : j'ai de nouveau le droit ! »
207 (*A2 et A3 : Rires*)
208 A4 : « Effectivement, moi je me dis toujours que même si ils ne viennent pas pour ça, les quelques conseils
209 qu'on peut glisser, parce que c'est difficile de faire une consultation diététique tout de suite, donc les quelques
210 conseils qu'on peut glisser ce sont des choses qu'ils enregistrent en espérant qu'ils reviennent pour la suite,
211 mais bon quelquefois euh...ils trouvent des excuses pour reculer quoi »
212 (*Arrivée du 6^{ème} participant : A6*)
213 A5 : « Bonsoir...excusez-moi j'ai l'impression d'avoir interrompu le débat »
214 A6 : « Mais non »
215 A4 : « On attendait la suite »
216 A5 : « Ah d'accord »
217 A6 : « On attendait le dessert »
218 (*Rires*)
219 A3 : « Justement le fait de dire qu'il faut pointer sur les erreurs alimentaires, qu'il faut...c'est quand même
220 quelque part les pointer sur certaines erreurs, mettons fautes hein...ah oui c'est vrai je ne bois pas...je bois que
221 des jus de fruits, je bois du Coca® à table, euh c'est vrai quand on rajoute des choses : grignotage, bon c'est
222 quand même des points négatifs qu'ils n'aiment pas forcément entendre, que ce soient les parents ou les
223 enfants et bon après souvent ça peut s'arrêter là. Vous voyez à moitié les choses et après il peut y avoir une
224 certaine barrière qui se forme entre le médecin et euh si on est insistant... »
225 A6 : « Mais tu ne pourras jamais obliger quelqu'un à faire quelque chose si il a pas envie »
226 A3 : « Bien sûr »
227 A4 : « Tout à fait »
228 A6 : « Et y a des familles où c'est bien vu d'être gros, c'est un signe de bonne santé. Moi j'avais une famille qui
229 me ramenait tout le temps le gamin qui était tout à fait bien, en me disant : Docteur il ne mange pas de pain !

230 Regardez comme il est maigre (*Rire général*). Alors bon, il était tout à fait normal comme un petit gamin mince
231 de son âge quoi mais euh... »
232 A3 : « Mais là pareil, on peut pas évoluer avec euh... »
233 A6 : « Ah bah ils évolueront pas ! »
234 A3 : « On est d'accord »
235 A6 : « Le coup du diabète à quatre grammes euh...donc c'est tout, t'as des cas comme ça qui n'évoluent pas »
236 A3 : « On est là pour ça justement, le but c'est d'évoluer. Puis voilà on sait très bien qu'il y a des groupes
237 euh...des familles qui voilà... »
238 A6 : « Oui, tu peux pas leur dire je ne vous soigne plus si vous ne faites pas quelque chose »
239 A3 : « Bien sûr que non, ah non, bien sûr que non mais euh...on a l'impression vraiment qu'on perd notre
240 temps »
241 A6 : « Ah oui, tu stagnes, euh ouais »
242 A3 : « On le sent des fois, quand même »
243 A4 : « De toute façon déjà, rien que pour adhérer après même, enfin je pose peut-être des questions, mais
244 pour adhérer dans le réseau POIPLUME, c'est sûr que si ils ne sont pas d'accord dès le début, je veux dire, il n'y
245 a rien à faire. Je veux dire si ils ne voient pas d'intérêt dès le départ à faire attention à leur poids, y'a aucun
246 intérêt même de leur expliquer pendant une heure à quoi sert le réseau, le sport, de toutes les façons y'en a on
247 peut rien... »
248 A6 : « Oui, ça n'a pas d'intérêt de le faire »
249 A3 : « Oui faut pas qu'ils répondent, pour vous faire plaisir : Docteur je vais m'inscrire, quoi... »
250 A4 : « Oui, voilà...ça sert à rien...moi j'en ai encore eu un (*rires*)...c'était pareil, première question...alors je me
251 suis dis bon par où je vais commencer pour essayer de lui dire qu'il était un peu...donc je lui ai demandé ce qu'il
252 déjeunait le matin, première question : le matin tu déjeunes quoi ? 5 tartines de Nutella®. Alors je lui dis : 5
253 tartines de Nutella® ? Tous les matins ? Tous les matins ! Donc sa mère a dit : puis vous pouvez pas lui ôter son
254 Nutella®, c'est pas possible ! Déjà là, on est déjà bloqué. Oui, par quoi je vais commencer quoi. Parce que si
255 déjà il veut pas ôter ses 5 tartines de Nutella® le matin, voilà donc... »
256 A2 : « On peut lui baisser le nombre de... »
257 A4 : « Oui, c'est comme les diabétiques, c'est ce que j'avais dit »
258 A3 : « On rajoutera deux Chocorem® ! »
259 (*Rire général*)
260 A6 : « Mais qu'est-ce qu'il va manger alors ? »
261 A3 : « Oui c'est ça, on a l'impression qu'on peut pas remplacer ça par autre chose. C'est...c'est déjà naturel
262 euh...donc voilà »
263 M : « D'accord, OK, donc très bien. On fait peut-être une petite présentation pour la personne qui est arrivée »
264 O : « Non c'est bon, j'ai expliqué »
265 A5 : « C'est bon »
266 A4 : « Elle a été briffée »
267 M : « Je rappelle euh...je rappelle peut-être les questions précédentes pour euh...bien raccrocher au sujet »
268 O : « Ou bah les questions qu'on a déjà abordées, oui »
269 M : « On a abordé quelques questions, donc j'ai demandé à l'ensemble des médecins présents pourquoi ils
270 avaient adhéré au réseau POIPLUME ? Ensuite euh...quelle était la définition de l'enfant en surpoids suivie de
271 comment dépistez-vous le surpoids chez l'enfant ? Et donc là nous en étions à la question suivante : comment
272 abordez-vous le problème euh...du surpoids avec l'enfant et avec sa famille ? »
273 A5 : « ok »
274 M : « Voilà »
275 A5 : « Merci. Ah bah du coup je vais prendre la parole alors »
276 M : « Voilà alors, allez-y »
277 A4 : « Pour rattraper le temps perdu » (*Rires*)
278 A5 : « Moi euh en fait euh j'aime bien euh avoir recours aux courbes, aux courbes d'IMC et euh lorsque j'vois
279 déjà un croisement de couloir, euh...je l'ai...je leur en parle, donc je leur explique comment est faite la courbe

280 d'IMC et tout ça. Et quand je vois qu'un p'tit euh...bah voilà quoi...croise un couloir je leur dis déjà attention,
281 donc déjà je fais un si...j'tire une sonnette d'alarme et puis après rapidement...ça c'est la consultation comme
282 ça pour euh...pour mettre euh...pour en parler la première fois hein. Et après donc je d'mande, donc bah vous
283 voyez il a croisé le couloir, qu'est-ce que...est-ce qu'il grignote ? Est-ce qu'il se ressert ? Est-ce qu'il boit...enfin
284 les grandes lignes...est-ce qu'il boit des boissons sucrées ? Bon voilà, est-ce qu'il est gourmand ? Donc et puis
285 c'est tout. Et puis euh après je leur dis bah écoutez, on s'donne trois mois. Et puis j'le revois dans trois mois et
286 puis on voit ce qu'il en est. Est-ce qu'il a croisé les couloirs ? Alors y en a euh...chez qui ça fait vraiment tilt, ils
287 aiment bien les explications euh...par rapport à l'IMC et par rapport à la courbe...et du coup euh...super euh
288 non...après j'suis contente et puis euh...ceux chez qui c'est...malheureusement c'est bien souvent des courbes
289 exponentielles et ça commence en croisant le couloir et puis après c'est (geste d'élévation du bras)...c'est la
290 fusée...et bah...là j'propose à ce moment-là de l'inclure dans POIPLUME »

291 M : « D'accord, OK »

292 A5 : « Voilà »

293 M : « Et euh...donc quand vous...euh...dépistez un problème de surpoids chez l'enfant euh...comment
294 euh...comment abordez-vous le sujet avec euh...avec l'enfant et avec la famille ? »

295 A5 : « Bah finalement euh...moi, j'ai...je...je prends vraiment la courbe comme euh...moi je pars de la courbe en
296 fait »

297 M : « D'accord, OK, d'accord »

298 A5 : « Je pars de la courbe. C'est mon outil de travail finalement. Voilà en disant...parce que euh...l'obésité chez
299 l'enfant ça se...ça dépend de...de chacun. Mais euh...après ça dépend euh...enfin moi maintenant forcément j'le
300 vois tout de suite mais l'humulus pecus (?) ne le voit pas hein, on dit oh bah il est un peu rondouillard. Les gens
301 dans leur tête, obésité, ils attendent la bonne grosse (*mime une boule avec les bras*)...vraiment l'enfant
302 obèse...euh...donc ils le voient pas forcément en fait et c'est donc pour ça que je m'appuie sur la courbe, parce
303 qu'ils peuvent dire bah euh...elle est un peu difficile et c'est vrai que les courbes sont très strictes quand même
304 euh...donc moi je me...mon outil c'est ça, c'est vraiment euh...pour aborder je dis ah...attention regardez il
305 devrait rester dans son couloir, là il est en train de croiser, il a un rebond d'adiposité précoce...euh bon voilà du
306 coup je leur parle de la théorie en fait »

307 M : « D'accord OK »

308 A5 : « Voilà »

309 M : « Très bien, merci...euh...racontez, si vous pouvez, votre dernière expérience d'inclusion dans le réseau
310 POIPLUME et cette dernière inclusion, comment la jugez-vous ? »

311 A6 : « Bah moi, ma dernière inclusion c'est une petite fille qui doit avoir trois ans. On a dû l'inclure euh...euh
312 vers deux ans et quelques et euh...c'est une petite fille en surpoids mais euh...c'est un des cas où j'ai eu le plus
313 d'espoir parce que euh...(rires) la maman c'est elle-même qui au départ...on...lors de la pesée, la taille, tout ça :
314 vous trouvez pas Docteur qu'elle est euh...un peu au-dessus de la courbe ?...machin. Bon quand elle était petite
315 elle était un bébé...pas un bébé...elle restait dans la courbe mais effectivement à partir de un an et demi, deux
316 ans, elle a commencé à prendre du poids...et euh...c'est euh...la maman est quelqu'un
317 d'euh...d'intellectuellement...euh...évolué...ce qui simplifie énormément les choses...euh demandeuse, euh qui
318 a tout de suite quand euh...au bout d'un certain temps on a vu que la petite, eh ben, sortait de sa courbe
319 euh...je lui ai parlé de POIPLUME et ça l'a beaucoup intéressée. Elle est très assidue, en plus y'a un autre
320 problème parce que y'a pas ou un problème avec le papa qui est pas présent ou euh...depuis la naissance et
321 euh...les consultations chez le psychologue ben...la maman elle est très contente de ça. Euh...ça se passe bien, à
322 tout point de vue et notre problème avec euh...la p'tite fille là c'est la grand-mère, qui est euh...d'origine...euh
323 d'Afrique du nord et qui euh...ne comprend pas qu'elle doit la nourrir, enfin qu'elle doit lui donner à manger
324 autrement donc euh...la fille, la maman de la petite fille se bat avec sa propre mère pour lui expliquer comment
325 euh..., enfin qu'est ce qu'elle doit pas faire et parce que pour elle il faut qu'elle mange, la récompenser et les
326 bonnes choses et tout ce qui s'en suit. Enfin c'est un combat permanent mais ça à l'air de bien marcher et j'ai
327 bon espoir pour ce cas là »

328 M : « D'accord OK, donc pour cette dernière expérience euh... »

329 A6 : « Ça me redonne du baume au cœur, parce que j'ai eu quelques cas où c'était...pfff...démoralisant...ah la
330 la...han...je les voyais au marché de Noël, il bouffait des churros trempé dans l'Nutella® (*prend son visage dans*
331 *ses mains*), alors là toute la famille avec un cornet euh...bon... »
332 A5 : « Mais c'est exceptionnel...c'est pas tous les jours ! »
333 A6 : « Mais non, chez eux c'était Noël tous les jours. Je leur ai dit avant-hier, rendez-vous au marché de
334 Noël... »
335 (*A2, A3 et A5 : rires – A1 et A4 : sourires*)
336 A5 : « Et bien moi, c'est un enfant que j'ai réussi à inclure à l'âge de cinq ans. Il fait cinquante kilos. C'est le pire
337 patient euh...petit patient obèse, c'est vraiment le plus...Et ça fait des années que le dis qu'il faut vraiment
338 l'inclure et que bon...donc là j'ai réussi à l'inclure et euh...alors du coup je suis contente malgré tout parce
339 que...euh ça fait maintenant six mois et ils n'ont pas...alors les parents n'ont pas abandonné euh...Au début on
340 a réussi à stabiliser l'IMC et là je l'ai vu il y a deux jours. Et ben non (*hoche la tête*)
341 A6 : « Ça a explosé ? »
342 A5 : « Ouais, il a repris trois kilos euh...depuis août, non depuis septembre je sais plus, enfin peu importe et
343 euh...et voilà donc je suis démoralisée (*montre A6 des deux mains – A5 et A6 rient*) et la maman euh...me
344 dit...euh bah on est content euh...donc on a arrêté les grignotages, on a arrêté les boissons sucrées, il ne se
345 ressert plus euh...donc moi j'ai essayé de trouver des...pfff...des pistes supplémentaires, que dit la
346 diététicienne ? Et ben on fait exactement tout ce que dit la diététicienne et euh...donc là l'objectif, le seul
347 objectif que j'ai donné là, il y a trois jours, c'est : allez voir le psy. Parce que le psy disait euh...oh quand même,
348 parce que en fait le p'tit dès qu'il est angoissé, il mange (*mime l'action de manger avec ses deux mains*)...il est
349 boulimique le gosse. Donc j'lui...le seul objectif moi, c'était ça...je...parce que franchement je savais pas. On
350 verra ce que ça va donner. Donc allez voir le psy de façon suivie »
351 M : « OK »
352 A5 : « Voilà »
353 M : « Suite à...suite à...on va dire suite à des mauvais résultats euh...obtenus... »
354 A5 : « Bah oui, au début on stabilisait, j'me disais ce sera p't'être bien mais là...et euh alors et en effet euh...j'ai
355 mis très très longtemps à les inclure parce que il y a avait une espèce de déni et c'est fou parce que la maman
356 m'disait c'est dingue moi j'le vois pas obèse alors que là pour le coup c'est vraiment le p'tit gosse...mais
357 vraiment bah il fait cinquante kilos...enfin il est impressionnant le gosse...et la maman ne le voyait pas donc bon
358 et...pareil un problème avec la grand-mère (*fait un geste de la main vers A6*). Donc elle me dit là, il y a trois
359 jours : mais il est plus gardé par la grand-mère. Moi j'suis arrivée un jour en visite chez la grand-mère à
360 quatorze heures, le gosse y s'mangeait un (*sourire*)...un beefsteak haché quoi ! »
361 A6 : « Un kebab ? »
362 A3 : « Oh ! (*rires*) »
363 A5 : « Un steak haché à quatorze heures...donc euh j'avais fait une remarque, j'avais dit : mais dites il est
364 l'heure de manger un steak haché ? Ah mais il a pas mangé à midi. Bon voilà...donc là la grand-mère n'est plus
365 dans le coup pour garder l'enfant et...et voilà donc je sais pas... »
366 M : « D'accord, OK, merci pour votre expérience »
367 A4 : « Alors moi le dernier c'est un gamin qui devait avoir euh...neuf ans je crois et donc euh...en fait c'était
368 venu par euh...par des réflexions de sa sœur qui a deux ans de moins, qui elle, qui est filiforme donc elle traitait
369 toujours son frère de gros, de tout quoi...et un jour euh...et puis ils venaient souvent en consultation ensemble
370 parce que la maman travaille. Elle est seule. Il n'y a pas de papa dans la maison donc euh...la grand-mère devait
371 servir de garde mais quand il n'y avait pas de garde, bon bah quand elle venait à la consultation la maman, elle
372 emmenait les enfants. Et ils se chamaillaient comme ça devant moi. Et un jour j'ai sauté sur l'occasion, parce
373 que évidemment le garçon est comme ça (*mime avec les bras une personne corpulente*) et la fille elle est
374 comme ça (*mime avec les bras une personne de petite corpulence*) et euh...j'lui dit mais t'en n'a pas assez de
375 t'faire chamailler comme ça par ta sœur tout le temps. Mais je lui dis : mais à l'école euh...est-ce qu'on t'a déjà
376 fait des remarques etc ? Petit à petit donc je me suis adressée au garçon directement, plus à la mère, plus à la
377 sœur et euh...en discutant, bah peut-être parce qu'il s'est dit tiens quelqu'un fait attention à moi, il a
378 commencé à m'répondre et la mère a été très...a été surprise en fait de la réponse euh...et puis j'dis : mais vous

379 aviez déjà remarqué qu'il avait pris un p'tit peu de poids etc etc...elle me dit oui qu'est-ce que vous voulez faire
380 moi j'suis...j'travaille de nuit dans un restaurant euh...euh c'est la grand-mère qui les garde à la sortie de l'école
381 donc moi je sais pas ce qu'elle leur fait à manger etc etc...enfin bon c'est parti là-dessus et puis euh j'ai tout de
382 suite profité...parce que je me suis dis toute seule ça va être difficile donc je lui ai présenté en deux minutes en
383 lui disant mais moi je peux vous aider mais il y aussi quelque chose qui pourrait vous aider parce que j'dis vous
384 n'avez pas beaucoup d'argent (*montre A2 de la main*) et euh...si votre gamin veut faire en plus du sport
385 en...parce que le sport c'était le côté pour un garçon de dire je rentre...je fais attention à mon poids. C'est pas
386 dire j'fait un régime ou j'fait attention et on fait du sport en plus, là le gamin j'me suis bon il avait envie,
387 comme il me disais qu'il est tout le temps en train de faire du foot sur la pelouse. Très bien j'ai dit, on peut le
388 mettre dans un club, mais ça serait bien qu'en même temps et du coup je lui ai dit écoutez, réfléchissez donc je
389 lui ai donné les grandes lignes et puis vous viendrez quand vous voulez mais vous prévenez parce que les
390 premières consultations sont toujours euh...relativement longues (*sourire*) donc bien souvent j'y pense après
391 dans la discussion donc euh...oui bah effectivement c'est...la maman est revenue un jour en m'disant bah
392 écoutez ce que vous lui avez dit ça a dû lui faire tilt et j'l'ai mis dans le réseau POIPLUME. C'est comme ça qu'il
393 est rentré et donc ce gamin maintenant il fait du sport euh...il a vu la psychologue, il a vu la diététicienne et bon
394 on n'a pas...il a effectivement pas perdu de poids mais là ça fait quand même deux ans qu'il est dans le réseau
395 et on arrive à peu près à quelque chose de correct. C'est-à-dire que les deux ans là, il a pas...en plus il a l'âge ou
396 les garçons dix ans, onze ans, donc euh...mais pour l'instant ça...ça a l'air d'aller donc c'est pas...je reconnais
397 que c'est pas exceptionnel mais pour moi c'est quand même une réussite parce que j'pense que c'est un gamin
398 qui n'aurait jamais rien fait et dans quatre ans il faisait quatre-vingt dix kilos quoi »
399 M : « Ouais d'accord, OK »
400 A4 : « Voilà ça c'est mon dernier »
401 M : « Très bien, intéressant je vous remercie »
402 A3 : « Moi, ça va être rapide, je n'en n'ai inclus aucun »
403 A2 : « Elle suit les miens de temps en temps (*rires*) »
404 A3 : « J'en ai discuté euh...oui j'en ai abordé effectivement le sujet à plusieurs reprises. Je ne me souviens plus
405 du dernier...le dernier patient avec qui j'ai abordé le sujet de POIPLUME mais j'en ai discuté à plusieurs reprises
406 euh...donc ponctuellement euh pour revoir pour inclure l'enfant dans ce réseau-là, puis je ne les ai pas revus,
407 est-ce qu'ils sont revenus chez toi derrière ? (*se tourne vers A2*) parce que c'est vrai que je travaille moins donc
408 après...je sais pas... »
409 (*A2 fait non de la tête*)
410 A3 : « T'as pas eu de retour, ou ils venaient exprès pour ça? »
411 (*A2 fait non de la tête*)
412 A4 : « De ta part? »
413 A3 : « Ouais, donc ça a pas... »
414 (*Rire général*)
415 A4 : « T'as pas été assez persuasive »
416 A3 : « Voilà, donc j'ai inclus aucun patient »
417 M : « D'accord, OK, y'a aucun souci »
418 A2 : « Moi les derniers inclus, c'est en fait deux patients qui en fait arrivaient à la fin du suivi donc tous les deux
419 ils ont remonté à la fin, à l'arrêt. C'est pour ça que j'ai refait une demande à POIPLUME en leur demandant si
420 c'était possible d'avoir encore quelques...quelques consultations supplémentaires...bon alors euh...je sais plus
421 lequel j'ai inclus en dernier. Y'a eu le cas de cette euh...petite fille qui a onze ou douze ans là maintenant, qui a
422 repris du poids après...euh à la fin parce que elle est elle aussi euh...en fait toute la journée...tous les jours elle
423 est chez les grands-parents euh et y'a que le soir chez les parents, le soir et les week-ends...euh donc il y a aussi
424 une petite gué-guerre entre euh...les parents et les grands-parents. C'est toujours les autres qui font des
425 erreurs donc euh c'est pas toujours évident de gérer ce genre de choses, parce que moi je suis la maman (le
426 papa, j'ai dû le voir deux fois)...la maman et les deux grands-parents. Donc euh...c'est...j'entends tous les sons
427 de cloches (*rires*). Voilà, et puis euh...un autre petit garçon qui lui, bah c'est le cas de la cantine scolaire où en
428 fait il avait fini son inclusion...enfin son cycle POIPLUME et euh...j'ai donc demandé quelques consultations

429 parce que bah à la rentrée scolaire de la cantine et bah la dame cantine avait changé et donc il allait se
430 resservir deux fois et... »

431 A4 : « Les mauvaises habitudes ont repris le dessus »

432 A2 : « Les mauvaises habitudes ont repris le dessus mais bon j'étais très confiante parce que...euh la maman
433 avec le suivi POIPLUME, a elle-même perdu quinze kilos donc euh...bon il y avait des choses de changées à la
434 maison c'est sûr. Donc la maison ça avait pas beaucoup changé donc c'est pour ça que je ne comprenais pas
435 trop et après en fouillant un petit peu c'était à la cantine que ça se passait...quand on a découvert ça la maman
436 a dit demain je vais à la cantine...donc euh... »

437 A5 : « Ah ça c'est bon à savoir ça » (*en pointant le doigt vers A2*)

438 A4 : « C'est vrai qu'elle était motivée »

439 A2 : « Parce que la dame cantine avait changé et donc euh...enfin la dame cantine entre guillemets donc c'est
440 ce que je disais tout à l'heure. Donc elle était plus au courant...elle était pas au courant qu'il ne fallait pas le
441 resservir »

442 A5 : « Ah Ouais »

443 A4 : « C'est vrai que c'est... » (*hochement de tête*)

444 M : « D'accord, intéressant, merci »

445 A1 : « Moi j'ai pas eu d'inclusion récente, depuis au moins dix huit mois »

446 M : « D'accord »

447 A1 : « C'est...y'a eu deux, trois bonnes réussites il y a quelques années. Et euh...pfff...depuis dix huit mois ça a
448 été une ou deux personnes qui n'ont pas donné suite quoi. Enfin euh...(*hochement de tête*) on fait un dossier
449 d'inscription puis ça s'arrête là euh...ça va pas plus loin quoi. Donc euh... »

450 M : « Et sinon euh...avant avant les dix huit mois un...un exemple de... »

451 A1 : « Bah sinon euh...il y a il y a des cas où, enfin bon ça remonte un petit peu, où euh...où le suivi était
452 euh...pfff avec moi en tout qu'à un qu'à un...mais les années passant, il y a eu un bon amaigrissement et je me
453 dis que c'est quand même grâce à la...en tous cas à une prise de conscience, même si les rendez-vous n'étaient
454 pas respectés, même si j'ai pas pu faire un suivi en disant bon la courbe de poids (*mime une courbe de poids*
455 *descendante*) c'est bien etc...À un moment donné plus de nouvelle et puis euh...tout d'un coup, ça revient sur le
456 tapis deux, trois ans après. Bon on se rend compte qu'il n'y plus de problème et que je sais pas il y a eu un
457 déclic à un moment donné sans que j'ai très bien compris d'où ça venait et puis euh...enfin ça venait de...d'une
458 prise de conscience et...et y compris l'inclusion dans POIPLUME à ce moment-là quoi. Et puis j'ai eu d'autres
459 cas, deux beaux cas enfin bon maintenant ils sont grands quoi. POIPLUME c'était au tout début quoi, avec des
460 mamans qui, enfin avec une maman qui a un très gros problème de poids, de gastrite, tout le truc enfin. Et puis
461 maintenant ça a...son aîné...est asperge...donc euh...je sais pas. Mais bon elle avait été à tous les...tous les
462 rendez-vous, et ça avait profité à toute la famille, parce que le frère avait aussi un petit peu ce problème-là
463 alors bon...donc je lui ai évité peut-être certains problèmes à se traîner...ça a porté ses fruits. Mais bon c'est
464 vrai que les...j'ai eu deux, trois derniers où euh...ça m'a un peu découragé en fait » (*sourire*)

465 M : « D'accord »

466 A4 : « Moi je...enfin c'est peut-être une idée... »

467 M : « Parce que...parce que les résultats... »

468 A1 : « Du coup...je euh on cherche...euh on trouve ce qu'on cherche quoi. C'est vrai que c'est...depuis une
469 douzaine de mois j'ai...j'étais moins euh...actif »

470 M : « D'accord, d'accord »

471 A4 : « Moi je m'demande si même si y suivent pas tous...tous les trucs, régulièrement etc...si déjà bon ils font la
472 démarche bon c'est que déjà ils ont envie que quelque chose change même si c'est pas le bon moment parce
473 que euh...bon euh...les enfants de trois ans, quatre ans, cinq ans, bah je veux dire c'est difficile de trouver le
474 bon créneau d'âge pour les mettre...mais je me dis toujours, moi je suis maman, j'ai des enfants euh...quand ils
475 sont petits vous leur serinez euh...vingt huit mille fois la même chose : ferme la porte, éteins la lumière, dis
476 bonjour à la dame, dis merci euh enfin voilà. Et je m'dis que maintenant mes enfants sont grands et j'me dis
477 qu'ils peuvent aller partout. Bon... »

478 A3 : « Ils diront merci » (*rires*)

479 A4 : « Ils diront merci, ils fermeront la porte, parce qu'il y a des automatismes qui se créés parce qu'on leur a
480 répété souvent la même chose et que comme tu dis (*désigne A1 de la main*), y...de temps en temps j' pense
481 qu'il y a aussi une conscience. Bon c'est une question d'éducation mais dans POIPLUME j' pense que c'est un
482 p'tit peu pareil : si ils vont une fois, deux fois, trois fois, je pense qu'ils vont être plus...il y a des choses qui vont
483 rester même si ça ressort plus tard ou des choses qui vont...quand on va leur changer en disant...bon on va pas
484 éliminer tous les sucres mais je veux dire il y a les bons sucres et les mauvais sucres, donc faut changer plutôt
485 ça que ça. J' me dis que même s'ils l' appliquent pas tout de suite parce que c'est des enfants, parce qu'ils sont
486 jeunes et que...bon si ils sont en plus gourmands, c'est difficile de dire bon bah mangez une mandarine c'est
487 bien mais si à côté il y a du Nutella®...on va p'têtre plus pen...pencher pour le Nutella®...mais j' me dis que après
488 quand ils seront ados ou même plus tard dans leur vie, ils se diront bah voilà j'ai appris telle et telle chose et
489 même...enfin j' pense qu'ils auront un automatisme qui se fera une fois qu'ils prendront conscience de faire
490 quelque chose. Enfin je sais pas mais moi je pense que ça peut voilà être dans ce...parce que moi, j'ai des
491 enfants que j'ai inclus tout au début, p'têtre plus que maintenant, je suis plus comme toi (*désigne A1 de la*
492 *main*)...c'est...j'en ai une qui est décidé pour janvier, donc c'est bon mais j' vois euh...quelques fois les mamans
493 après coup me rap...me répètent des choses : tiens, bah tu te souviens la diététicienne elle t'avait dit ça
494 etc...donc y'a quand même des choses qui sont euh...enregistrées »
495 M : « qui sont enregistrées et qui reviennent bien »
496 A4 : « Voilà ouais »
497 M : « OK, d'accord »
498 A4 : « Enfin je pense mais le suivi à long terme c'est...(hoche la tête) c'est vrai que c'est difficile. Au début ils
499 font tout bien parce que... »
500 A5 : « Ouais »
501 A4 : « Leur donner des dates au début...bon bah on se revoit dans trois mois, puis on se revoit dans trois mois
502 et puis un moment on voit qui...qu'ils changent leur rendez-vous »
503 A5 : « Ouais »
504 A4 : « Ils ont plus le temps, donc ça veut dire qu'ils sont déjà moins motivés ou alors ils ont repris un peu de
505 poids et ils n' osent pas revenir et...après à long terme c'est quand même euh... »
506 A3 : « J' crois qu'ils ont besoin d'être cadré, ils ont besoin d'être... »
507 A4 : « Bah c'est comme tous les régimes hein...j' veux dire même des régimes adultes, quand on revoit les gens
508 tous les mois... »
509 A2 : « Et après... »
510 A4 : « Ils commencent à perdre ça va tout bien. Dès que tu les lâches un peu ou qu'il y a une fête, il y a Noël :
511 ah on verra après les fêtes. Bah du coup tu ne les vois plus jusqu'au mois de mars hein euh...donc je veux dire
512 c'est un peu ça »
513 A3 : « Certaines diététiciennes font revenir les adultes tous les quinze jours »
514 A4 : « bah pour être sûr c'est tous les huit jours, mais ça marche »
515 A6 : « Bien sûr au prix de la consulte, où va-t-on ? »
516 (*Rire général*)
517 A3 : « On est d'accord mais bon on a l'impression quand même que c'est vrai bon c'est pas qu'une impression
518 on voit les résultats donc au départ... »
519 A6 : « Ça s'appelle le coaching »
520 A4 : « Ouais mais c'est ça hein »
521 A3 : « Le coaching, ça marche bien, dès qu'ils décrochent... »
522 A4 : « Puis il y en a, elles veulent faire plaisir à leur diététicienne et aux gens qui les suivent, c'est tout donc ils
523 font de gros efforts. Dès qu'on relâche la prise bah ils se relâchent aussi »
524 A1 : « Oui... »
525 A2 : « Et puis les consultations s'espacent de plus en plus hein »
526 A4 : « Oui tout à fait »

527 A2 : « Bah donc euh...ils sont un petit peu moins cadrés. Ils ont pas forcément tous les automatismes euh...donc
528 euh du coup euh...après euh...si ils ont pas gardé les automatismes et les bonnes habitudes euh...après c'est
529 euh...plus difficile »
530 A4 : « Plus difficile, il faut que les parents soient très motivés, parce que c'est bien beau d'expliquer aux enfants
531 etc... »
532 A2 : « Et les grands-parents...on parlait des grands-parents »
533 A4 : « Mais j'veux dire si les parents, ils n'ont pas le temps et si d'accord on ferait bien mais il y a plein
534 d'oppositions, après le suivi est très très mal fait, parce que euh...c'est pas l'enfant de sept ans, huit ans que va
535 nous demander à venir en consultation »
536 A1 : « Cela dit même à cet âge-là il a une prise de conscience qu'il n'avait pas avant. Enfin moi je pense que ça
537 en grandissant il peut en profiter parce qu'il ne sait même pas qu'il y a un problème. Il a sept ans euh...même si
538 on se moque de lui il... »
539 A4 : « Oui, c'est pas forcément... »
540 A1 : « Il en prend plus conscience quoi et puis après il va faire un effort mais peut-être pas...il ne le fait peut-
541 être pas tout de suite, mais un jour il fera un effort »
542 A4 : « C'est pour ça que je pense que c'est pas...c'est toujours...même si ils ne font qu'une séance...ils y vont
543 une fois, ils vont voir comment ça se passe et tout, y'a déjà le euh...le fait de faire la démarche. Je pense que
544 c'est déjà important même s'il n'y a pas de suivi, à un moment ou à un autre, ils reviendront d'eux-mêmes
545 hein »
546 A1 : « Parce que ne plus manger de Nutella® c'est quand même un effort »
547 A4 : « Ah bah là oui »
548 *(rire général)*
549 A6 : « Sûrement »
550 A2 : « Même quand on leur dit qu'il y a de l'huile de palme dedans »
551 A1 : « Bah oui »
552 M : « D'accord, euh...en résumé...allez-y je vous ai coupé... »
553 A1 : « Je disais que j'avais mis seize ans à faire arrêter ma propre fille »
554 *(rire général)*
555 A2 : « Les miens en mange toujours »
556 M : « Donc euh...pour résumer...euh...combien avez-vous inclus d'enfants dans le réseau POIPLUME et est-ce
557 que vous êtes satisfaits de ce nombre d'enfants inclus ? »
558 A3 : « Non » *(rire)*
559 A4 : « Oh non, je trouve qu'il n'y a pas assez d'inclus...enfin par rapport à ce qu'on pourrait faire j pense qu'il
560 n'y en a pas du tout assez d'inclus euh...bon c'est assez chronophage dès qu'on rentre dans un réseau donc moi
561 je sais qu'il y des fois je me dis faudrait bien mais bon on verra la prochaine fois parce que...j'ai pas le temps... »
562 A5 : « Mmm » *(d'accord avec A4)*
563 A4 : « Tout à fait ...donc je sais pas combien j'en ai inclus »
564 M : « Comme ça, en gros hein »
565 A6 : « Moi une petite dizaine »
566 A4 : « Oui, moins de dix »
567 A1 : « Pareil »
568 A5 : « Oui, moins de dix aussi »
569 A1 : « Plus de cinq mais moins que dix »
570 A6 : « Ouais entre cinq et dix »
571 A4 : « Bah au début...c'est vrai au début quand ça a commencé j'ai essayé vraiment de les mettre »
572 A5 : « Ouais moi pareil »
573 A4 : « Et puis au fil du temps... »
574 A1 : « C'est vrai que c'est chronophage et quand on fait du coaching il faut s'y mettre »
575 A3 : « Zéro alors ça me rassure alors »
576 *(A2 et A3 se regardent et rient)*

577 A3 : « Non mais par rapport au temps de travail euh...on va dire je suis dans les normes en fait »
578 *(Rire général)*
579 M : « D'accord OK »
580 A5 : « Moi j'ai eu une période en fait j'ai...adhéré au réseau POIPLUME au tout début et après j'ai arrêté »
581 M : « OK »
582 A5 : « J'ai arrêté parce que TOUS les patients ont abandonné *(rire)* »
583 A6 : « *(Rire)* Il y a un moment où on est vraiment démoralisé ouais »
584 A1 : « Ouais ouais »
585 A5 : « Je m'suis dit c'est moi quoi il y a un problème »
586 A1 : « Ça démoralise hein... »
587 A5 : « Han...pfff »
588 A1 : « Moi j'en ai deux ou trois qui ont vraiment pas abandonné euh...mais cinq/sept hein qui ont... »
589 A5 : « Oh là là » *(lève les yeux au ciel)*
590 A1 : « ...qui ont...ça ça se répercute sur euh...sur le médecin »
591 A5 : « Ah oui ! Moi je me suis dit c'est... »
592 A4 : « On se dit ou c'est le réseau ou c'est nous quoi »
593 *(tout le monde parle en même temps)*
594 A5 : « Et en fait j'ai repris parce que euh...il y a une petite patiente que j'avais voulu inclure, bah euh...au tout
595 début et puis...et euh...lorsque j'ai voulu l'inclure, la maman était d'accord et tout. On allait le faire et pof elle a
596 fait un Guillain Barré...donc euh du coup on a parlé d'autre chose et après elle est revenue me voir quelques
597 années plus tard, c'est-à-dire maintenant et elle a appelé le réseau en disant : moi je veux à nouveau rentrer
598 dans le réseau euh...Docteur R m'avait dit de venir mais je veux venir avec elle. Donc du coup, pour elle je suis
599 revenue dans le réseau et en fait elle a abandonné » *(rire)*
600 *(Rires aux éclats de A3 et A5 – Rires de A4 et A6 – Sourires de A1 et A2)*
601 A5 : « J'me suis dit bah punaise alors là je rentre dans le réseau, voilà une fille qui est vraiment motivée enfin
602 vraiment j'étais... »
603 A4 : « Ça vaut le coup »
604 A5 : « Bah oui...ça vaut le coup...ça vaut le coup et bah euh...la maman m'a appelé pour décaler le rendez-vous
605 il y a six mois je crois...et je l'ai jamais...je ne l'ai toujours pas revue...han pfff...voilà »
606 A4 : « C'est pas évident »
607 A5 : « Non...oh non hein, moi je trouve c'est le long terme qui est difficile à... »
608 A3 : « Oui, vous parliez de cinq à dix *(en regardant A1)* c'est déprimant finalement »
609 A5 : « Les inclure ça va, les inclure »
610 A6 : « Oh non, les inclure...pfff... »
611 A5 : « Les inclure ça va hein ? »
612 A6 : « Bah bof, non moi je les inclus que quand j'y crois » *(sourire)*
613 *(Rire aux éclats de A3)*
614 A5 : *(Rire)* « Ah bah oui bah du coup si je l'ai... »
615 A6 : « Sinon ce serait trop...c'est chiant une inclusion quoi »
616 A5 : « Ah ouais ça c'est vrai, c'est vachement long »
617 A6 : « C'est long : la motivation, les explications, la première paperasse »
618 A5 : « Ah et puis attends les premiers dossiers »
619 A4 : « Bah oui ça prend beaucoup trop de temps...les papiers et tout non c'est long, c'est très long...ah les tout
620 premiers c'étaient...les tout premiers je prenais trois quarts d'heure »
621 A5 et A6 : « Ah oui oui oui ! »
622 A4 : « Et j'avais jamais assez »
623 A5 : « Ah oui oui oui ! moi aussi ! »
624 A6 : « Ouais »
625 A4 : « Donc c'était en dehors des heures de consulte, en dehors de si, fallait en plus que je trouve un créneau
626 pour les mettre donc des fois c'est moi qui reportais... »

627 A5 : « Ah Oui »
628 A4 : « ...Parce que j'arrivais pas tout de suite, donc c'était...là ils ont quand même facilité les papiers... »
629 A5 : « Ah ouais ! »
630 A4 : « Heureusement ! »
631 A5 : « Et moi je venais, je...donc nourrice pour mes enfants et tout...donc plus tôt. J'arrivais et ils ne venaient
632 pas enfin ah...ça m'a démotivé »
633 A6 : « Bah oui et un créneau de presque une heure...écoute euh... »
634 (A3 rit aux éclats, A2 et A4 sourient)
635 A5 : « Ils viennent pas » (rires)
636 A6 : « Alors que tu bosses comme un fou à côté »
637 A5 : « Mais oui ! » (rires)
638 (A6 secoue la tête et la prend dans ses mains)
639 A5 : « Bah du coup, t'as le temps de...de regarder le dossier de...parce que tu sais il est tellement complet le
640 dossier (rires)...savoir où tu vas avec le dossier...c'est lourd hein ? »
641 A4 : « Le tout dernier, je sais pas, vous en avez inclus tout récemment ? »
642 A2 : « Non » (fait non de la tête)
643 A4 : « Parce que je dois en inclure une en janvier, j'me disais... »
644 A6 : « C'est plus simple »
645 A5 : « Peut-être que je regarde... »
646 A6 : « C'est plus simple...et après ça dépend de l'âge de l'inclusion. Au début j'en incluais des plus grands...enfin
647 je sais pas vers sept/huit ans. Bah déjà là fallait rechercher tous les poids antérieurs... »
648 A5 : « Ah ouais faut refaire toute la courbe oui ! »
649 A6 : « Quand c'est pas toi qui l'avait suivi avant et que t'as pas une belle courbe... »
650 A4 : « Oui tout à fait »
651 A5 : « Faut tout refaire »
652 A6 : « Alors toi tu remets plein de pattes de mouche, moi je prenais le truc le soir à la maison et je remettais les
653 poids, tailles...euh...y'avait rien qui collait (mime l'action de tracer une courbe à partir de points)...une fois
654 y'avait le poids, une fois...oh là là...et euh...non c'est...c'est plus simple de les inclure petits et c'est plus facile
655 maintenant quand même »
656 A1 : « C'est un critère de sélection »
657 (Rires de A1, A3 et A4)
658 A5 : « Bah voilà croisement de couloir c'est ça le critère »
659 M : « OK, très bien. Nous allons maintenant parler euh...on en a déjà un petit peu anticipé sur le sujet alors on
660 va y revenir plus en détails...euh...nous allons parler des obstacles à l'inclusion... »
661 A3 : « Oh ! »
662 M : « ...d'enfants dans le réseau POIPLUME et des facteurs qui favorisent l'inclusion euh...d'enfants dans le
663 réseau POIPLUME donc euh...que vous ayez, enfin on en a déjà partiellement parlé, mais que vous ayez inclus
664 peu ou beaucoup voilà...peu importe, les réponses sont intéressantes. Donc euh...premièrement : quelles sont
665 les raisons pour lesquelles, selon vous, certains médecins généralistes incluent peu d'enfants obèses ou en
666 surpoids dans le réseau POIPLUME. Pourquoi peu d'enfants inclus dans le réseau POIPLUME par certains
667 généralistes et quelles sont les raisons selon vous ? »
668 A1 : « La lourdeur du dossier on en a parlé »
669 A6 : « Qui va mieux quand même. C'est mieux maintenant »
670 A5 : « Oui c'est mieux »
671 A5 : « Les raisons culturelles aussi parce que moi j'ai beaucoup...j'ai des Turcs dans ma patientèle et... »
672 A6 : « Ah ! il faut qu'ils soient gros »
673 A5 : « Ah oui, Ah oui oui ! »
674 A6 : « C'est normal, sinon ils sont pauvres »
675 A5 : « Ah non c'est même pas la peine de...c'est pas la peine de se battre »
676 A6 : « Ouais, non faut pas inclure des Turcs ! »

677 A5 : « Bah c'est ce que je dis »
678 (*Eclat de Rires général*)
679 A5 : « Donc culturel, non mais c'est important »
680 (*A5 et A6 se regardent et rient*)
681 A6 : « Et puis le niveau social »
682 A4 : « Oui le niveau social »
683 A5 : « Absolument »
684 A4 : « J'pense que c'est important »
685 A6 : « Si les parents ils y comprennent rien, c'est même pas la peine d'essayer, à moins qu'on ait un gosse
686 hyper intelligent mais le pauvre, il peut pas... »
687 A5 : « Non, non »
688 A6 : « ...aller tout seul aux consultations et tout ça et moi j'ai vraiment eu des freins avec des familles
689 euh...complètement à la masse euh et...vous voyez pas l'utilité. De toute façon ils disaient oui comme ça et
690 encore euh...ils n'ont jamais emmené le gosse aux rendez-vous euh donc ça c'est vraiment soldé par un échec
691 dès le début. Mais en fait moi, avant ce que je faisais (*regarde A5*), c'est que j'demandais aux enfants euh...de
692 m'écrire euh...sur une semaine tout ce qu'ils mangeaient : matin, midi et soir... »
693 A4 : « Comme un petite enquête alimentaire »
694 A5 : « Ah ouais ouais ouais »
695 A6 : « Ah là là des fois c'était horrible hein,...euh pfff han...saucisses, Chocorem® euh...frites euh...pâtes
696 euh...pizza, euh... » (*se tourne vers A5*)
697 A5 : « Ah oui, ça c'est...des fois on est surpris »
698 A6 : « Ils mangent vraiment...euh mais j'mange rien Docteur ! »
699 A5 : « Bah oui, parce qu'ils ne mangent pas à table le midi. En fait, ils ne mangent pas à table et ils mangent
700 toute la journée et ils disent bah non... »
701 A5 : « Ouais et aussi moi euh...maintenant je regarde...euh la fratrie s'il y a beaucoup d'enfants ou pas dans la
702 fratrie (*sourire*) parce que du coup malgré tout ça prend du temps pour la famille. Nous ça nous prend p'têtre
703 du temps pour remplir le dossier mais vraiment eux euh...aller aux activités... »
704 A4 : « Bah faut aller aux activités »
705 A5 : « ...c'est un investissement en temps qui n'est pas négligeable et si la personne...bah si c'est une famille
706 monoparentale si euh...enfin il faut du temps quoi voilà. Donc je regarde ça maintenant. Est-ce qu'ils vont
707 savoir s'investir enfin pouvoir c'est pas forcément savoir mais bon être capable de s'investir en temps. Et
708 maintenant je les préviens : c'est un gros investissement en temps »
709 M : « D'accord, OK »
710 A1 : « L'argent aussi »
711 A5 : « L'argent pas tant que ça »
712 A4 : « Non l'argent... »
713 A1 : « Bah je sais pas j'me posais la question »
714 A6 : « L'argent dans l'alimentation c'est plus facile de manger des conneries plutôt que de manger des bonnes
715 choses et... »
716 A5 : « Bah j'en sais rien ça »
717 A1 : « Quand il y a des problèmes d'argent et quand les parents ils travaillent pour avoir un petit peu de...enfin
718 qu'ils n'ont pas le temps de faire des p'tits plats bon c'est vrai que la pizza euh...ça ça va vite, le kebab euh...les
719 pâtes etc... »
720 A6 : « Mais c'est un manque d'éducation, ils ne savent pas faire à manger non plus les gens »
721 A1 : « Bah ouais mais bon »
722 A6 : « Et dis hé euh...dans ma famille on a toujours bossé comme des malades euh...on a toujours fait de la
723 soupe quand même, même si on n'avait pas le temps »
724 A5 : « Ouais ouais »
725 A6 : « C'est une question de feignantise de ne pas le faire »
726 A5 : « Mais faire de la soupe, ça revient moins cher que de s'acheter son kebab hein »

727 A6 : « Je veux dire de la soupe ou des haricots ou des carottes ou des machins mais bon nous on a l'habitude de
728 le faire parce que nos parents le faisaient, parce que on trouve que c'est meilleur »
729 A5 : « Oui »
730 A3 : « Si y'a pas : du surgelé...de légumes...de légumes naturels en mélange et on peut faire une soupe »
731 A5 : « Les surgelés c'est cher »
732 A6 : « Ça c'est plus cher, à ce moment-là tu peux rentrer dans les trucs euh... »
733 A5 : « C'est plus cher ça »
734 A3 : « C'est moins cher qu'un kebab »
735 A4 : « Ça c'est sûr »
736 A5 : « Qu'une pizza ? »
737 A3 : « Enfin je pense »
738 A6 : « Je ne sais pas »
739 A3 : « Quelques pâtes »
740 A1 : « Les surgelés on s'en lasse hein »
741 A3 : « Oui bien sûr »
742 A2 : « Et puis il faut s'en méfier surtout des surgelés »
743 A6 : « Et puis ils vont prendre des pizzas surgelées tu sais dans les bacs »
744 A1 : « Oui en plus »
745 A5 : « Et puis c'est cher ça tout le cuisiné, c'est cher »
746 A3 : « Tout ce qui est préparé est cher »
747 A5 : « Mais c'est cher ça. C'est quand même moins cher si on s'achète des carottes »
748 A4 : « Voilà moi je donne des exemples encore cette après-midi, j'ai eu le cas une p'tite jeune fille de vingt ans
749 qui a pris vingt-cinq kilos pendant sa grossesse. Je lui ai dit bon bah là maintenant...la gamine je lui fais la visite
750 d'un an aujourd'hui je lui dis il serait peut-être temps de perdre les vingt-cinq kilos parce que...donc là on a
751 commencé...ah oui mais...bah alors déjà la maman là...déjà elle dort jusqu'à midi donc déjà le bébé il doit
752 dormir jusqu'à midi parce qu'il ne déjeune pas hein, parce que elle, elle ne se lève pas...donc ça commence
753 déjà bien...pour refaire les repas de la mère quand déjà la petite est obligée de suivre le cycle. Mais je lui ai
754 donné des exemples : j'dis un fruit, tu manges des pommes, des poires euh...c'est quand même pas cher un kilo
755 de pommes pour un euro cinquante. C'est moins cher que d'acheter des Danettes® ou des compotes toutes
756 faites »
757 A5 : « Ah oui ! »
758 A1 : « Oui bah enfin, on va pas parler des courses mais je trouve que les légumes et les fruits c'est très cher »
759 A4 : « Oui mais il faut savoir lesquels. Bah c'est sûr si elle achète des kiwis, des mangues et des... »
760 A1 : « Même des pommes enfin... »
761 A4 : « Non bah les pommes ! » (*laisse tomber le poing sur la table*)
762 A5 : « Non moi j'pense pas »
763 A4 : « Il y en a trois kilos pour euh... »
764 A1 : « Ça dépend de la saison, ça dépend de... »
765 A6 : « Non il y en a tout le temps des pommes bon après elle va pas bouffer que des pommes ça on est
766 d'accord »
767 A2 : « Des fruits de saison ça c'est sûr »
768 (*Eclat de rires général*)
769 A5 : « Non mais moi je trouve qu'il y a moyen de faire pas cher en frais...vraiment hein.. »
770 A1 : « Non mais euh pff... »
771 A6 : « Moi aussi »
772 A5 : « Ah ouais »
773 A6 : « Il suffit de savoir, après c'est de la réticence...et ils n'ont pas l'habitude euh... »
774 A4 : « Après c'est qu'ils n'ont pas envie de faire d'efforts. De toute façon s'ils ne font déjà pas d'efforts pour
775 eux je ne vois pas pourquoi ils en feraient beaucoup plus pour les enfants parce que tout le monde pareil »

776 A6 : « Les gosses dans la rue, dans le quartier, y'en avait un qui avait une orange dans la main. Il était en train
777 de la peler et il disait à l'autre : mais quoi c'est une orange ! T'as jamais mangé une orange ? Et bah je suis sûr
778 que l'autre, il avait jamais bouffé une orange »
779 A5 : « Ouais »
780 A4 : « Oui il ne savait pas comment ça se mangeait »
781 A5 : « Oui c'est possible »
782 A6 : « Il avait dix ans hein ! »
783 A5 : « Ah ouais »
784 A1 : « Moi j'ai des doutes quand même. Je trouve que ça fait plus cher que d'avaler des pâtes, du riz, des trucs
785 comme ça »
786 A4 : « Ah mais pas les pâtes »
787 A1 : « Bah oui mais bon pff... »
788 A4 : « Enfin les pâtes euh... on mange pas que des pâtes »
789 A1 : « C'est vite fait. Y'en a ils mangent presque que des pâtes... »
790 A6 : « Moi j'ai des patients, ils ne mangent que des pâtes...des pâtes et du riz »
791 A5 : « Ouais »
792 A1 : « C'est très pauvre comme alimentation »
793 A5 : « À midi des pâtes et le soir du riz »
794 A1 : « En plus ils ne mangent pas de viande parce que la viande c'est cher »
795 A5 et A6 : « Ouais »
796 A1 : « Des pâtes, pas de poisson...donc soit on leur supprime les pâtes et ils n'ont plus rien à bouffer euh...alors
797 effectivement je leur parle des surgelés mais euh...c'est pas... »
798 A2 : « Et les boîtes ? »
799 A1 : « C'est pas très cher mais c'est pas moins cher à nouveau que les pâtes ou les trucs comme ça »
800 A2 : « Mais une boîte de conserve c'est pas très cher quand même »
801 A1 : « Oui mais c'est pas très diététique une boîte de conserve quand même »
802 A2 : « Non, je parle en légumes hein ! »
803 A1 : « Oui, oui, nan, mais le mieux c'est quand même des légumes surgelés ou des légumes frais »
804 A2 : « Ah c'est sûr, c'est sûr »
805 A1 : « Après faire la soupe bon bah...c'est...au top »
806 A2 : « Mais ils sont... »
807 A6 : « Mais ils n'aiment pas les légumes en plus »
808 A4 : « Ah Ah ! »
809 A2 : « Oui mais je sais bien oui »
810 A1 : « Et puis ça nourrit pas, quelqu'un qui a vraiment un problème de poids...euh une soupe de légumes, il a
811 faim encore après...donc euh...il faut qu'il mange quelque chose qui tienne quoi »
812 A3 : « C'est vrai qu'une des difficultés importante c'est vrai que inclure les...les enfants c'est euh...la diététique.
813 On leur dit qu'ils auront des consultations chez la diététicienne bah tout de suite : oui je sais...bon bah il va
814 apprendre à manger des légumes mais il ne mange pas du tout de légumes. C'est pas maintenant qu'ils vont s'y
815 mettre... »
816 A1 : « Oui, il n'en mange pas c'est sûr »
817 A2 : « Y'en a ils ont des notions... »
818 A6 : « Bah dans le réseau y'a des p'tites recettes euh...sympas... »
819 A2 : « Oui oui oui oui oui »
820 A6 : « Que je ramène à chaque fois chez moi en me disant tiens c'est vrai tu pourrais faire ça »
821 A3 : « Oui mais c'est vrai que y'en a qui mange euh...vraiment zéro légume »
822 A6 : « Oui »
823 A3 : « Y'en a quand même un certain pourcentage...un certain pourcentage »
824 A1 : « En effet, certains en effet ils n'en mangent pas. Je suis bien d'accord »
825 A5 : « C'est l'avantage d'aller voir la diététicienne justement, enfin c'est... »

826 A6 : « Bah il y a des cours de cuisine aussi ou des fois ils vont dans euh...ils vont dans les magasins ou des trucs
827 comme ça »

828 A5 : « Et des cours d'étiquettes »

829 A6 : « Bon moi j'suis d'avis qu'une après-midi par semaine on fait cours de cuisine au cabinet. Ce sera plus
830 marrant »

831 *(Tous les participants rient)*

832 M : « D'accord, très bien, donc par rapport à cette question euh...donc selon vous...bon je rappelle les grandes
833 lignes de la question : quelles sont les raisons pour lesquelles, d'après vous, certains médecins généralistes
834 incluent peu d'enfants obèses ou en surpoids dans le réseau POIPLUME et on va dire plutôt en terme de
835 pédiatrie, en terme de pratique de pédiatrie...euh qu'est-ce que vous en pensez, comment dire...quelle est la
836 part de la pédiatrie dans la pratique des médecins généralistes pour l'inclusion d'enfants... »

837 A2 et A3 : « pfff »

838 A6 : « Ça dépend des médecins généralistes, il y a des clientèles plus âgées et plus jeunes »

839 A4 : « Puis de l'attrait que vous avez pour la pédiatrie...nan mais je pense que c'est important moi je vois avec
840 mon associé euh...que j'avais avant. Moi je faisais beaucoup de...je suis mes grossesses donc je suis les enfants,
841 je fais les visites post-natales etc...euh...mon collègue ça l'intéressait pas du tout du tout donc les enfants. Il les
842 prenait comme ça pendant dix minutes en consultation pour traiter une rhinite mais il ne se serait jamais
843 intéressé à un réseau de POIPLUME où il faut prendre du temps pour expliquer et tout. C'est pas du tout son
844 truc quoi...donc euh...j pense que ça ça joue aussi...donc le type de clientèle, le temps que vous pouvez prendre
845 sur une semaine. Je dis pas sur une journée hein mais sur une semaine à consacrer ne serait-ce qu'à un
846 enfant...parce que tout ce que vous prenez pour cet enfant bah...y'a d'autres choses que vous ne ferez pas à
847 côté »

848 A1 : « Je suis sûr qu'il y a des médecins qui ne peuvent pas du tout ne serait-ce qu'en temps »

849 A4 : « Bah en temps oui ! »

850 M : « Et par rapport à ça justement, dans une consultation euh...dans une consultation...euh...quel temps vous
851 êtes prêts à consacrer euh...au problème du surpoids de l'enfant ? »

852 A4 : « Toujours par rapport au réseau ? »

853 A5 : « Sur une consultation lambda ? »

854 M : « Oui, sur une consultation lambda euh combien de temps euh...pouvez-vous consacrer au problème de
855 surpoids de l'enfant ? »

856 A2 : « À partir du moment où on a commencé à aborder le sujet, il y en a au moins pour un quart d'heure, le
857 temps de enfin... »

858 A4 : « Oui c'est vraiment le temps minimum au moins pour aborder le sujet »

859 A2 : « Pour aborder le sujet la première fois déjà, même si on ne va pas jusqu'au bout, même si on leur dit on
860 se revoit pour une pesée euh...dans un certain temps. Bon déjà, il faut pas trop leur asséner de choses...enfin
861 euh... »

862 A4 : « Dès la première fois »

863 A2 : « Oui, dès la première fois. Il faut pas aborder quinze euh... »

864 M : « Quinze sujets »

865 A2 : « Quinze sujets, même si c'est autour de la même chose euh...mais je veux dire il faut donner trois, quatre
866 orientations grand maximum je pense. Il paraît même qu'il faut beaucoup moins euh...mais bon donc
867 euh...mais ça prend du temps oui. Rien que ne serait-ce qu'expliquer euh...le croisement des courbes
868 euh...l'IMC euh...le rebond d'adiposité précoce euh...etc etc...ça prend du temps hein ! »

869 M : « OK »

870 A2 : « Ça c'est euh...un quart d'heure une fois, en plus de la consultation pour laquelle il est venu euh... »

871 A6 : « Ouais »

872 A2 : « ...et puis la fois d'après il faut au moins autant euh... »

873 A1 : « Ça va dépendre de la motivation des gens aussi »

874 A2 : « Mmm »

875 A6 : « Oui, si ils sont motivés, on est prêt à y passer du temps »

876 A2 : « Oui »
877 A1 : « C'est ça »
878 A6 : « Si tu vois que prrr...(passe la main au dessus de sa tête)...c'est dommage pour le gosse, tu essaies de... »
879 A1 : « Ouais, oui une demi-heure à passer avec quelqu'un qui est motivé c'est même pas assez »
880 A2 : « Oui c'est ça »
881 A1 : « Y'a des fois où on est obligé d'écouter même quoi, au bout d'une demi-heure c'est...on s'accroche »
882 M : « Donc pour en revenir euh...on parlait de pédiatrie tout à l'heure et euh...par rapport à euh...on va dire par
883 rapport à l'inclusion d'enfants obèses dans le réseau POIPLUME...euh quelle formation avez-vous en matière de
884 surpoids et d'obésité et euh...pensez-vous que c'est suffisant ? »
885 A6 : « Bah on a notre formation de base »
886 (rires)
887 A2 : « Moi je suis allée à une formation une fois en...enfin c'était une soirée ou euh...une demi-journée, je sais
888 plus, qui avait été faite euh...organisée par POIPLUME euh... »
889 A6 : « Par POIPLUME »
890 A2 : « Mmm...au tout début »
891 A2 : « Moi je suis allée à un séminaire »
892 A : « Moi aussi »
893 A6 : « C'était deux jours et c'était bien »
894 A5 : « Oui moi aussi, un séminaire de deux jours et puis une soirée...oui c'était bien » (désigne A2 de la tête)
895 A2 : « Le séminaire moi je ne l'ai pas fait »
896 A3 : « Moi aussi j'ai fait le séminaire de deux jours, il y a pfff... »
897 A5 : « Il y a longtemps...hein. On n'était pas ensemble ? »
898 A3 : « Je dirais six/sept ans ? »
899 A5 : « Mmm »
900 A3 : « Hein ?...ça date »
901 A1 : « Moi j'ai été à deux-trois soirées »
902 M : « Donc toujours au sein du réseau POIPLUME ? »
903 A5 : « Ouais »
904 A1 : « Oui, il y avait des feuilles, des questions-réponses, des trucs comme ça »
905 A6 : « Oui, des cas »
906 A5 : « Ah oui, le séminaire c'était pas POIPLUME »
907 A6 : « Non le séminaire c'était pas POIPLUME »
908 A3 : « C'était l'AMMPPU mais il y avait une présentation »
909 A6 : « Oui, des gens étaient venus parler de POIPLUME »
910 A5 : « Oui »
911 A3 : « Voilà, à l'époque où y'avait pas...où il n'était pas sur Metz justement »
912 A5 : « Non c'était après...juste après »
913 A6 : « J'me demande c'était pas au théâtre (?) de Borny qui nous en avait parlé euh...c'était à Saint-Avold
914 ouais »
915 A3 : « L'hôpital de... »
916 A4 : « On y arrive à Saint Avold »
917 A6 : « Non, mais le réseau il était à Saint Avold je crois »
918 A3 : « Le réseau oui, mais moi je l'ai fait vraiment ce séminaire à l'hôpital...de saint-Avold »
919 A6 : « Moi je crois que c'était au foyer du jeune travailleur »
920 A3 : « Non, à Metz ? »
921 A6 : « Donc je l'ai fait... »
922 A3 : « Non c'est sûr c'était euh...c'était plus loin » (sourire)
923 M : « D'accord, OK, je vous remercie »
924 A3 : « Ça a été renouvelé d'ailleurs ce séminaire et il avait eu lieu deux années de suite après je pense »
925 A6 : « Mm Mm »

926 A3 : « Il s'était mis sur Metz, effectivement, au moment où il y a eu l'ouverture de...du réseau, je crois. J'ai dû
927 faire le...on va dire, le premier de (*rires*)...donc ça date »
928 A6 : « Mais ils étaient moins performants ton (?) que nous »
929 (*Rire général*)
930 A3 : « Enfin euh...si vous voyez euh...trois fois plus de patients que moi euh... » (*regarde A2*)
931 A3 : « Vous en avez inclus cinq, moi zéro, bon »
932 A5 : « Oui mais trois fois zéro, ça fait zéro ! »
933 (*rire général*)
934 A6 : « Mais tu as le temps ! »
935 A4 : « Allez un ! »
936 A5 : « C'est ça »
937 A2 : « Tu vas prendre l'habitude de venir travailler le mercredi dorénavant » (*petite tape amicale dans le dos de*
938 *A3*)
939 A3 : « Non, non non »
940 (*rire général*)
941 A6 : « Chaque gosse que tu vois tu krr... »
942 A4 : « Les enfants c'est le mercredi, c'est normal que tu... »
943 A3 : « Puis il y a quand même ceux qui...oui en plus je ne travaille pas le mercredi donc j'en vois moins
944 forcément et bon on est dans un quartier...enfin on travaille sur un quartier qui... » (*se tourne vers A2*)
945 A2 : « On a beaucoup de personnes âgées, c'est clair ! »
946 A6 : « Oui, mais moi j'ai une clientèle de vieux et j'ai réussi à en faire quand même. T'as quand même des
947 gosses »
948 A3 : « Non non non, j'ai des gosses, j'ai des gosses bien sûr hein, des enfants que je vois effectivement
949 euh...entre deux et trois ans, il y en a quand même...il y en a tous les jours hein, ça c'est sûr mais euh...j'ai pas
950 tous les jours euh...un problème d'obésité devant les yeux »
951 A6 : « Heureusement, Mm »
952 A3 : « Heureusement oui, le pourcentage j'crois que c'est quoi ? Treize pourcents ? » (*regarde l'observateur*)
953 A3 : « Vous ne savez pas ? »
954 A6 : « Ah ! Elle n'a rien le droit de dire »
955 A3 : « Elle a droit de rien dire »
956 A3 : « Nan, c'est plus ? Non ? »
957 A6 : « Je sais pas, je sais plus »
958 A3 : « Enfin j'ai ce chiffre là il est p't'être faux, enfin peu importe mais bon voilà quoi »
959 A2 : « Mais j'pense qu'on n'est pas dans un quartier défavorisé non plus »
960 A3 : « Non non non ! Je sais, je pense... »
961 A4 : « Ça je pense que ça joue aussi...le type de patientèle »
962 Q3 : « Oui, on est quand même sur Queuleu bon voilà, j'pense qu'il y a quand même voilà un peu moins... »
963 A5 : « Moi je les suis et j'en vois tous les jours... »
964 A3 : « J'ai pas de famille turques, j'ai pas...de problèmes culturels non plus »
965 A3 : « Hein, ça peut jouer ? On est bien d'accord » (*regarde A5*)
966 A5 : « Ouais »
967 A3 : « Puis souvent dans la fratrie... »
968 A6 : « Il y a des Turcs qui évoluent aussi, maintenant après...bon les plus jeunes c'est plus pareil »
969 A3 : « Oui oui bien sûr, mais dans la fratrie, c'est...un enfant c'est souvent... »
970 A6 : « C'est une idée avant. J'ai exagéré tout à l'heure en disant... »
971 A5 : « Oui mais euh...bah pas tant que ça hein malgré tout. Ils évoluent certes mais...non franchement les Turcs
972 ça reste un vrai problème hein, par rapport à l'obésité »
973 A3 : « Et puis les familles qui sont...enfin les familles avec trois/quatre enfants voire plus euh...quand un est
974 obèse, c'est rare que tous les autres euh...n'aient
975 pas ce problème-là...donc forcément euh...après on en a beaucoup plus d'un coup »

976 A5 : « Ouais »
977 A4 : « T'en inclues quatre d'un coup » (*pose la main sur l'épaule de A3*)
978 (*éclat de rires général, sauf A1*)
979 A2 : « Il faut que tu passes une demi-journée à inclure les quatre enfants »
980 A3 : « Voilà exactement, moi je pense qu'il... »
981 A6 : « Mais encore un parce que sinon on va pas s'en sortir »
982 A5 : « Alors pour répondre à la question : est-ce que vous pensez avoir besoin d'outils de formation ?
983 Personnellement sur l'obésité : non mais alors du coup faudrait que je refasse le séminaire entretien
984 motivationnel »
985 A3 : « Oui ça on est tous d'accord je crois »
986 (*éclat de rire de A3, rires de A5 et A6*)
987 A5 : « Parce que ça vraiment, moi c'est ma difficulté vraiment dans l'histoire. Dépister et tout ça euh...c'est bon
988 j'ai compris mais alors vraiment euh...les accrocher pendant... » (*rire*)
989 A3 : « Moi ça me fait toujours penser euh...les enfants obèses quand on doit s'en occuper, c'est un peu comme
990 les diabétiques...
991 A5 : « Ah ouais »
992 A3 : « C'est chronophage aussi parce que les diabétiques, prescrire ses anti-diabétiques ou refaire ses prises
993 de sang ou autres : y'a aucun problème, ça va vite mais quand on se lance dans la diététique d'un
994 diabétique... »
995 A5 et A6 : « Ouais »
996 A3 : « Han...c'est épouvantable parce qu'on pourrait passer des heures... »
997 A5 : « Effectivement »
998 A4 : « ...d'abord parce qu'il y a plein d'erreurs. Pour leur répéter la même chose alors : oh je sais je mange pas
999 de sucre mais quand vous leur demandez ce qu'il mange sur une journée, il y a du sucre partout parce que eux
1000 si c'est pas du sucre dans le café c'est pas sucré »
1001 A5 : « J'mange pas de sucre »
1002 A4 : « Voilà donc c'est...c'est très compliqué. Ça prend du temps et souvent je...j'ai ce truc-là parce que un
1003 diabétique, c'est pareil euh...je fais comme vous euh...j'ai fait plusieurs séminaires sur les diététiques des
1004 diabétiques et on disait la même chose : un diabétique euh...faut pas l'faire forcément maigrir, on veut lui
1005 réduire ses proportions de sucre etc...si il boit deux verres de vin il faut lui dire qu'il en supprime un mais on lui
1006 en laisse quand même un parce que si toute sa vie sinon il arrêtera pas de...bon bah les enfants c'est pareil, on
1007 peut pas leur dire pour toute la vie tu ne manges plus de Nutella®, tu ne mangeras plus ça. Il faut qu'on arrive à
1008 concilier ce qui est faisable avec la vie de tous les jours et puis euh...ce qu'on voudrait réussir donc c'est pas
1009 évident, c'est pas noir et blanc, c'est pas...donc il faut passer du temps. Même nous, souvent on répète, on
1010 répète et on répète euh...parce qu'ils vous disent qu'ils ont compris mais euh...quand vous fouillez un petit peu
1011 euh...y'a des fois on est déçu euh...du résultat (*rire*)...bon euh ou ils ne vous écoutent pas ou vraiment le
1012 message n'est pas passé...voilà c'est... »
1013 M : « D'accord »
1014 A5 : « Bon en même temps quoi manger et quoi ne pas manger c'est euh...moi je laisse ça à la diététicienne
1015 hein...euh l'enquête alimentaire »
1016 A4 : « Oui oui »
1017 A5 : « Au début moi aussi je faisais l'enquête alimentaire (*se tourne vers A5*) et puis après euh...du coup je lis le
1018 compte-rendu de la diététicienne qui est super et moi je me rends compte que j'approfondis pas tellement
1019 euh...enfin bien sûr on en parle mais euh...je euh...je fais pas vraiment de diététique »
1020 A4 : « Oui et puis c'est pas notre rôle...on n'a pas forcément la formation de diététicienne... »
1021 A6 : « Oui c'est pas non plus notre rôle hein, non non »
1022 A4 : « Donc euh ça non plus, on en connaît les grandes lignes »
1023 A5 : « Oui c'est ça »
1024 A4 : « Mais on pourra pas dire bah à la place de 200 grammes de pain tu pourras manger... »
1025 A5 : « Ah non »

1026 A4 : « Non, c'est pas possible »

1027 A2 : « C'est pas évident quand ils nous demandent euh...de déterminer des objectifs avec la famille euh...quand

1028 l'objectif c'est...bah ce serait p'tête bien qu'ils prennent un p'tit déjeuner pour qu'ils n'arrivent pas affamés à

1029 dix heures euh... »

1030 A5 : « Mm Mm »

1031 A2 : « Et puis se jeter sur les...les goûters des copains et copines euh etc...et puis la maman qui vous raconte :

1032 bah de toute façon, moi c'est hors de questions, moi je ne déjeune pas le matin »

1033 A5 : « Ouais »

1034 A2 : « Donc je ne vais pas m'asseoir avec mon fils euh...ça c'était un garçon assez grand en fait et euh...donc du

1035 coup il a jamais pris son petit déjeuner »

1036 A5 : « Ah ouais, non c'est pas possible ça »

1037 A2 : « Ou très très peu...donc voilà donc elle n'avait pas compris...pourtant j'ai essayé de lui expliquer que

1038 euh...mais euh...j'ai j'ai j'ai sans doute effectivement pas su euh...trouver les mots pour expliquer le...ou la

1039 maman n'était pas assez motivée, je n'en sais rien ou les deux ou euh... »

1040 A4 : « Et encore, là vous avez cinq médecins motivés, six parce que on fait partie du réseau, donc ça veut dire

1041 qu'on s'est intéressé à ça un jour et qu'on euh...voilà (*signes d'approbation des autres participants*). Parce que

1042 moi je prenais plein de mes collègues qui vont dire euh : nan mais attends on va pas passer trois heures

1043 euh...avec un gamin euh...parce qu'il est trop gros. De toutes les façons les parents le trouvent bien comme ça,

1044 moi j'le laisse comme ça. Moi j'ai plein de collègues, ils ont autre chose à faire de plus urgent que de s'occuper

1045 de ce problème-là si les parents ne demandent rien, pourquoi aller chercher euh...nous-mêmes...voilà, donc

1046 quelquefois même avec des collègues qui sont médecins c'est difficile ou alors quand les gens vous disent je

1047 veux voir un spécialiste »

1048 A6 : « Mm, un nutritionniste »

1049 A4 : « Un nutritionniste »

1050 A6 : « Bah c'est pas remboursé, alors là c'est le bon mot euh... »

1051 A4 : « Tout ce qui est diététique, bah tout ce qui est diététique pure, effectivement ils vont le laisser de côté

1052 parce qu'il faut payer, ici on paie pas donc c'est bien. Si vous voulez être remboursé, le nutritionniste c'est

1053 l'endocrinologue ou le diabétologue, donc euh...Mais c'est pareil, c'est des médecins, ils vont vous dire : il faut

1054 manger mille huit cent calories par jour mais ils ne vont pas vous faire des régimes...j'veux dire des plats et

1055 des... »

1056 A6 : « Non ils les envoient à leur femme qui est diététicienne et qui... »

1057 A4 : « Oui, par exemple »

1058 A5 : « Oui c'est ça »

1059 (*éclat de rires général*)

1060 A4 : « Mais j'veux dire les gens, en fait ils sortent de leur consultation, les trois quarts enfin neuf dixièmes

1061 même je dirais, ils sont déçus, parce qu'en fait euh...ils ne s'attendaient pas à ça quoi. On les a pesé, mesuré,

1062 bah nous on a fait la même chose. On leur a dit qu'il fallait tant de calories, nous aussi on sait dire ça, c'est pas

1063 difficile on a des tables, hein de calculs...donc les gens ils attendent quand même autre chose et

1064 euh...certainement des choses plus pratiques, ou j'en sais rien. Mais que ce soit... »

1065 A6 : « Ou alors ils attendent un miracle »

1066 A5 : « Oui, je crois que c'est ça aussi »

1067 A6 : « Bah il y en a quand même... »

1068 A3 : « Sans effort hein »

1069 (*les participants parlent tous en même temps*)

1070 A2 : « C'est pas évident non plus de comprendre enfin euh comment...moi j'ai pas de familles turques. J'ai une

1071 famille dont j'ai inclus euh...une petite fille euh...d'origine vietnamienne euh...c'est pas évident de savoir

1072 exactement ce qu'ils mangent et puis surtout euh...qu'est-ce qu'il y a dans...dans dans l'alimentation qui est... »

1073 A6 : « Du riz »

1074 A3 : « Du riz, ça c'est sûr »

1075 (*tous les participants parlent en même temps dans un éclat de rires général*)

1076 A2 : « ...nan nan mais je veux dire apparemment c'est très gras ce qu'ils mangent, parce que j'ai le retour des
1077 grands-parents et bon euh je veux dire je sais pas ce que c'est exactement, je ne saurais pas aiguiller la maman
1078 en lui disant changez, changez votre alimentation , ça plus ça, je saurais pas lui expliquer parce que... »
1079 A4 : « P't'être trop salé trop saucé »
1080 A1 : « C'est des pâtes et du riz »
1081 A2 : « Voilà, on en revient au problème culturel » (*montre A5 du doigt*)
1082 A5 : « Ouais »
1083 A2 : « Parce que l'alimentation je suis sûre que les Turcs ils cuisinent pas comme les vietnamiens »
1084 A5 et A6 : « Ah bah non ! »
1085 A2 : « euh...voilà et euh... trouver pour chaque culture je dirais ce qu'il va bien. Pour les familles entre
1086 guillemets françaises voilà euh...on connaît bien euh...a priori ce qu'ils mangent...ou des familles euh...turques
1087 mais installées depuis longtemps ou euh vietnamiennes mais qui mangent à la française on va dire, c'est assez
1088 facile pour nous. Dans tous les cas moi, pour euh...les particularités euh culturelles enfin j'aurais du mal à
1089 conseiller voilà »
1090 M : « D'accord, OK »
1091 A2 : « Pour l'alimentation »
1092 A4 : « C'est sûr que si leur famille leur fait du chou-fleur braisé ils te regarderaient avec des yeux...qu'est-ce que
1093 c'est que ça »
1094 A3 : « Même si POIPLUME leur donne des exemples de recettes sympas euh...pareil hein... »
1095 A6 : « Mais bon tu ne peux pas le faire en quinze langues non plus »
1096 A3 : « Bah si, il faudrait trouver des recettes turques » (*rires*)
1097 A6 : « Bah il faudrait des Turcs qui adhèrent à POIPLUME et qui fassent des trucs Turcs et puis pareil euh...et
1098 pareil des vietnamiens et voilà »
1099 A3 : « Qui soient bien équilibrés »
1100 A4 : « Oui et qu'ils s'investissent »
1101 A3 : « Ah bah c'est une bonne idée, vous pourrez transmettre ! » (*en regardant l'animateur et l'observateur*)
1102 A6 : « Bah voilà ça c'est l'idée de ce soir »
1103 A3 : « Le côté culturel et social...un problème qui peut être richesse aussi »
1104 A6 : « Mm Mm »
1105 M : « Très bien et euh...donc pour poursuivre et euh...bientôt finir euh...donc là on était sur pourquoi on
1106 incluait peu et quels étaient les facteurs qui mettaient en avant les obstacles de peu inclure d'enfants obèses
1107 ou en surpoids dans le réseau POIPLUME. Donc maintenant quels sont d'après vous les facteurs qui favorisent
1108 euh...l'inclusion d'enfants en surpoids dans le réseau POIPLUME ? »
1109 A5 : « Bah c'est tout le contraire (*A4 rit*)...des parents motivés »
1110 A4 : « La motivation des parents. Ça c'est beaucoup »
1111 A5 : « Ouais »
1112 A6 : « Mm Mm »
1113 A4 : « Parce que l'enfant...la motivation des parents »
1114 A5 : « Les parents qui ont le temps enfin qui pensent pouvoir s'investir »
1115 A6 : « Ceux déjà qui s'en préoccupent aussi, ceux qui s'en rendent compte »
1116 A4 : « La préoccupation des parents »
1117 A6 : « Ouais la préoccupation, parce qu'il y a des parents qui arrivent en disant bah écoutez j'ai l'impression
1118 que ma fille elle est en surpoids euh...depuis quelque temps voilà. Moi j'ai une dame, elle est arrivée avec des
1119 photos de classe...un de mes premiers cas et beau cas... »
1120 A5 : « Ah oui ? »
1121 A6 : « ...les photos de classe de sa gamine d'année en année sur euh...cinq/six ans. Elle avait entouré la tête de
1122 la gosse » (*A6 mime l'action d'entourer sur la table - tout le monde rit*)
1123 A3 : « Et tu la voyais au fur et à mesure (*mime avec ses mains quelqu'un qui grossit*)...gonfler »
1124 A6 : « Et elle me disait : là deuxième année de maternelle, là troisième, première année de CP, je divorce »
1125 A5 : « Ah ouais »

1126 A6 : « Elle va le midi manger ses grands-parents euh...chez mes parents hop là...trois ans » (*mime avec ses bras*
1127 *quelqu'un qui grossit*)
1128 A5 : « Ah ouais »
1129 A6 : « Euh la gamine elle mangeait chez les grands-parents et puis euh bah elle est rentrée dans le réseau
1130 POIPLUME et maintenant c'est une jeune fille tout à fait bien et puis tout a été...ça a été recadré quoi, c'était
1131 parti en vrille »
1132 A3 : « Nan mais c'est quand même assez violent d'amener les photos comme ça...pour l'enfant non ? »
1133 A6 : « Nan mais je crois, les photos elle me les avait données à part »
1134 A3 : « Ah bon »
1135 A6 : « Tu vois, pas devant la gosse »
1136 A3 : « Ah bon parce que là... »
1137 A6 : « Non non non, ah non je crois qu'on en avait parlé à part et pareil que j'avais aussi...comme je connaissais
1138 pas la p'tite quand elle était née et plus jeune, je m'étais enquiné à refaire la courbe pour voir où ça
1139 avait...mais c'était un beau cas maintenant. C'est une grande fille et c'était bien »
1140 A3 : « La motivation des parents et la motivation du coup du médecin »
1141 A5 : « Ah oui, ça c'est important »
1142 A4 : « Du médecin oui »
1143 A6 : « Oui mais nous quand on y croit forcément oui bah voilà »
1144 A3 : « Les deux du coup...c'est ça faut qu'on y croit ouais. Il faut y croire aussi effectivement mais les parents
1145 dans la mesure effectivement où... »
1146 A2 : « Mais j'suis pas sûre, on parle pas de la motivation de l'enfant. Je sais...j'suis pas sûre que la motivation de
1147 l'enfant euh...on en tienne compte »
1148 A6 : « Ah ouais »
1149 A2 : « En général il est pas motivé, il a pas trop envie. Enfin je ne sais pas je le ressens un peu comme ça »
1150 A3 : « Au premier abord oui »
1151 A2 : « Même si il est chahuté, même pour les enfants plus grands, même s'il est chahuté à l'école euh...même
1152 s'il est euh...parce que euh...bah il aime bien les bonbons. Il aime bien manger ce qu'il a envie d'manger. Il n'a
1153 pas envie de manger de légumes euh...il a...pour lui c'est que des contraintes quasiment. Il préfère jouer à la
1154 Playstation® que euh...que d'aller courir derrière un ballon euh...voilà c'est pas toujours...j'suis pas sûre que
1155 l'enfant ...alors comment réussir à motiver un enfant ? » (*mine perplexe*)
1156 A6 : « Mm »
1157 A5 : « Oui Oui, ça c'est avant de savoir parce que par exemple euh...courir derrière un ballon c'est super et
1158 donc c'est vrai en le faisant pas il peut pas en avoir envie certes mais après euh...après il peut il peut s'y
1159 retrouver le gosse euh...bah justement mon p'tit qui a pris trois kilos encore euh...bah les parents disaient bah
1160 quand même il ya quelque chose de super c'est que maintenant il mange tous les légumes alors qu'avant il ne
1161 les mangeait pas alors si ça se trouve il mange trois assiettes, c'est possible » (*rires*)
1162 A3 : « Avec de la mayonnaise »
1163 A6 : « Et plein de sauce »
1164 A2 : « Des légumes cuits euh...cuits comment ? »
1165 A3 : « C'est pas des légumes cuits à la vapeur ! »
1166 A5 : « Et il s'est motivé hein, avant il était...il avait pas de diversification alimentaire en fait et maintenant oui.
1167 Donc j'pense qu'au début il était p'têtre pas trop enclin à goûter et puis euh le simple fait que les parents
1168 comprennent et donc fassent goûter tout euh... »
1169 A3 : « Y'a les mots : que les parents comprennent. Moi j'pense c'est quand même...la première chose : c'est les
1170 parents et la motivation des parents... »
1171 A5 : « Ouais ouais »
1172 A3 : « ...qui vont justement tous les jours être là pour euh...parler à l'enfant et le motiver »
1173 A6 : « Et ce qui serait mieux c'est que les parents donnent l'exemple... »
1174 A3 : « Bah voilà »

1175 A6 : « ...parce que quand t'as des parents qui sont obèses et que tu veux faire maigrir un gosse et que les
1176 parents ils suivent pas, comment tu peux dire à un gosse : mange comme ci et toi faire autre chose à côté »
1177 A3 : « Bah c'est sûr »
1178 A- : « C'est pas possible quoi ! »
1179 A3 : « C'est pas dans POIPLUME qu'il y avait un parent qui mangeait ses frites et puis je sais plus quoi... »
1180 A6 : « Si »
1181 A3 : « ...et l'enfant en face qui... »
1182 A6 : « Mais non c'était...c'était au séminaire ! »
1183 A3 : « Au séminaire ! Bah voilà comme quoi c'est marquant ! »
1184 A6 : « C'était qu'au séminaire il y avait une BD avec une famille d'gros où ils disaient mange tes haricots
1185 verts...mange tes haricots verts sinon t'auras pas tes frites après ! »
1186 *(éclat de rires général)*
1187 A3 : « Comme quoi »
1188 A6 : « C'était ça ! »
1189 A3 : « Donc voilà c'est...c'est parlant et ça nous a...ça nous a marqués parce que voilà c'est... »
1190 A6 : « Il mangeait des haricots verts mais il bouffait quand même les frites »
1191 A3 : « Qu'est-ce que tu veux faire quand t'as un gosse comme ça ? Franchement moi je préfère les frites aux... »
1192 A6 : « ...aux haricots verts ça c'est sûr »
1193 A3 : « Donc euh.. »
1194 A6 : « Et dans une même fratrie parfois aussi il y a des enfants qui sont en surpoids mais flagrant et un autre
1195 qui est...moi j'ai une famille comme ça, bah y'a un gamin il est filiforme et les trois p'tites filles elles sont...ce
1196 sont trois p'tites bonbonnes »
1197 *(rires de A3 aux éclats et de A2 et A4)*
1198 A6 : « Non mais bon c'est euh...pourtant ils sont dans la même famille, les mêmes parents »
1199 A5 : « Ouais »
1200 A4 : « Ils mangent la même chose »
1201 A6 : « Ils mangent la même chose donc y'a aussi quand même une histoire de euh...de génétique euh... »
1202 A3 : « Certainement mais il y a aussi peut être de la quantité tout simplement »
1203 A6 : « Oui...et puis p't'être la dépense p't'être que le petit garçon il court partout »
1204 A4 : « Mm »
1205 A4 : « Il fait plus de sport »
1206 A6 : « Mm »
1207 A4 : « Quelquefois ça tient à pas... »
1208 A3 : « Et puis c'est éducationnel aussi j'crois enfin ça vient de l'éducation. *(mime perplexe de A3)* J'crois que les
1209 p'tites filles on les éduque pas forcément de la même façon que les p'tits garçons. Les p'tits garçons ils ont le
1210 droit d'aller courir et de shooter dans le ballon... »
1211 A6 : « Oui »
1212 A2 : « ... et les petites filles il faut que euh... »
1213 A1 : « Elles jouent à la poupée »
1214 A2 : « Elles jouent à la poupée, voilà c'est ça *(se tourne vers A1)*...oui c'est euh... »
1215 A3 : « Maintenant tout le monde est devant la télé et l'ordi donc ça...ça change »
1216 A1 : « C'est ce que je pensais tout à l'heure en parlant du ballon c'est que...effectivement » *(s'adresse à A2)*
1217 A3 : « Ils jouent plus dehors les enfants...ils jouent plus dehors »
1218 A2 : « Ah oui y'a ça »
1219 A4 : « Et puis l'hiver y'a ça aussi »
1220 A4 : « Et puis les beaux jours à POIPLUME...comme tout le monde est devant l'ordi et la Playstation® bah plus
1221 personne ne bougera »
1222 A2 : « Ouais ah »
1223 A3 : « Non et puis dans la réussite, il faut motiver les grands-parents, il faut motiver euh..ah... » *(se tourne vers*
1224 *A2)*

1225 A2 : « Oui la dame de cantine »
1226 A3 : « Ah voilà il faut motiver la dame de cantine...ah ça fait finalement dix personnes derrière...
1227 (*Eclat de rire général*) à motiver et on les voit pas forcément en plus (*rires*). Donc rien que ça... »
1228 A5 : « C'est démotivant »
1229 A2 : « C'est démotivant...ah oui, c'est bien la situation...c'est vrai hein j'veux dire bah bon euh...et après c'est
1230 sûr l'enfant il faut le motiver aussi mais j'pense qu'il y a déjà toute cette chaîne qu'il faut euh...pas qu'il y ait
1231 une cassure justement...parce qu'il y en a ils vont se réfugier chez les grands-parents justement parce que c'est
1232 là elle me donne plus que des légumes
1233 A6 : « En pleurant : maman elle veut pas m'donner de saucisses. Tien mon p'tit t'auras des saucisses han ! »
1234 A3 : « Certainement en disant...ils en rajoutent quoi pour euh. Voilà ils savent aller chercher ce qu'il faut voilà.
1235 J'ai un enfant comme ça, j'ai pas réussi à l'inclure justement mais il est...bon il a plus de treize ans euh...il
1236 mangeait tous les midis chez sa grand-mère mais euh...il avait les clés elle était pas là voilà...donc une grand-
1237 mère qui était active donc euh...et il ouvrait le frigo et il prenait ce qu'il y a avait quoi mais il y avait pas un
1238 repas préparé »
1239 A5 : « Ah d'accord »
1240 A3 : « Au début j'avais compris qu'il mangeait chez la grand-mère mais bon »
1241 A6 : « Mm Mm »
1242 A5 : « Bah oui, avec la grand-mère »
1243 A3 : « Avec la grand-mère mais bon en fait il mangeait tout seul et donc euh...bah oui »
1244 A6 : « Ce qu'il voulait en plus »
1245 A3 : « Bah voilà donc finalement c'était bon...c'était du fromage, c'était du saucisson à midi, c'était voilà c'était
1246 c'était...c'était un sandwich »
1247 A5 : « C'était pas un repas »
1248 A3 : « Et deux fois par semaine entre midi, il avait le droit de manger dehors alors c'était kebab...donc deux fois
1249 kebab c'était pas un Turc enfin c'est pas un Turc donc euh voilà bon bah après euh...ça paraît simple qu'on lui
1250 prépare des repas qui se chauffent dans un micro-onde voilà euh mais bon ça n'a pas été mis en place. Je...je
1251 pense pas que l'inclure euh dans POIPLUME euh...on gagnerait quelque chose, voilà »
1252 A2 : « Moi j'connais un enfant...un adolescent qui euh...donc au moment de l'adolescence donc quinze, seize,
1253 dix sept ans a énormément grandi. Il a minci. Il était peut être pas obèse mais pas loin euh...je sentais toujours
1254 aucune motivation de la part de la maman et il a énormément grandi et énormément minci et quand même il
1255 posait des questions. Je trouvais ça bizarre euh...il avait même perdu un peu de poids je crois et euh...j'ai posé
1256 la question. En fait euh, à force de questionner, euh j'ai remarqué que la maman avait abandonné la cantine et
1257 que euh le garçon revenait à la maison et mangeait trois fois rien à midi euh...donc du coup il avait maigri
1258 voilà. Mais c'est pas forcément génial parce qu'il mangeait pas très équilibré mais comme il était tout seul, bah
1259 il avait pas vraiment faim et...voilà donc euh...c'est pas forcément une bonne chose »
1260 A3 : « Oui c'est sûr, un syndrome dépressif...faut pas le louper parce qu'après »
1261 A2 : « C'était pas...c'était l'adolescent pas super quoi...l'adolescence...ça aussi c'est un argument qui freine un
1262 peu les parents. De toute façon à l'adolescence euh...il va grandir et il va perdre du poids, c'est bien connu
1263 euh...c'est pas toujours le cas hein »
1264 A1 : « Une fois sur d'eux »
1265 A2 : « Ils sont sûrs d'eux ? Oui sûrement »
1266 A1 : « Une fois sur deux »
1267 A2 : « Ah une fois sur deux, oui d'accord j'avais pas compris ce que tu disais »
1268 A1 : « C'est vrai que c'est un classique »
1269 M : « Donc euh, les facteurs favorisant l'inclusion d'enfants on est essentiellement sur la motivation »
1270 A3 : « Des parents »
1271 M : « De la famille et des parents quoi »
1272 A2 : « Et du médecin aussi quand même »
1273 A1 : « Oui aussi bien sûr »
1274 M : « D'accord OK, on est bon »

1275 O : « Vous avez des choses à rajouter ? »
1276 A1 : « La question que je me pose c'est est-ce qu'on doit se battre pour motiver ou est-ce qu'il faut répondre à
1277 une motivation qui existe ? Il faudrait savoir et voir les résultats au long terme parce que sinon on s'essouffle
1278 pour rien. En tout cas on a des outils pour répondre »
1279 A6 : « P't'être qu'avec l'expérience on commence à dépister les cas où on sait que ça va peu marcher. On est
1280 démotivé pour certains cas mais y'en a d'autres où on se dit bah y'a une chance que ça marche celui-là donc si
1281 tu sélectionnes des beaux cas ça va marcher mieux (*rire de A5*). C'est comme la chirurgie cardiaque : savoir si
1282 on opère tout le monde ou pas »
1283 A3 : « De la qualité ou de la quantité ! »
1284 A6 : « Ouais »
1285 A5 : « Mais c'est comme euh...en effet de euh...motiver enfin moi je crois que c'est p't'être pas mal de distiller
1286 de temps en temps, au fil des consultations pour la rhinopharyngite et tout de ou... »
1287 A6 : « Ça fait jamais de mal d'en parler »
1288 A5 : « Oui de faire un rappel sans...sans dépenser toute l'énergie euh...à vouloir le faire en...à vouloir l'inclure
1289 parce que bon bah hein...mais à chaque fois ah bah tiens on va regarder où on en est dans la courbe. Ah bah ça
1290 a encore grimpé euh... »
1291 (*rires des participants*)
1292 A6 : « Pas hésiter à leur dire quand même »
1293 A5 : « Euh...sans sans larguer toute la grosse batterie »
1294 A4 : « J'pense que si on veut des consultations pour placer un mot on en a quand même souvent »
1295 A5 : « Ouais, bah ouais c'est ça »
1296 A4 : « Bon bah j'parle pas de la rhinite parce que bon si ils viennent se faire traiter pour ça et qu'à chaque fois
1297 on leur parle de leur poids, j'pense qu'ils ne viendront plus »
1298 A1 : « Bah voilà, c'est ça »
1299 A4 : « On leur donne déjà que des choses non remboursées d'une façon générale alors si en plus tu lui dis qu'il
1300 est obèse alors là t'as perdu ton client. Mais euh j'pense qu'effectivement... »
1301 A1 : « À ce moment-là on a un regard noir de la mère on s'dit...faut pas le refaire trop de fois »
1302 A4 : « Ouais mais bon, euh moi j'ai...enfin j'veux dire y'a des rentrées de maternelle, de CP où on refait des...on
1303 regarde les courbes, les poids ou la feuille pour les antibiotiques, pour calculer, combien il fait ? Mettez-le voir
1304 sur la balance. Ah bah t'as pris tant que ça depuis la dernière fois. Non mais j'veux dire des fois c'est...faut
1305 trouver l'occasion »
1306 A1 : « Ça me fait penser : la médecine scolaire, comme la médecine du travail »
1307 A5 : « Alors attention parce que moi là... »
1308 A1 : « C'est la médecine scolaire qui devrait dire faut aller voir le médecin »
1309 A5 : « Alors ils le font aussi mais moi j'ai eu le cas inverse. C'était pour ma fille qui est je sais...enfin alors elle est
1310 sous les courbes ma fille donc voilà mais elle l'a toujours été. Et du coup, la médecine scolaire, ma fille elle est
1311 rentrée : maman je suis maigre ! (*rires*) Mais punaise c'est depuis la naissance donc. Alors en fait ce que je
1312 reprochais à la médecine scolaire c'est qu'elle a lu...elle a lu un point »
1313 A4 : « Oui au lieu de regarder la courbe »
1314 A5 : « Elle a lu un point. Elle n'a pas regardé une courbe. Donc c'est...c'était nul et non avvenu en fait. Donc voilà
1315 et euh...pareil dans le sens inverse hein euh...elle lit un point donc justement si il croise les couloirs, elle voit
1316 pas. Si il est au-dessus mais en fait ça fait depuis la naissance qu'il est au-dessus et qu'il suit sa courbe à lui ah
1317 bah...c'est pas important »
1318 A2 : « Mais la médecine scolaire, ils demandent quand même les carnets de santé hein ? »
1319 A5 : « Ah bah moi elle l'a vu qu'une fois »
1320 A6 : « La mère avait oublié de lui donner tout simplement » (*regarde A5 – A5 et A6 rient*)
1321 (*rires aux éclats de l'ensemble des participants*)
1322 A3 : « Ah j'ai eu le droit à tout : aller chez l'ORL, aller chez l'ophtalmo, aller chez... »

1323 A6 : « Non mais hé, et puis la vie elle est injuste. Moi j'ai trois enfants et la dernière elle mange mal. Elle aime
1324 pas les légumes, elle aime pas les fruits. Elle aime le Coca® euh...elle aime euh les pâtes, les kebabs, le Mac Do®
1325 et euh...bah elle est normal quoi »
1326 A5 : « Ah Ouais, ouais ouais »
1327 A4 ; « Elle a la chance de pas grossir »
1328 A1 : « C'est une sportive aussi »
1329 A6 : « Comment ? »
1330 A1 : « Elle fait du sport, non ? »
1331 A6 : « Oui, elle fait beaucoup de sport »
1332 A2 : « C'est vrai que c'est pas facile de ne pas culpabiliser les parents quand on commence à mettre le point sur
1333 le euh...sur le problème du poids et... »
1334 A3 : « Oui »
1335 A6 : « Bah ça les renvoie à eux-mêmes surtout quand eux-mêmes ils sont obèses »
1336 A3 : « Même si ils sont pas obèses parce que ça leur ça les euh...ça les renvoie à leur...à leur
1337 A6 : « À leur mauvaise éducation et les mauvaises euh... »
1338 A4 : « J'ai aussi l'exemple, j'ai un neveu mais je sais pas combien il pèse, je sais pas combien il mesure c'est pas
1339 moi le médecin mais à vue de nez il a un problème de de...euh de... »
1340 A6 : « De surpoids »
1341 A3 : « ...de surpoids. J'en ai parlé à ma sœur. Elle a écouté »
1342 A6 : « Elle l'a mal pris ? »
1343 A3 : « Non, elle a écouté. Elle l'a dit au médecin euh...généraliste. Je lui ai dit bah profite parce que tu dois y
1344 aller, je sais plus ce qu'elle devait faire...un certificat. Profite, parle lui en. Bah lui, il a trouvé que c'était bien »
1345 *(laisse tomber la main sur la table)*
1346 *(éclat de rires de A2, A4, A5 et A6)*
1347 A3 : « Il lui a dit : bah il va grandir »
1348 A2 : « Bah c'est ça »
1349 A3 : « Il a quatorze ans quand même. Là on est déjà plus dans l'inclusion euh...POIPLUME mais bon enfin ils
1350 sont euh...en région parisienne quoi alors euh... »
1351 A6 : « Mais il avait pas envie de s'emmerder »
1352 A3 : « Et le poids ? »
1353 A6 : « Bah oui tout à fait »
1354 A3 : « Alors j'ai essayé, avec précautions, d'en parler...pas d'avant le beau-frère parce que...ouais ta sœur alors
1355 machin...voilà et voilà euh...ça s'est terminé net...en flop »
1356 A4 : « Bon donc on revient à la motivation du médecin »
1357 A6 : « Mais c'est pas grave, ta sœur a pris conscience »
1358 A3 : « Bah... »
1359 A6 : « Bah elle a entendu quelque chose...donc bon p't'être qu'elle va... »
1360 A3 : « Elle a entendu mais bon entre euh un médecin et c'est ta sœur qui voilà...et un qui a plus de poids
1361 forcément parce que voilà... »
1362 A6 : « Ouais »
1363 A3 : « On est mal quoi »
1364 A4 : « C'est le gamin qui décide après »
1365 A3 : « Ouais mais bon bref, c'est p't'être aussi euh...voilà il va grandir...alors à quatorze ans oui, il va grandir
1366 tant mieux mais pas autant que... »
1367 A6 : « Mais parfois l'adolescence ça déclenche euh... »
1368 A3 : « Oui mais bon c'est quand même bien de... »
1369 A6 : « De faire gaffe »
1370 A3 : « ...de faire attention »
1371 A6 : « Et son père, il est gourmand ? »
1372 A3 : « Oui »

1373 A6 : « Ah bah donc tu as bien fait d'pas en parler au père ! »
1374 *(éclat de rires général)*
1375 A3 : « Bah sinon tu étais fâché à vie avec ton beau-frère »
1376 A3 : « Non mais voilà, c'est...c'est une situation où même en prenant beaucoup de précautions, où il y a de
1377 l'écoute...on va voilà...et puis derrière euh...un père qui certainement a p't'être pas entendu et un... un
1378 médecin qui euh... a trouvé ça pas trop grave. Bah, il a pas dit qu'il avait pas un problème, il a souligné qu'il
1379 était un p'tit peu au-dessus...il l'a quand même souligné »
1380 A6 : « C'est pas grave, il va grandir »
1381 A3 : « Voilà, voilà »
1382 A3 : « Donc le euh...ça j'pense que ça on parlait qu'ils sont pas motivés ou qu'ils ont pas le temps mais y'a des
1383 conclusions qui sont quand même peut-être euh...un peu euh...limites parce que là on dit c'est bon. Il y a pas de
1384 souci alors au lieu de dire y'a p't'être pas de souci ou... »
1385 A4 : « On va surveiller »
1386 A3 : « On va surveiller voilà... »
1387 A4 : « Tout simplement »
1388 A3 : « ...sans forcément mettre euh...une tartine sur euh...sur quelques kilos en trop mais revoir dans trois mois
1389 mais voilà »
1390 M : « OK »
1391 O : « OK, d'autres choses ou... »
1392 A6 : « On peut p't'être couper la caméra »
1393 *(rire général)*
1394 O : « Merci d'avoir participé »

TRANSCRIPTION DU FOCUS GROUPE B :

6 participants :

B1 : médecin généraliste femme, âgé de 56 ans, activité de ville, à Metz dans un cabinet de groupe, tous types de patients de 0 à 99 ans

B2 : médecin généraliste femme, âgée de 53 ans, activité de ville, à Metz-BORNY au sein d'une ZUP (Zone à Urbaniser en Priorité), en cabinet de groupe, population jeune comprenant beaucoup d'enfants

B3 : médecin généraliste homme, âgé de 59 ans, activité de ville, à Metz, en cabinet individuel, médecin régulateur au centre 15, fait de l'homéopathie

B4 : médecin généraliste, femme, âgée de 60 ans, activité de ville, à Metz, en cabinet de groupe, voit beaucoup d'enfants, fait de l'homéopathie

B5 : médecin généraliste homme, âgé de ?, activité de ville, à Metz, en cabinet individuel, suit plus de personnes âgées que d'enfants mais suit quand même des enfants

B6 : médecin généraliste femme, âgée de 44 ans, activité de ville, à Metz-Technopôle, en cabinet de groupe, patientèle très jeune

M : animateur

O : observateur

Durée d'enregistrement : 1h24

- 1 M : « On va commencer par une première question : pourquoi avez-vous adhéré au réseau POIPLUME ? »
- 2 B1 : « Moi ce qui m'intéressait c'est que la diététicienne était non payante pour les patients »
- 3 M : « Elle était ? pardon »
- 4 B1 : « Les patients ne la payent pas et que euh...ça m'évite une longue consultation à expliquer, déjà à chercher
- 5 le type d'alimentation et à expliquer euh...ce qu'il faut faire etc...pareil pour la psychologue qui...qui intervient
- 6 et les patients n'ont pas à faire l'avance »
- 7 M : « D'accord »
- 8 B3 : « Pour répondre à la chose que vient de dire madame : à savoir qu'on est en régime local ici et que les
- 9 gens, l'argent c'est souvent un blocage. Le fait qu'il y ait une prise en charge par la diététicienne et la
- 10 psychologue, c'est énorme »
- 11 M : « D'accord »
- 12 B2 : « Oui pareil, je euh...c'était très intéressant que ça soit euh...non payant, surtout euh...dans la zone où je
- 13 travaille, où les gens n'ont pas beaucoup euh...pas beaucoup de moyens, du tout voire. Ils sont souvent en
- 14 dispense d'avance de frais et ils n'ont pas du tout les moyens d'aller voir le psychologue ou la diététicienne
- 15 hein (*hochement de la tête*)(*blanc*). Et puis bon j'avais entendu parler de ce réseau. J'avais fait un séminaire sur
- 16 l'obésité de l'enfant aussi euh...c'était pas à Pâques euh il y a quelques années. Ça m'avait bien intéressé
- 17 comme sujet et puis euh...(haussement d'épaules) toujours pareil, dans la zone où je travaille, il y a
- 18 beaucoup...je trouve qu'il y a beaucoup d'enfants obèses par rapport aux autres quartiers je sais pas mais
- 19 c'était un problème important dans mon quartier »
- 20 M : « Ok. (*blanc*) Vous voulez peut-être compléter euh... »
- 21 B3 : « Bah disons euh...j'avais eu un premier contact avec une femme pédiatre, Dr BAHNER et le fait déjà...elle
- 22 est venue au cabinet spontanément. Enfin on avait pris contact par téléphone et puis elle a bien expliqué le
- 23 système, la mise en place. Voilà »
- 24 M : « D'accord »
- 25 B3 : « J'aurai d'autres choses à dire mais plus tard »
- 26 M : « Ça va venir avec les questions suivantes »
- 27 B3 : « Oui »

28 B4 : « Moi je euh...je connaissais des personnes qui intervenaient dans le réseau POIPLUME et qui euh...du coup
29 j'm'y suis euh...j'm'y suis intéressée un peu et puis j'ai été à une première réunion et puis voilà c'est parti »
30 M : « OK »
31 B5 : « Ce qui me semblait moi intéressant c'est la prise en charge globale dans le problème de l'obésité qui est
32 quand même quelque chose de très très chronophage et sur le même endroit où on pouvait entre guillemets
33 euh...consulter toutes les parties prenantes dans un problème comme celui-là et c'est vrai que pour la
34 simplicité des gens, le côté financier est très important il est *vrai (désigne B1 et B2 de la main)* euh...mais je
35 trouve en fait : trouver sur place tout, y compris jusqu'à la gym, j'pensais que c'était euh...idéal pour des gens
36 qui le méritait mais pour lesquels nous médecins enfin moi, médecin à mon niveau dans mon cabinet je n'avais
37 pas, je n'avais pas certainement à persuader d'aller voir-ci de faire faire ça surtout la rythmologie des choses
38 qu'il fallait faire. La prise en charge globale était pour moi très très salvatrice et je trouvais que moi ça me
39 libérait d'un poids y compris ma conscience, parce que ne pas le faire ça me posait problème donc les envoyer
40 là-bas c'était forcément si ce n'est bien fait, mieux fait que par moi. Et de fait, j'ai été euh...c'était rassurant
41 pour moi »
42 M : « OK, très bien »
43 B6 : « Moi j'avais entendu parler de POIPLUME en fait dans une formation je pense aussi médicale. Je leur ai
44 envoyé beaucoup de patients jusqu'au jour où ils m'ont contacté pour me dire mais pourquoi vous nous les
45 envoyés. Donc ils m'ont fait adhérer en fait à l'association euh...pour que j'évite d'envoyer à d'autres médecins
46 quoi »
47 M : « D'accord »
48 B6 : « Et puis je trouvais que c'était intéressant pareil, parce que ça prend du temps, parce que ben la
49 psychologie c'est pas évident euh...la diététique aussi enfin c'est tout ça ça prend beaucoup de temps et au et
50 au cabinet c'était pas trop possible et je trouve que ça marche bien comme ça, c'est une bonne aide »
51 M : « D'accord et euh quels sont vos objectifs en ayant adhéré au réseau POIPLUME ? »
52 B1 : « Bah ça libère déjà du temps sur la consultation euh...par rapport euh...bon le dépistage on le fait après
53 euh...au niveau alimentaire euh...leur parler de ce qu'il faut faire, pas faire etc...je suis pas sûre d'avoir le temps
54 et puis la manière aussi de le faire quoi voilà. Et puis on connaît toute la famille alors c'est vrai on connaît un
55 peu les habitudes alimentaires. Ça fait...enfin la famille que je connais j'ai pas réussi à changer les choses pour
56 que le gamin ne devienne pas obèse donc je me dis c'est qu'il y a autre chose à faire que je ne sais pas faire.
57 Sinon je pense qu'on aurait p't'être pu le faire avant quoi »
58 M : « Oui c'est sûr »
59 B5 : « Et le fait aussi que plusieurs personnes, plusieurs intervenants donc plusieurs discours tu t'avances à
60 avoir le même discours. Quelqu'un qui revient alors vous n'avez pas fait ci, vous êtes un peu déçu. Quand ils
61 voient d'autres personnes ben ça peut donner un petit peu plus de motivation que de rabâcher toujours les
62 mêmes choses. Donc chacun a sa personnalité donc tous les intervenants et peut-être que dans tous les
63 intervenants bah y'en a un qui va mieux enfin peut-être que le petit va mieux adhérer et pourquoi pas prendre
64 confiance. Moi en tant que médecin, homme, j'ai sûrement moins de facilités...même si je suis pas
65 complètement nul à ce sujet mais j'ai moins de facilités à faire adhérer un p'tit gamin, une p'tite fille à mon
66 discours alors que les personnes qui interviennent euh...elles ont souvent euh...je ne sais pas un...des facilités
67 pour euh...pour redire ou pour faire passer quelqu'un d'autre etc...c'est moins scléreux c'est peut-être un petit
68 peu trop fermé. Que ce soit un peu plus ouvert, ça donne un peu plus de, je l'espère, enfin un peu plus de
69 choses. Enfin c'est ce que je constate avec la petite patiente que j'ai. C'est vrai, la petite patiente que j'ai elle
70 est...en plus c'est difficilement gérable, elle a un p'tit caractère particulier et donc euh...si il n'y avait que moi
71 tout seul, je pense que je ne m'en sortirais pas avec elle...je m'en sortirais pas. Alors que là je sens qu'elle a
72 trouvé certaines personnes qui...qui répondent à son...son mode de pensée et elle semble adhérer davantage.
73 Elle semble prendre conscience et il y a plus de considérations au discours qu'on lui fait »
74 M : « D'accord, très bien »
75 B5 : « Et puis quand un prof de gym lui dit faut faire de la gym : c'est un prof de gym, c'est pas un médecin.
76 Quand une diététicienne lui dit : il faut manger ça. C'est une diététicienne, c'est pas le médecin. Un médecin

77 c'est à un autre niveau, c'est un peu trop vaste disons pour qu'un petit adhère. Même si les parents sont
78 importants, il faut que le petit adhère aussi. Voilà »

79 M : « Oui »

80 B5 : « Donc euh...c'est ce côté-là...c'est ce que je cherche dans ce côté-là de POIPLUME : c'est pouvoir un peu
81 dispatcher dans tous les domaines qui peuvent intéresser, qui intéressent le problème du poids »

82 M : « D'accord, très bien, merci. Euh...on va peut-être revenir euh...quels sont vos objectifs en adhérant au
83 réseau POIPLUME ? pour revenir sur la question, plus précisément...(blanc)...dans la mesure où il y en a »

84 *(Rire général)*

85 B2 : « Bah oui euh les objectifs c'est être le plus efficace possible pour euh...pour les p'tits patients euh...je
86 crois. Je pense que ça leur donne une chance supplémentaire effectivement euh, d'arriver à à...évoluer à faire
87 différemment parce que je te rejoins sur ce que tu dis *(regarde B5)* : quand il y a plusieurs personnes qui disent
88 la même chose ça conforte et l'enfant et la famille. Si il n'y a qu'un son de cloche bon bah »

89 M : « C'est plus efficace quoi »

90 B2 : « Oui, je pense que c'est plus efficace oui »

91 B3 : « Oui et puis il y a plusieurs intervenants : chacun donne un éclairage différent et puis finalement ça évite
92 de trop se focaliser sur le poids parce qu'effectivement, par l'activité physique, par le mode de vie, tout
93 simplement par l'apprentissage de l'alimentation euh...les parents euh...croient très bien faire et c'est dans
94 leurs habitudes euh...moi je me souviens d'un reportage à la télévision où il y avait un monsieur qui était chef
95 de cuisine, il faisait une omelette de douze œufs quoi pour ses enfants . Il était cuisinier dans une cantine. Il
96 n'avait plus la notion des proportions. Donc c'est un peu un cas extrême mais enfin c'est exhaustif. Donc
97 euh...là dans la mesure où euh...on s'adapte à chaque enfant bien entendu, l'éclairage différent de chacun est
98 important aussi. Voilà c'est euh...et puis le fait que ce soit vraiment global : l'aspect diététique, l'aspect
99 psychologique, l'activité physique et puis peut-être aussi comprendre un peu là où on a peut-être une part
100 quand même parce que effectivement vu qu'on connaît le milieu familial, on peut peut-être de temps en
101 temps recentrer les choses aussi. On connaît le vécu de la famille et la...la problématique de la famille
102 éventuellement hein, ne serait-ce qu'un conflit de séparation par exemple, c'est pas hein... »

103 B5 : « Ce que je retiendrais c'est le côté libération du temps qu'on a parce que dans ces cas-là on a quand
104 même un rôle c'est pas refiler un bébé complètement hein c'est euh...on a un rôle parce que dans ces cas-là on
105 peut se recentrer sur des choses qui nous incombent en tant que médecin et pas toujours euh...rabâcher
106 toujours...parce que je vois c'est trop court une consultation. Il faut manger ci, il faut pas manger ça, il faut faire
107 ci, il faut pas faire ça, nous on s'occupe justement peut-être du milieu familial donc dans ces cas-là on peut plus
108 se centrer sur euh...les parents, comment faire pour les aider euh enfin...je dirais à gérer un enfant qui fait pas
109 euh...ce qu'ils disent ni ce qu'il doit faire etc...alors que l'enfant en lui-même c'est trop...trop de temps passé
110 avec un enfant pour lui expliquer des choses que je ne sais pas ce qu'en fonction de son âge, ce qu'il peut
111 comprendre, admettre etc...alors que là c'est quand même bien fait et puis je suppose qu'on ne s'attaque pas
112 que...enfin j'veux dire à la diététique, le poids, faut manger ci, faut manger ça, faut le côté ludique que moi
113 j'aurais du mal à aborder : je n'ai pas le temps et puis je sais pas moi, je suis médecin hein , je...je soigne des
114 gens malades entre guillemets. J'évite qu'ils soient trop malades...mais surtout ça fait poser le problème
115 intérêt, d'ouvrir l'esprit à un enfant et ça... j'avoue que c'est...c'est...faut être un peu plus spécialisé et il faut
116 avoir du temps et ça je peux pas. Donc une consultation, c'est...c'est restreint, c'est petit une consultation de
117 médecine générale pour ceux qui connaissent, c'est...quand il faut tout gérer : le téléphone qui sonne euh...les
118 écritures, enfin tout. Quand vous soignez quelqu'un vraiment, il ne reste plus beaucoup de temps. Si en plus il
119 vous faut prendre le temps d'écouter, de transcrire, de retraduire ce qu'il a voulu dire etc...C'est ce qu'il faut
120 faire hein dans ces cas-là... »

121 M : « Oui, c'est sûr »

122 B5 : « ...Bah vous ne pouvez plus hein parce que là...la salle d'attente elle s'allonge. Donc ce côté-là, c'est vrai
123 que c'est ça qui est intéressant dans POIPLUME quoi, tout en ayant ce côté euh...c'est vrai que...donc après j'ai
124 appris comment on recevait un peu les papiers de POIPLUME. C'est vrai après il faut dire les trucs mais après il
125 y a une certaine synthèse que moi j'intègre donc euh...personnel de santé, dans ma consultation d'après. Je
126 vois très...très vite, très bien, le point qu'il faut aborder, parce qu'on ne peut pas tout aborder. Alors le point

127 euh du style euh...il y a quelque chose qui a cloché...eux ils s'en sont aperçus, ils m'en font part et c'est là que
128 j'interviens. Voilà il y a ça qui ne s'est pas bien passé, c'est là-dessus qu'il faut que je me concentre alors que
129 sinon dans ma consultation il aurait fallu que je pose trois mille questions pour arriver à ce point-là »
130 M : « Oui je comprends bien »
131 B1 : « Oui puis je pense que les familles, on les voit depuis longtemps. Si on avait pu voir ça au départ, on
132 l'aurait fait. Il faut un autre regard. On les voit trop ou enfin on les voit trop...on ne les voit pas spécialement
133 pour ça et on n'a pas fait attention...enfin moi. Et puis je me dis, quand je reçois les comptes-rendus de la
134 diététicienne, et puis que je vois ce qu'il mange...je me dis mais je leur avais posé la question et c'est pas ça
135 qu'ils m'ont dit. Si ils m'avaient dit ça au départ euh...»
136 B5 : « Moi aussi je suis surpris quand je vois les...les achats... »
137 B1 : « Oui, il prend juste un pain au chocolat »
138 B5 : «... ce qui paraissait un petit truc dans la conversation en fin de compte, oui en fin de compte c'était...on
139 peut être surpris quand même des enquêtes hein qu'on peut avoir »
140 B1 : « Je pense que c'est parce qu'elles ont le temps aussi de parler de ça »
141 B5 : « Alors elles ont le temps...elles le prennent en tout cas ça c'est certain »
142 B1 : « Et puis elles ont la façon de demander. C'est peut-être moins sanctionnant que nous peut-être »
143 B5 : « Oui, je suppose qu'elles ont appris enfin...à s'en occuper enfin comme il faut »
144 B6 : « Et puis moi, enfin l'obésité des enfants ils ne viennent pas en consultation pour ça. Moi je le dépiste
145 parce que je les suis : je suis le poids, la corpulence, enfin la taille et puis en fait ça vient toujours à la fin de la
146 consultation parce que il y a eu tout le reste après alors euh...si après il faut encore euh...enfin c'est long quoi
147 et euh c'est vrai qu'on n'a pas du tout les mêmes moyens qu'eux, enfin on n'a pas la même formation de
148 diététique non plus. Faire les enquêtes ça prend du temps euh. Enfin voilà c'est une aide fantastique quoi »
149 M : « D'accord »
150 B4 : « Et puis en général on ne parle plus de diététique avec les enfants, bon les tout petits euh... on détaille et
151 puis après les parents ne nous interrogent plus trop et c'est quand on voit effectivement tout d'un coup le...la
152 balance du poids euh est plus favorable. C'est vrai que c'est bien d'avoir un groupe, on dit : bah tenez là j'ai
153 quelque chose de sympa. Vous allez avoir tout sur place. Enfin je suis...d'ailleurs c'est une question : les
154 psychologues, les diététiciennes, c'est...c'est un numéro de téléphone mais elles sont chez elles ? Ou bien il y a
155 un lieu où... »
156 B1 : « Non, elles sont chez elles »
157 B6 : « Elles sont à leur cabinet »
158 B2 : « Elles sont à leur cabinet »
159 B4 : « OK »
160 M : « Elle n'a pas le droit de parler et je ne sais pas répondre »
161 B4 : « C'est comme les...ceux qui s'occupent du sport : bah je sais qu'il y a...qu'il y a des gens mais euh...je ne
162 sais pas comment ils interviennent ? »
163 B6 : « Je crois qu'il intervient sur les lieux en fait. Il doit donner des rendez-vous, il a il a des consultations »
164 B5 : « Si c'est du sport à la piscine, ça ne peut pas être autre part qu'à la piscine et puis les autres sports bah... »
165 B6 : « Mais il a des consultations aussi en fait. Il consulte... »
166 B5 : « sur le lieu là...du Sablon »
167 B6 : « Ouais »
168 B5 : « Et après il les dirige. Il le fait depuis euh...moi je l'ai vu quand je suis rentrée, il y a un an et demi je crois.
169 Il le fait très bien d'ailleurs »
170 M : « OK, très bien. On va passer à la suite. Quelle est la définition de l'enfant en surpoids ? »
171 B5 : « Ma définition est inexacte peut-être, je ne sais pas si c'est...»
172 M : « Selon vous : quelles est la définition de l'enfant en surpoids ? »
173 B1 : « Bah on a les courbes : si ça dépasse la courbe. Il y a celle-là de définition »
174 *(Rire général)*
175 B1 : « Et puis après il y a la définition des parents qui trouvent que bah que leur gamin est gros et puis pesé,
176 mesuré bah en fait non ça va. Donc là c'est un autre travail à faire quoi »

177 B5 : « Et puis il y a l'inverse aussi : les parents qui trouvent qu'il est maigre le petit. Alors là ceux-là c'est p't'être
178 plus dur encore. Il faut rien changer. Donnez-nous quelque chose pour qu'il grossisse ! Ça c'est terrible »
179 *(Rire général)*

180 B5 : « Non le surpoids ça dépend aussi, enfin je suppose : léger, moyen, fort le surpoids. Hein, pour moi
181 surpoids, ça veut pas dire grand-chose. C'est sûr que j'enverrais pas un gamin qui a un IMC qui est euh...je
182 dirais à la limite parce que je ne veux pas surcharger un truc comme POIPLUME pour ça. Je conçois quand j'ai
183 un gamin qui est euh...enfin j'ai pas en tête en fonction des âges mais...enfin qui est vraiment en surpoids et
184 puis surtout quand je vois par exemple qu'il y a un gamin qui est en surpoids plus un petit problème enfin un
185 gros problème psychologique par exemple ou un enfant en surpoids et puis le papa et la maman gros comme
186 ça (*mime une personne obèse*), là je me dis, il ne va pas s'en sortir tout seul, il ne va pas s'en sortir avec moi. La
187 seule façon d'arriver à faire quelque chose, c'est même si les parents vont p't'être pas faire grand-chose parce
188 que des fois c'est...c'est peine perdue. Au moins le gamin on peut essayer de lui faire comprendre quelque
189 chose que moi...en allant dans ce genre de centre, il peut s'en sortir. Parce que c'est vrai par exemple quand je
190 vois vraiment les parents obèses et l'enfant ou les enfants obèses, pour moi j'ai tendance à dire c'est cuit enfin
191 j'arriverai pas à les faire euh...revenir à la normale... »

192 M : « Mmm »

193 B5 : « Alors qu'avec POIPLUME je pense que isolé du contexte, l'enfant peut s'en sortir et pour les parents c'est
194 p't'être pas une mauvaise chose. Il y en a un des deux au moins qui peut répondre, à l'écoute, en comprenant,
195 en voyant ce qui se passe, en voyant que ça se passe bien pour l'enfant, qu'on peut faire pareil, que c'est pas
196 forcément une fatalité parce que la grand-mère était grosse, parce que le père était gros etc...hein, que
197 finalement il y a peut-être quelque chose à changer dans sa culture euh...diététique, sa culture culinaire pour
198 arriver à faire quelque chose. Donc la définition du surpoids chez un enfant, ça dépend de...du contexte quoi
199 voilà. »

200 M : « D'accord »

201 B5 : « Je pense qu'il n'y a pas un surpoids fatidique où là il faut l'envoyer ou là il faut pas. À mon avis ça dépend
202 du contexte »

203 M : « Est-ce que quelqu'un veut compléter euh...par rapport à la définition de l'enfant en surpoids ? »

204 B2 : « Bah je croyais qu'il n'y avait plus cette notion d'enfant en surpoids...qu'on parlait d'obésité à partir du
205 moment où l'IMC dépassait euh...la courbe quoi...qu'il n'était plus dans les courbes d'IMC en fonction de l'âge
206 euh...Je pensais qu'on parlait d'obésité directement : obésité de degré un et obésité de degré deux voilà. Alors
207 que c'est vrai, on parle du surpoids quand l'enfant vient. On dit pas...enfin je ne prononce jamais ce mot
208 obésité parce que c'est péjoratif quoi. Donc on...on dit toujours bah voilà euh...votre petit euh...est en surpoids
209 euh...c'est moins c'est moins euh voilà c'est moins péjoratif quoi, moins...moins dur à entendre déjà pour
210 l'enfant au moins pour l'enfant. Et puis euh...quoique l'enfant bon si il est tout petit : obésité ça ne lui parle pas
211 tant que ça non plus mais bon c'est vrai que qu'en je veux appuyer je parle d'obésité quand euh...je veux que
212 les parents comprennent vraiment qu'il y a un problème je parle plus à ce moment là d'obésité que de surpoids.
213 C'est vrai que surpoids ça fait...c'est gentillet quoi surpoids. Obésité euh...c'est déjà plus...voilà quoi...ça marque
214 un peu plus les esprits quoi...des fois on a besoin que les parents en prennent vraiment conscience, enfin
215 surtout là où je travaille : il y a beaucoup...c'est une population maghrébine assez importante, turque aussi, où
216 le surpoids, l'obésité, c'est même bien quoi. Si l'enfant est dans les normes, dans les règles, dans les normes en
217 IMC, en fait euh les parents s'inquiètent...s'inquiètent vraiment quoi hein. Il est trop maigre euh par rapport au
218 petit voisin euh... Et euh on a beau expliquer que l'enfant est bien et que c'est le petit voisin qui lui a un
219 problème bah euh...ça passe pas quoi hein. Et même en parlant d'obésité des fois ça passe pas. Moi j'ai déjà eu
220 des enfants vraiment qui étaient en obésité de degré deux et...et j'avais beau dire qu'il fallait faire quelque
221 chose, les parents ne voulaient pas...je voulais absolument que cet enfant adhère au réseau POIPLUME parce
222 que euh...il était vraiment très très obèse et il y avait rien à faire quoi, les parents ne voulaient pas en entendre
223 parler du tout quoi. Ils refusaient d'entendre que l'enfant était obèse hein. Ils le refusaient complètement »

224 M : « D'accord »

225 B2 : « ...et ils n'ont jamais voulu...J'ai expliqué, j'ai...mais ils n'ont jamais voulu adhérer. Pour eux euh...il n'y
226 avait pas de problème. Elle allait euh...avec l'âge ça allait euh...ça allait passer euh...et voilà hein et puis que eux

227 aussi ils avaient été des enfants comme ça euh...bien en chair et que tout c'était normalisé (*rire*). Ce qui n'est
228 pas vrai du tout mais bon elle était bien. Pour eux elle était bien alors que c'était vraiment une obésité
229 extrêmement sévère quoi »

230 M : « D'accord »

231 B2 : « ...donc là vraiment...donc là je parlais d'obésité, pas de surpoids quoi mais bon même en parlant
232 d'obésité euh...voilà j'ai pas réussi à euh...les faire intégrer au réseau POIPLUME ou à leur faire entendre
233 que...qu'il y avait un vrai problème et qu'il...voilà qui méritait que...d'aller plus loin. Bon alors euh...à chaque
234 fois que je voyais l'enfant, parce que je la vois assez souvent euh...on reparle un peu de poids de...de ce qui faut
235 faire euh...de ce qui faut pas faire euh...et les parents font des efforts quand même hein. Ils lui font faire un peu
236 de sport, du vélo. Ils la font courir. Ils la font...alors euh...j pense qu'elle grignote un peu moins mais bon. Elle
237 est toujours à un IMC très haut et euh...pourtant voilà quoi...et puis je n'y arrive pas quoi, je n'arrive pas à les
238 faire adhérer au réseau. J'aurais bien aimé mais...parce que vraiment...(rires) voilà »

239 B3 : « Je rebondis sur ce que vient de dire ma voisine. Moi j'ai mon épouse qui est puéricultrice en PMI. Elle est
240 donc plutôt bien placée pour détecter, en plus quartier Bellecroix hein c'est...dont des familles turques. Elle m'a
241 laissé le cas d'un enfant qui avait un an, qui faisait dix-sept kilos avec hein une taille euh. Et c'était la grand-
242 mère qui poussait euh, la grand-mère turque hein c'était vraiment culturel. Donc peut-être que qu'il y a...c'est
243 très bien de...de faire appel au médecin mais je pense que ça serait bien aussi de...ces gens de terrain de aussi
244 peut-être les contacter et bon euh...je commence déjà peut-être à faire l'avocat du diable mais mon épouse
245 avait téléphoné et on lui avait fait sentir que c'était pas trop sa place alors qu'elle aurait très bien pu contacter
246 les médecins de famille parce qu'elle est en contact régulier avec eux. Elle était un peu refroidie voilà »

247 M : « D'accord. Non mais c'est intéressant »

248 B3 : « En plus la PMI, c'est l'enfance hein. C'est pas l'enfant malade donc euh voilà »

249 B2 : « Et c'est vrai que cette gamine là euh...la maman a eu un deuxième bébé donc elle a été consulter sa
250 gynéco-obstétricienne à plusieurs reprises avec euh...la petite fille qui doit avoir trois/quatre ans et euh...et
251 même la gynécologue disait à la maman : attendez, là il faut faire quelque chose quoi c'est...il faut aller voir
252 votre médecin traitant euh...euh il faut faire quelque chose et donc c'était bien qu'il y ait une deuxième
253 personne qui dise qu'il y avait un problème. Donc elle est revenue, on en a reparlé mais malgré tout quoi je ne
254 suis pas arrivée à la faire rentrer dans le réseau. Et là, il y a aussi un problème parce que parce que il y a le
255 grand-père qui vit avec le couple et alors pour le grand-père ben euh...la petite fille est très bien et même si les
256 parents ont compris qu'il ne fallait pas donner de sucreries toute la journée, bah le grand-père continue à
257 donner des bonbons, des gâteaux...compliqué »

258 M : « OK, très bien euh...question liée à la précédente par rapport à la définition de l'enfant en surpoids :
259 comment dépistez-vous le surpoids chez l'enfant ? Même si on a déjà partiellement abordé cette réponse. Si
260 vous voulez apporter des compléments de... »

261 B3 : « Bah quand on pose un petit point sur la...hein sur la courbe taille/poids bah quand on voit qu'il est deux
262 écarts-types au-dessus, même si on n'est pas très euh...très mathématicien, ça choque quand même quoi. Puis
263 maintenant bon, on a des petits mètres qui calculent automatiquement l'IMC, c'est bien pratique...des p'tits
264 trucs quoi et puis des abaques »

265 B4 : « Moi c'est aussi l'aspect physique du gamin »

266 B3 : « Oui aussi bien sûr »

267 B4 : « Quand euh tout d'un coup je vois une petite bouée ou quelque chose. Donc après je...je fais plus
268 attention. Je...bien sûr, je pèse, je mesure et puis tout doucement je reconvoque, je propose de se revoir puis
269 de surveiller un peu et puis ça se précise, bah voilà quatre fois j'ai proposé POIPLUME »

270 B3 : « Les enfants on ne les voit pas forcément très très régulièrement mais quand même on est choqué : tiens
271 je l'ai vu il y a trois – six mois, je ne l'ai pas vu comme ça ? Donc peut-être aussi euh...ça peut interpeler comme
272 ça le fait de les voir un pt'it peu...pour une rhinopharyngite ou je ne sais quoi »

273 M : « Vous souhaitiez compléter euh... »

274 B5 : « Non non , la courbe d'IMC c'est tout hein »

275 B6 : « Mmm »

276 M : « D'accord. Est-ce qu'éventuellement pour dépister le surpoids de l'enfant vous recherchez un rebond
277 d'adiposité précoce ? »
278 B6 : « Oui »
279 B4 : « Moi j'y fais attention, depuis que j'ai adhéré à POIPLUME »
280 B5 : « Oui moi aussi j'ai été sensibilisé à ça »
281 M : « D'accord OK, merci. Alors comment abordez-vous le problème du surpoids avec l'enfant et avec ses
282 parents ? »
283 B1 : « Bah moi euh il y en a beaucoup qui sont arrivés en fait en me disant : je viens vous voir parce que mon
284 enfant a du poids donc...a trop de poids donc euh...j'ai pas eu vraiment à aborder. Ils sont venu avec cette
285 réponse mais euh ce qui est intéressant dans ce qu'on doit remplir dans le dossier c'est la motivation des
286 parents, du père, de la mère et la motivation des enfants. Et c'est vrai que la motivation des enfants...(*hoche la*
287 *tête*) à part si à l'école vraiment tout le monde les traite de gros euh etc...la motivation des enfants moi je
288 trouve qu'ils ne sont pas vraiment euh... »
289 B6 : « Ils ne sont pas motivés »
290 B1 : « Bon ils sont peut-être intimidés. Il y a les deux parents souvent qui sont là euh...c'est peut-être ça qui les
291 intimide, je ne sais pas. Mais j'trouve qu'ils ne sont pas vraiment motivés pour perdre du poids »
292 B6 : « Mmm »
293 B4 : « Ça dépend à quel âge »
294 B2 : « Oui »
295 B4 : « ...que ça se passe »
296 B1 : « Peut-être oui »
297 B5 : « Ça dépend aussi comment...pourquoi c'est arrivé aussi. Si il est devenu gros parce qu'il se réfugie dans la
298 bouffe pour quelque chose c'est sûr qu'on n'arrivera pas à le faire adhérer. Par contre si il est devenu gros
299 parce que ses parents lui ont donné trop ou trop mal...enfin là il y a quand même...on peut faire adhérer
300 l'enfant à ce moment-là»
301 B1 : « Non mais qu'on puisse le faire adhérer, après on peut lui expliquer et lui faire comprendre mais... »
302 B5 : « Ce que je veux dire simplement c'est qu'il soit plus demandeur quelque part »
303 B1 : « Mais quand tu lui demande au départ comme ça : et toi qu'est-ce que t'en penses ? tu te trouves gros ?
304 T'es embêté par ça ? c'est je...voilà »
305 B5 : « Je reconnais que c'est toujours comme ça mais c'est clair que...qu'il faut... »
306 B1 : « Quand tu demandes si à l'école on te traite de gros, si tu cours moins vite que les autres, alors là après il
307 commence p't'être à dire des choses mais...»
308 B5 : « Oui, je sais pas j'ai pas assez d'expérience avec les enfants. Mais c'est vrai que c'est déjà difficile avec les
309 adultes de leur faire dire vraiment la vérité et ce qu'ils ont vraiment au fond du coeur, pour un enfant à mon
310 avis, il va regarder sa mère : qu'est-ce que je dois dire. Ça doit être à peu près ça ? »
311 B1 : « C'est pour ça que la psychologue est bien parce qu'au moins elle prend le temps avec les parents et puis
312 avec le gamin tout seul... »
313 B5 : « Et puis le côté cabinet médical, ça reste médical, donc ça reste maladie donc euh le gamin il est perdu
314 avec ça. C'est vrai que ce côté : il y a une psychologue, ça fait moins malade quelque part, ça fait plus des...des
315 gens de la vie normale, de tous les jours. Ça fait moins...c'est moins grave. Il y a moins...il y a moins de gravité
316 autour du...de ce problème-là. Donc je pense qu'on peut plus arriver à persuader un enfant quand on n'est pas
317 dans le domaine médical, parce que là il doit être tétanisé quelque part. J'imagine, j'ai pas de souvenirs de mon
318 enfant chez le médecin mais j'imagine qu'un enfant même si t'as un très bon contact, tout ce que tu veux,
319 même si tu es très avenant, tu es souriant tout ça. Je pense que le gamin il doit être...il doit arriver à te mettre
320 sur un piédestal euh...que tu le veuilles ou non je veux dire, même si tu es très cool avec lui alors que...et ça ça
321 va un peut le bloquer pareil de pas avoir donné une réponse, une motivation suffisante dans ce contexte là »
322 B1 : « Et puis les parents qui sont toujours là et j'pense qu'il y a des réponses qu'ils disent pour faire plaisir aux
323 parents quoi »
324 B5 : « Oui pour ne pas blesser les parents, peut-être ouais. C'est possible »
325 M : « D'accord et comment annoncez-vous le surpoids à l'enfant ?»

326 B5 : « L'annoncer ? »
327 M : « Oui, par rapport à la question principale de comment abordez-vous le problème du surpoids avec
328 l'enfant et avec ses parents ? Et quand vous détectez le surpoids comment vous annoncez le surpoids de
329 l'enfant ? »
330 B5 : « Oui »
331 B4 : « Tout simplement »
332 B6 : « Moi je lui montre les...les courbes en fait. Comme je les suis régulièrement, je leur montre toujours où ils
333 sont sur la courbe et puis quand je vois que ça monte ou qu'il y a...en fait je leur explique bah voilà là ça devient
334 inquiétant, ça m'inquiète un peu parce que tu montes trop haut sur ta courbe ou ça va pas donc il faut faire
335 attention et puis je vois comment ça se passe. J'y vais doucement je leur parle pas forcément de POIPLUME
336 d'emblée. Je leur dis bon bah on verra dans six mois ce que ça donne et puis...et puis on suit comme ça. Et puis
337 c'est vrai rien qu'après les mamans, bah elles sont plus inquiètes, elles font plus attention et puis quand je vois
338 que ça ne va pas mieux, je parle de POIPLUME mais je leur laisse toujours du temps. Qu'au moins ils n'arrivent
339 pas... voilà c'est pas...c'est pas tout cru. Alors j'essaie de ne pas trop leur faire peur. J'évite enfin tout de
340 suite...parce que j'ai beaucoup d'enfants : vous leur dites obèse...j'ai fait ça avec ma fille c'est une catastrophe
341 quoi j'ai plus de vie hein, ça part vite quoi. Il faut y aller tout doucement : non je n'ai pas dit obèse j'ai dit...il
342 faut faire attention, on va surveiller, ou...je ne lance jamais trop les mots ni surpoids ni obésité en fait »
343 M : « Bien sûr »
344 B6 : « Je fais attention au poids et à la taille »
345 M : « OK, très bien »
346 B1 : « Mais c'est vrai que le fait de montrer les courbes à dire voilà... »
347 B6 : « Ça aide beaucoup »
348 B1 : « Pas tellement la courbe de croissance je trouve mais leur montrer : là t'es là sur la taille bah tu devrais
349 être là sur le poids »
350 B6 : « Ou alors l'IMC, ils comprennent bien aussi quand-même »
351 B4 : « Mais peut-être pas un petit de quatre ans ou moins »
352 B6 : « Alors ouais là quatre ans...là c'est plus à la maman, enfin là je m'adresse plus... »
353 B4 : « A la famille »
354 B6 : « ...à la famille et à la maman hein parce que...trois/quatre ans enfin j'en ai pas beaucoup en même temps,
355 ils sont un peu plus grands ceux que j'envoie »
356 M : « OK, oui, très bien et quelle conduite à tenir préconisez-vous par rapport au surpoids avec l'enfant ? »
357 B1 : « Quelle conduite pour qui ? Par rapport au médecin ou au patient ? »
358 M : « Donc toujours par rapport au patient oui »
359 B1 : « Aux enfants ou aux parents ? »
360 M : « Aux enfants et aux parents (*blanc*)...bonne question ! »
361 B1 : « Il faut maigrir »
362 B3 : « Ou les avoir à POIPLUME »
363 M : « Qu'est-ce que vous préconisez dans un premier temps ? »
364 B4 : « De faire attention à ce qu'ils mangent, de ne pas se resservir. On donne des conseils généraux : donc
365 augmenter les activités physiques, de marcher le plus possible, enfin on fait un peu le tour de la question mais
366 plus rapidement et moins approfondi que ce qui est fait dans...par chacun des intervenants de POIPLUME »
367 B6 : « On a l'avantage aussi de pouvoir proposer de la biologie. On peut toujours aussi un petit peu sensibiliser
368 d'avantage les gens en disant tiens on peut p't'être leur faire un petit bilan pour voir je ne sais pas, surtout si il
369 y a des antécédents familiaux de...de trucs un peu particuliers euh...et un bilan plus général ça a aussi un côté
370 de proposer une prise en charge un peu plus sérieuse qui peut peut-être leur faire prendre conscience que oui
371 on est sérieux quand on leur dit votre enfant a un poids qui mérite d'être pris en charge. Ça c'est vis-à-vis des
372 parents »
373 M : « D'accord »
374 B5 : « Alors ça peut pour ce côté-là j'ai remarqué ils ne sont pas trop...ils ne refusent pas trop donc euh...et ça
375 peut être une manière de prendre sérieusement je dirais le train de la prise en charge d'une obésité. Tandis

376 que si on leur dit, comme tu dis (*désigne B6 de la main*) on peut faire dans six mois. Souvent dans six mois si ils
377 ont une angine on les voit hein mais sinon (*rires*)...sinon on ne les voit pas trop »
378 M : « Oui c'est sûr »
379 B2 : « Moi j'essaie de faire...de faire un, de leur faire marquer en fait par la maman ou par l'enfant, si l'enfant
380 écrit, si il est assez grand, ce qu'il mange en fait dans...dans une journée. Enfin l'idéal c'est sur une semaine
381 avec un week-end mais euh bon...lors d'une première consultation en fait je ne donne pas du tout de conseils.
382 Enfin peut-être voilà un objectif euh...du style arrêter les grignotages si à l'interrogatoire je vois que l'enfant
383 grignote en permanence toute la journée quoi donc je demande à la maman d'arrêter d'acheter des choses à
384 grignoter, d'arrêter de remplir les...les placards (*sourire*) et les tiroirs de gâteaux, chocolats, etc...et puis je
385 euh...je voilà je propose de...qu'elle fasse attention à ce que l'enfant grignote moins. Je demande au petit
386 de...de voilà est-ce qu'il est d'accord pour arrêter de manger en dehors des repas voilà. Je lui demande, je lui
387 pose la question. Je ne l'oblige pas à voilà quoi, et puis je lui demande...je demande aussi à ce qu'à la prochaine
388 consultation il revienne avec euh...bah tout ce qui...voilà si possible de noter ce qu'ils ont mangé sur une
389 semaine »
390 M : « D'accord »
391 B2 : « Alors si ils sont très motivés, bah ils reviennent et c'est une manière de voir si ils sont motivés ou pas, s'ils
392 ne reviennent pas avec euh...voilà s'ils ne reviennent pas...alors là j'arrête d'ailleurs d'envoyer à POIPLUME
393 parce que moi mes expériences avec POIPLUME en fait ont été assez décevantes... »
394 M : « On va en parler par la suite »
395 B2 : « ...parce que voilà. Donc euh du coup je euh...au début j'étais tout feu tout flamme puis après euh...après
396 je me suis dit il faut vraiment que euh...les parents soient motivés parce que euh...non parce que bien souvent
397 bah ils...ils allaient à la première consultation chez la diététicienne puis ils y allaient plus ou euh...voilà quoi,
398 voilà pareil pour euh...le sport. Moi je ne les revoyais pas non plus alors je leur fixais des rendez-vous mais ils ne
399 venaient pas. Alors c'est peut-être moi aussi qui n'ai pas su bien... »
400 B1 : « Mais non, mais non ! »
401 B2 : « ...amener la chose. Oui c'est possible parce que effectivement euh...bah on n'a pas le temps, c'est
402 difficile. Il faudrait rabâcher, rabâcher euh...ouais hein »
403 B1 : « Moi je n'ai pas le courage de leur demander qu'ils m'amènent le calendrier parce que je me dis ça va me
404 prendre du temps pour tout analyser et puis après me dire euh...Je fais plutôt comme vous faites (*désigne B5*
405 *de la main*) les grands principes puis je...moi je demande que les autres enfants aussi fassent pareil c'est-à-dire
406 que si on demande à un de ne pas grignoter, il faut que les autres ne grignotent pas non plus de euh...voilà
407 même s'ils ne sont pas là les gamins à dire aux parents...on ne peut pas faire deux poids deux mesures »
408 B2 : « Oui parce que souvent quand je dis il faut arrêter d'acheter des sucreries et des boissons sucrées on me
409 dit : ah bah oui mais le problème c'est que le petit lui il est tout mince, tout maigre et euh...je ne veux pas le
410 priver »
411 B1 : « Voilà ! »
412 B2 : « Alors là j'explique que tout le monde doit effectivement manger pareil euh...toute la famille »
413 B1 : « Et puis en essayant aussi un peu de dédramatiser et pas dire régime mais rééquilibrer l'alimentation
414 enfin essayer de mettre les formes qui...en fait on les apprivoise »
415 B2 : « Je ne parle pas de régime trop hein avec les gamins je pense que je ne dis jamais régime. Je ne parle
416 jamais de régime...et je ne parle jamais de maigrir d'ailleurs. Je ne dis pas il faut que tu maigrisses quoi je... »
417 B4 : « Je dis on va profiter du moment où tu grandis pour pas prendre trop de poids »
418 B2 : « Oui voilà c'est ça »
419 M : « Ouais, d'accord »
420 B3 : « Moi ça m'est arrivé de temps en temps par exemple de...d'intervenir parce que soit c'est pour des...hein
421 des certificats de sport, d'aptitude au sport mais c'est aussi des fois pour des contre-indications au sport et en
422 fouillant un petit peu on arrive un p'tit peu à...oh bah je suis...non je m'essouffle, je respire mal, je me tords les
423 chevilles, enfin bon et...ça peut être une façon d'aborder les choses indirectement et...il faut des fois un peu
424 creuser. Mais c'est vrai que c'est pas évident d'intégrer tout ça dans une consultation de cabinet. Donc on est
425 bien content d'avoir euh...des professionnels qui...qui peuvent intervenir »

426 M : « D'accord, très bien. Donc on va passer à un autre chapitre en restant sur le même sujet bien sûr.
427 Racontez votre dernière expérience d'inclusion dans le réseau POIPLUME et comment la jugez-vous cette
428 dernière inclusion ? »

429 B3 : « Moi j'ai fait deux tentatives. J'ai adressé deux familles que je connais bien dont les enfants c'est
430 oui...effectivement une famille de trois garçons et l'autre c'est un enfant unique mais l'expérience est un peu
431 décevante à savoir que les gens dès le premier entretien, ils n'ont pas prolongé »

432 M : « D'accord »

433 B3 : « Je ne sais pas...ils ont eu l'impression que c'était tellement lourd comme système et tellement...(*mime*
434 *une ligne droite avec chaque main*) ce qui est bien mais il faut un rythme hein...mais euh...ça doit
435 impressionner, ça doit faire peur aux gens et aux parents en particulier et donc c'était une expérience un
436 peu...un peu décevante »

437 M : « Décevante oui et pas forcément de résultats derrière »

438 B3 : « Moi j'ai revu les enfants après bien sûr et il y en a un qui va très bien parce qu'il fait plein de sport et
439 euh...enfant asthmatique donc euh en le motivant justement pour lutter contre l'asthme bah il a...il a retrouvé
440 un autre équilibre mais la deuxième famille qui est d'origine africaine où c'est culturel aussi quelque part où le
441 papa est comme ça (*mime une personne obèse avec ses bras*) et la maman comme ça (*mime une personne*
442 *mince avec ses bras*) ou intermédiaire alors bon. Je le vois souvent il est serveur et comme un fil. Donc vous
443 voyez c'est pas forcément une fatalité et euh voilà. Mais c'est vrai que je sais pas il y a a...j'ai bien conscience
444 qu'il faut leur faire comprendre que c'est une prise en charge qui va être longue, qui va être difficile, qu'il faut
445 être motivé mais peut-être qu'on insiste trop sur cet aspect-là au départ et ça doit en rebuter quelques uns.
446 Voilà je ne sais pas ce qu'en pensent mes collègues ? »

447 B4 : « J'ai envie de parler de la première inclusion parce que c'est celle qui a le mieux marché et puis elle
448 s'est...justement elle s'est étendue dans le temps puisque elle a commencé elle avait neuf ans...neuf ans et puis
449 plusieurs mois d'ailleurs (*consulte le dossier de l'enfant que le médecin a justement ramené*) et là je l'ai revue
450 l'autre jour pour euh...un mal de gorge et maintenant donc elle a douze ans et bien elle fait un mètre soixante
451 trois et soixante trois kilos donc l'IMC je ne sais plus combien c'est mais je trouve qu'elle est...enfin ça va c'est
452 un bon résultat et voilà donc ça c'est...c'est un dossier qui a bien marché mais dès le départ : elle était assez
453 grande et puis la maman euh...était bien motivée et puis il y avait des erreurs alimentaires puisqu'ils sont
454 d'origine marocaine donc ils ont appris. C'est surtout la diététique qui...qui les a aidés plus que la psychologie,
455 ça c'est...c'est...on n'y a pas eu recours »

456 M : « OK, d'accord »

457 B4 : « Et puis elle a bougé un peu plus. Elle allait à l'école à pied enfin voilà »

458 M : « D'accord pour poursuivre le tour de table par rapport à on va dire votre dernière expérience d'inclusion
459 dans le réseau POIPLUME et comment la jugez-vous ? »

460 B2 : « Oui et bah c'était il y a un moment quand même...il y a quelques mois et je...j'ai pas revu l'enfant, je n'ai
461 pas de nouvelles donc euh je ne sais pas (*rires*). Je ne sais pas si les parents ont fait les démarches euh... »

462 B1 : « S'ils avaient fait les démarches tu aurais le compte-rendu de la diététicienne »

463 B2 : « Oui oui »

464 M : « D'accord, OK »

465 B5 : « Bah moi de toutes les façons je n'en ai qu'une qui a poursuivi donc euh...là où je suis très très content :
466 c'est une famille qui est particulière de...on va traduire ça de débiles mentaux légers mais un couple. Mais
467 vraiment...qui travaille dans les CAT et compagnie mais qui ont réussi quand même à se marier, faire des
468 enfants, acheter un appartement avec leurs propres sous donc euh...mais vraiment euh...pas grand-chose dans
469 le cerveau et les deux enfants...donc l'aînée elle, elle était trop grande pour la prendre en charge au départ
470 donc elle c'est vraiment le...le bonhomme Michelin (*mime une personne obèse avec les bras*) qui est incapable
471 de faire quoique ce soit avec sa tête, avec ses mains enfin bref elle ne fait rien. Et la petite, c'est elle qui m'avait
472 interpellé, la deuxième, elle prenait le même chemin et je me suis dit : bon il faut faire quelque chose et
473 POIPLUME est arrivé. Et c'est vrai que, grâce à ça euh...les parents, gentils, voulant s'investir mais avec leurs
474 capacités euh...limitées étaient euh...perdus et avec POIPLUME, et bah ils ont réussi à trouver des
475 interlocuteurs qui ont pu leur parler, se mettre à leur niveau, leur inculquer....enfin il fallait qu'on leur

476 apprenne ce que c'était qu'une pomme de terre, ce que c'était qu'un morceau de pain, un carré de chocolat.
477 Pour eux c'était...c'était que de la nourriture, c'était que...Là on leur a expliqué, chose que moi je n'avais même
478 pas pris le temps de faire, parce que j'ai pas le temps forcément et j'étais à mille lieues de penser que c'était
479 tellement mélangé dans leur tête »

480 M : « Mmm »

481 B5 : « Et ben ça, ça a aidé vachement. D'un autre côté ils ont du mal comme enfin bah (*montre B2 de la*
482 *main*)...à ne pas remplir le placard de certaines choses parce que la grande qui est grosse (*mime avec les bras*
483 *une personne obèse*) ben oui...mais à elle on ne lui a pas fait faire alors elle a le droit à des placards. Forcément
484 la petite aussi elle triche aussi. Quand la mère n'est pas là, elle ouvre le placard etc... Alors la mère n'achète
485 rien de défendu pour la petite mais la petite est assez maligne pour trouver ce qu'il faut dans ces cas-là. Mais
486 globalement je suis quand même satisfait parce que cette petite, elle n'est pas devenue bibendum comme la
487 grande. Elle est toujours...donc c'est le poids relatif euh...mais il y a...il y a du positif par rapport à sa grande
488 sœur qui...pour laquelle rien n'avait été fait et c'est vrai que j'ai baissé les bras parce que la sœur aussi était
489 vraiment débile pas...pas complètement à la masse, elle était pas internée hein, elle était juste bonne à rien
490 quoi voilà c'est juste ça...enfin bon très limitée donc elle on n'a rien pu faire. Que sa sœur qui est, elle peut-être
491 un poil plus intelligente, elle au moins on a réussi à lui faire comprendre certaines choses. Donc pour moi,
492 POIPLUME ça a été un plus dans ce cas particulier »

493 M : « D'accord, très bien »

494 B6 : « Moi ma dernière inclusion c'était un...un p'tit enfant d'origine turque en fait...euh le dernier de la fratrie
495 qui fait ce qu'il veut à la maison : trois/quatre ans en fait donc il va à l'école. Il veut trois croissants, il a trois
496 croissants. Il ne veut pas manger, il ne mange pas. Il veut un dessert, il a trois desserts si il veut. Enfin voilà la
497 maman ne sait pas trop comment faire. La diététicienne, elle ne maîtrisait pas trop euh...le caractère de l'enfant
498 bah...elle était débordée. Elle n'en pouvait plus et en fait de consultation en consultation quand je lui parlais de
499 POIPLUME, des avantages, bah un jour elle est revenue : bah maintenant je crois que...je voudrais bien essayer
500 pour euh...donc du coup ils viennent d'adhérer...je ne sais pas ce que ça va donner. J'espère que ça l'aidera un
501 peu : elle pour la diététicienne puis lui pour essayer, voir avec la psychologue si on n'arrive pas un peu à le
502 raisonner quoi, enfin pour voir un petit peu tout ça »

503 M : « D'accord OK, donc sur cette expérience pour l'instant il n'y a pas de retour à ce jour »

504 B6 : « Bah je ne sais pas oui, voilà il n'y a pas de recul, c'est trop récent »

505 M : « Ouais ouais d'accord, pas de problème »

506 B1 : « Moi les dernières inclusions, c'est le problème toujours des...bah de la famille, oui bah là ce sont des
507 africains euh...la maman travaille la journée, le papa travaille plus à mi-temps le week-end euh...là c'est pour la
508 fille qui a cinq ans. Elle a deux frères aînés jumeaux qui sont fins comme...qui sont secs comme des clous mais
509 elle, elle est obèse mais le papa cède tout à sa fille, il donne tout. J'ai beau lui expliquer...la maman fait
510 attention mais elle n'est là que le week-end et le papa est là toute la semaine. Ils ont aussi un peu du mal à
511 comprendre le français donc c'est un peu difficile. La diététicienne essaie de les voir tous les deux et de leur
512 expliquer mais...c'est pas évident »

513 M : « OK, d'accord »

514 B1 : « Et avec POIPLUME je trouve enfin...c'est pas POIPLUME en fait. Le problème de l'obésité, je suis...c'est
515 vrai que sur la longueur, sur les années c'est pas miraculeux. Ça devrait-être comme les antibiotiques : vous
516 avez une angine. Vous donnez les antibiotiques, il n'y a plus d'angine. L'obésité : il faut attendre, attendre,
517 attendre que l'enfant grandisse, qu'il ne prenne pas de poids et j pense que la famille, p't-être le gamin aussi
518 désespère, moi aussi. J'avoue il y a des fois vous n'avez plus rien à faire. Vous avez l'impression qu'il font tout
519 et l'IMC est toujours...(mime avec les mains une ligne horizontale) voilà »

520 M : « OK, suite : combien d'enfants avez-vous inclus dans le réseau POIPLUME et êtes-vous satisfaits de ce
521 nombre ? Ça complète la question précédente »

522 B5 : « Moi je dois admettre que j'en ai loupé. Il y en a que j'aurais dû inclure...et puis je n'y ai pas pensé, pas le
523 courage de gratter les papiers et tout ça, pris dans euh...le manque de temps...je ne l'ai pas fait. C'est sûr que
524 des petits gamins qui auraient mérité euh...j'en ai loupé et je trouve ça dommage, voilà je regrette de ne pas en

525 avoir fait plus. Enfin je peux toujours en faire. Enfin ceux que je ne peux plus inclure, je suis...je suis un peu
526 triste pour eux »

527 M : « OK donc à ce jour c'est combien d'inclus dans le réseau POIPLUME »

528 B5 : « Ah bah j'en ai qu'une qui a tenu le coup »

529 M : « D'accord OK »

530 B5 : « Une qui a vraiment adhéré et qui tient encore »

531 B4 : « Moi quatre »

532 M : « D'accord, quatre »

533 B6 : « Alors moi j'en ai inclus six ou sept mais euh...j'ai un suivi : la première a un peu plus d'un an, un an et
534 demi. Elle, elle a adhéré et ils ont suivi. Elle est pas trop mal et les autres, c'est plus récent donc j'ai pas
535 forcément les retours. Il y a en a un qui a quitté j'suis sûr parce qu'ils ne s'en sortaient pas, et puis au-niveau
536 diététique ils n'y arrivaient pas et euh...donc la maman a laissé tomber au lieu de faire perdre du temps à tout
537 le monde. Elle a quitté POIPLUME et les autres je ne sais pas encore »

538 M : « D'accord, OK. En terme de...combien d'inclus à ce jour »

539 B3 : « Deux tentatives mais zéro en inclus finalement »

540 M : « D'accord, il n'y a pas de mauvaise ni de bonne réponse »

541 B1 : « Moi j'en ai une dizaine mais il y en a...il doit y en avoir trois ou quatre où en fait ce sont d'autres
542 médecins qui me les ont envoyés...qui n'étaient pas au réseau POIPLUME euh...qui ont terminé tout le cycle
543 correctement euh...il y en a qui sont en cours mais terminer le cycle correctement en ayant perdu du
544 poids...zéro »

545 M : « OK »

546 B2 : « Six ou sept »

547 M : « D'accord »

548 B2 : « Bah au début, la première année : quatre et puis après j'avoue que j'ai été un peu...parce que les parents
549 n'allaient pas quoi...n'allaient pas aux consultations parce que c'est le problème dans le quartier : pas de
550 moyens de locomotion, la diététicienne pas sur le quartier voilà, p't'être que c'était trop compliqué pour les
551 parents. Alors après ça m'a...ça m'a complètement refroidie quoi donc après j'ai inclus plus personne pendant
552 deux ans et puis je trouvais que c'était très lourd hein moi je...au niveau paperasserie ah c'était...les premiers
553 dossiers, c'était affreux : un temps monstre à la première consultation et puis trois quarts d'heure, je trouvais
554 que c'était vraiment très très lourd, déjà ça. Non, je n'avais vraiment pas le temps enfin euh...j'avais pris le
555 temps pour les premiers mais bon les parents n'ont pas...n'ont pas adhéré. Mais là depuis je voilà, j'en ai ré-
556 inclus deux depuis, cette année et je trouve que ça c'est nettement amélioré au-niveau du réseau POIPLUME.
557 Ils ont bien bien simplifié les choses et euh...ça me donne plus envie de...de ré-inclure des enfants mais là
558 effectivement je fais attention parce que euh...j'essaie voilà que vraiment...j'essaie de voir si les familles sont
559 vraiment motivées quoi, je...je j'inclus pas comme ça comme je faisais, comme j'avais fait la première année
560 euh...dès la première consultation pour un problème de poids quoi hein, j'essaie de les voir plusieurs fois avant
561 pour être sûre qu'ils...qu'ils ne vont pas faire perdre du temps à tout le monde quoi parce que après c'est... »

562 M : « Oui c'est sûr »

563 B2 : « Voilà »

564 B1 : « Moi ce que j'ai trouvé dans les inclusions enfin que j'ai faites c'est que...la famille aussi a changé, la façon
565 dont ils s'alimentaient et ça a été valable un peu pour toute la famille. Et j'ai une famille où j'en ai...où j'ai le
566 frère et après la sœur donc c'est...ça leur a amené quelque chose et ils sont allés jusqu'au bout. Moi je trouvais
567 que les résultats n'étaient pas francs enfin ce n'était pas ce à quoi je m'attendais mais c'est...peut-être que si ils
568 ne l'avaient pas fait ils auraient pris aussi beaucoup plus de poids alors eux ça leur...ça leur allait bien »

569 *(blanc)*

570 B1 : « Et c'est vrai que les dossiers, comme tu dis (*désigne B2 de la main*), au début c'était lourd hein, très
571 lourd »

572 B2 : « Très lourd oui »

573 B1 : « Quand il fallait dire qu'est-ce qu'ils mangeaient alors qu'ils voyaient la diététicienne. J'avais un peu de
574 mal à...remplir ça, moi je...comme toi »

575 B4 : « Donc c'est plus simple maintenant ? »
576 B2 : « Oui oui »
577 B4 : « Depuis quand c'est plus simple ? »
578 B2 : « Ah bah je sais pas moi j'ai recommencé cette année (*rires*) alors ça c'est peut-être simplifié avant ? »
579 B6 : « Moi j'ai toujours trouvé ça simple, ça doit faire un an, un an et demi »
580 B2 : « Voilà, oui voilà »
581 M : « D'accord, OK. Nous allons maintenant parler des obstacles à l'inclusion, des facteurs favorisant l'inclusion
582 des enfants dans le réseau POIPLUME. Alors que vous ayez eu beaucoup ou peu d'enfants inclus, il serait bien
583 de répondre aux questions qui vont suivre. Donc euh...premièrement : quelles sont les raisons pour lesquelles,
584 d'après-vous, certains médecins généralistes incluent peu d'enfants obèses ou en surpoids dans le réseau
585 POIPLUME ? »
586 B1 : « Est-ce que tous les médecins connaissent POIPLUME ? »
587 M : « Voilà, c'est uniquement des médecins du réseau POIPLUME »
588 B1 : « Ah pardon »
589 M : « Donc voilà euh...les raisons pour lesquelles d'après-vous, certains médecins généralistes du réseau
590 POIPLUME incluent peu d'enfants en surpoids ou obèses dans le réseau ? »
591 B4 : « Parce qu'ils n'en n'ont pas en consultation peut-être ? »
592 B2 : « Ah non mais moi, c'est vraiment ce que j'ai dit tout à l'heure hein c'était...je trouvais que le dossier
593 était...c'est vraiment trop lourd hein. Je trouvais que c'était vraiment vraiment trop compliqué quoi. Ça prenait
594 trop de temps et trop de choses à remplir, c'était euh...enfin au début en tout cas hein c'est c'était...donc moi
595 je me suis essouffée au bout de quatre dossiers là et puis euh...je...après je faisais toute seule...enfin je faisais
596 toute seule, je faisais ce que je pouvais (*rires*), certainement, voilà c'est dommage hein mais j'avais abandonné
597 carrément le réseau POIPLUME à cause de ça. Je trouvais que c'était vraiment trop...trop lourd. Et puis bon et
598 puis aussi parce que je...j'avais été un peu déçue de voir que certains patients euh...voilà n'allaient pas aux
599 consultations ou euh enfin bon »
600 M : « D'accord »
601 B6 : « Moi j'ai l'impression que c'est un peu ça, quand il y a un dossier qui marche bien ça nous pousse puis
602 quand on en voit deux, trois qui abandonnent, qui vont plus... »
603 B2 : « Oui »
604 B6 : « ...bah après moi j'aurais tendance aussi des fois à m'essouffler un peu quoi »
605 M : « OK »
606 B1 : « Et puis moi je pense que ça dépend aussi de la motivation des parents aussi. Comme on disait tout à
607 l'heure, si on voit que l'enfant est obèse mais qu'on a beau alerter les parents et qu'ils ne veulent pas
608 euh...pourquoi faire tout ça hein ? »
609 B4 : « C'est sûr »
610 B3 : « Pour reprendre les exemples que j'ai cités, donc les trois...trois gamins : il y en a un qui était un peu limite
611 d'âge. Il avait dix ans et demi/onze ans, donc on sait que la limite c'est douze hein et c'est des fois dommage
612 parce que ça aurait pu éviter que ça parte (*mime avec la main une courbe ascendante*) donc même si lui il
613 n'avait pas été très loin peut-être que le petit frère aurait pu en profiter mais je n'ai pas eu le courage
614 d'envoyer le petit frère »
615 M : « D'accord »
616 B3 : « Vous voyez c'est peut-être rattraper le coup »
617 M : « Et quelle est la part de pédiatrie dans votre pratique ? C'est-à-dire quelle est la proportion d'enfants dans
618 votre patientèle ? »
619 B1 : « J'en sais rien du tout »
620 B2 : « Moi avec le relevé SNIR (Système National Inter-Régimes), on a des pourcentages. Moi ça doit bien faire
621 un tiers...entre zéro et six ans hein je pense, un tiers de ma patientèle »
622 M : « D'accord un tiers ok »
623 B1 : « Ah moi beaucoup moins je pense »

624 B3 : « Moi aussi, de l'ordre de vingt pourcents moi je dirai. Je n'ai pas énormément de personnes âgées mais
625 euh... »

626 B5 : « Moi j'ai plus de personnes âgées, ça c'est évident, mais bon...aujourd'hui je m'occupe pas mal des
627 enfants. Si je dois enfin...si on fait enfants jusqu'à je sais pas quinze ans, oui je dois en avoir quand même pas
628 mal...vingt pourcents peut-être »

629 M : « Mmm, OK »

630 B4 : « Moi des fois on pense que je suis pédiatre parce qu'il y a vraiment beaucoup de petits »

631 B3 : « L'homéopathie, j pense qu'il y en a beaucoup, énormément...»

632 B4 : « Oui peut-être, oui »

633 B3 : « Il doit y avoir un gros recrutement par l'homéopathie hein quand il y a des enfants »

634 B4 : « Oui pour soigner les rhumes à répétition tout ça »

635 B3 : « Non et puis même c'est une vision différente. L'approche est différente »

636 B4 : « Et puis je travaille avec une sage femme donc euh...je suis les bébés »

637 B3 : « Moi je l'ai senti parce que un moment je n'exerçais que l'acupuncture et j'étais frustré de ne pas soigner
638 d'enfants donc je me suis mis à l'homéopathie autodidacte au départ et puis après une formation mais euh...ça
639 fait effet boule de neige hein. Alors peut-être effectivement pour des rhino, des otites à répétition mais à un
640 moment donné, peut-être qu'on...alors je ne dis pas que tout médecin doit se mettre à l'homéopathie mais
641 c'est vrai que c'est...ça peut être euh...une petite accroche quoi »

642 M : « D'accord donc pour la proportion d'enfants dans la patientèle »

643 B6 : « J'aurais tendance à dire qu'il y en a beaucoup en fait. Il y a pas mal de pédiatrie, beaucoup de...après je
644 n'ai pas de relevé précis, j'ai jamais trop fait attention mais j'ai quand même l'impression d'en voir quand
645 même beaucoup»

646 M : « D'accord, OK très bien et euh...quelle formation avez-vous en matière de surpoids et d'obésité ? »

647 B3 : « Pas grand-chose hein »

648 *(Rire général)*

649 B3 : « Même dans mes cours de pédiatrie, j'ai pas souvenir de... »

650 B6 : « Moi j'ai le souvenir d'avoir fait une ou deux formations mais en fait je me suis plus formée en dehors ou
651 par moi-même avec des bouquins, avec euh...que par la médecine quoi, j'ai pas euh... »

652 B5 : « Ouais moi aussi »

653 M : « D'accord »

654 B5 : « J'ai fait un peu de micro-nutrition et c'est plus par le biais de la micro-nutrition que j'ai été amené à...à
655 m'intéresser à la macro donc euh c'est plutôt par là que je suis arrivé. C'est vrai qu'à la fac j'ai pas de...non
656 je...j'ai pas fait de DU de quoi que ce soit enfin de diététique. J'ai pas le souvenir que j'avais été hyper formé ou
657 enchanté de ma formation de... diététique»

658 B1 : « Bah il faudrait qu'on s'en souviene »

659 B5 : « Oui je me souviens quand même avoir fait un stage en plus c'était...c'est vous qui faites avec le
660 Professeur Ziegler, c'est vous hein (*s'adresse à l'observateur*). J'étais chez Debry ? à l'époque et Ziegler était
661 interne. Et euh...j'ai fait six mois là-bas mais j'ai fait beaucoup de tennis ça je me souviens (*rires*) et euh
662 bon...j'ai pas fait grand-chose d'autre »

663 B4 : « Mais nous peut-être, en tant que mère de famille on a l'habitude de cuisiner et puis la diététique, c'est
664 quelque chose qui nous parle quoi qui...enfin ça m'a toujours intéressée donc euh du coup euh le...la notion de
665 surpoids et d'excès de poids et de maigreur aussi peut-être parfois ça...ça ça coule de source »

666 M : « D'accord OK »

667 B4 : « Mais c'est pas...c'est pas scientifique »

668 M : « Oui oui d'accord, non mais il n'y a pas de...très bien, très bien »

669 B2 : « Moi j'avais fait un séminaire il y a quelques années, je ne sais plus avec un pédiatre endocrinologue assez
670 connu, je crois que c'était sur Forbach voilà donc c'était un séminaire de 48 heures...de deux jours. Je crois que
671 c'était bien fait, c'était un séminaire de médecine générale et l'expert c'était Kurtz à Forbach. Non, c'est tout »

672 B1 : « Moi j'ai dû faire une soirée AMMPPU quelque chose comme ça »

673 B2 : « Oui j'ai fait aussi une soirée réseau POIPLUME/AMMPPU »

674 B1 : « Sinon, non je n'ai pas de formation en obésité »
675 M : « Non, mais il n'y a pas de problème »
676 *(B4 et B5 parlent ensemble de leur côté)*
677 M : « Vous disiez peut-être ? »
678 B5 : « Non, je... »
679 B4 : « C'était un aparté »
680 M : « D'accord Ok »
681 *(Rire général)*
682 M : « OK très bien. Alors euh ensuite dans cette question en deux parties quels sont d'après-vous les facteurs
683 favorisant l'inclusion d'enfants en surpoids dans le réseau POIPLUME ? »
684 B6 : « Moi c'est clairement la motivation des parents quoi. Si je sens qu'il y a de la motivation, là j'y vais quoi »
685 B5 : « Moi je dirais si je sens qu'il y a une souffrance chez l'enfant. Je pense que c'est quelque chose que l'on
686 peut ressentir. Je ne sais pas définir ça mais on sent un enfant obèse en souffrance de son obésité d'un enfant
687 qui est inconscient ou qui l'assume donc qui...enfin et si il y a souffrance, pas forcément celle des...des
688 moqueries hein, il y a des fois bien évidemment où on sent une souffrance euh...et ceux-là euh...je pense que je
689 pousserais, bien sûr on ne peut pas passer sans les parents donc je pense que euh...je m'attaquerais beaucoup
690 plus euh...au côté euh...métabolique de l'enfant, c'est ça. Alors bien sûr si il y a un très très gros euh...une
691 maladie euh une obésité morbide là aussi. Mais c'est vrai qu'il faut s'adresser à des parents qui euh...on ne
692 peut pas lutter contre des moulins à vent hein si les parents sont *(passe sa main devant les yeux)* aveugles euh
693 je dirai obtus, vous ne pouvez pas le prendre et mettre l'enfant et donc euh... »
694 B4 : « L'enfant est aux soins des parents »
695 B5 : « ...c'est clair. Il y a des gens, c'est clair, on ne peut pas faire grand-chose. Je pense que si je sens surtout
696 une souffrance des parents, bien sûr si il y a une demande des parents d'emblée...ça aussi les parents viennent
697 en disant : voilà Docteur faites quelque chose, mon gamin il est trop gros. Ça aussi c'est un plus. Tandis que si
698 c'est à nous de les persuader, c'est plus difficile. Mais j'insiste quand même sur le côté, moi j'ai déjà senti
699 des enfants en souffrance »
700 M : « D'accord »
701 B5 : « Plutôt que de les soigner pour dépression, les...les soigner pour une obésité dans ces cas-là, ça serait
702 sûrement bien plus profitable »
703 M : « D'accord »
704 B4 : « Je ne me souviens plus de la question au final »
705 *(Rire général)*
706 M : « Je vais la reformuler, il n'y a pas de souci euh...d'après vous quels sont les facteurs favorisant l'inclusion
707 d'enfants en surpoids dans le réseau POIPLUME ? »
708 B4 : « Oui bah c'est l'attitude des parents qui peut...qui est un facteur limitant ou favorisant ouais »
709 M : « Ok »
710 B4 : « Et donc euh voilà »
711 M : « Très bien »
712 B5 : « Il y a l'âge aussi. Tu disais toi *(regarde B3)* à onze ans, c'est difficile d'envoyer un enfant à onze ans et
713 demi par exemple en disant...alors qu'on sait qu'il devrait pourtant et je sais qu'il y en a certains j'aurais bien
714 aimé mais de se dire après...parce que je ne sais pas ce que ça devient officiellement »
715 B3 : « Je n'ai pas trop osé poser la question »
716 B5 : « Je ne sais pas si on lui dit : rentrez chez vous, on ne veut plus vous voir...je ne sais pas comment ça se
717 passe ? »
718 B2 : « Je crois qu'on peut les inclure jusqu'à douze ans mais que après c'est deux ans quoi. Deux ans d'inclusion
719 mais jusqu'à douze ans »
720 B5 : « Ah bon »
721 B2 : « Si tu l'inclus à douze ans, il va...il va profiter de...du système jusqu'à ses quatorze ans »
722 B5 : « À douze ans il va aller jusqu'à quatorze »
723 B2 : « Voilà »

724 B5 : « D'accord, OK »
725 B2 : « Et tu peux les inclure jusqu'à leurs douze ans oui, c'est ça. Je crois que c'est comme ça hein ? (*regarde*
726 *l'observateur*) »
727 B1 : « Tu n'as rien le droit de dire ! »
728 (*Rire général*)
729 M : « Elle n'a rien dit, elle a fait un petit bruit »
730 (*Rire général*)
731 B1 : « L'histoire de...j'ai juste une anecdote, l'histoire des parents c'est vrai, moi aussi c'est la motivation et je
732 me suis retrouvée un petit peu en porte-à-faux une fois comme ça : c'était un couple de divorcés, c'est la
733 maman qui est venue pour la fille qui est obèse et ben en fait après euh...elle venait chaque fois me dire : oui
734 mais je fais attention et tout mais chaque fois qu'elle va chez son père...hein ça a été... »
735 B6 : « C'est classique, c'est toujours le père hein en général. Moi j'entends souvent ça hein : moi je fais ce qu'il
736 faut mais le père hein... »
737 B1 : « Mais du coup le conflit entre les parents était euh... »
738 B2 : « Multiplié par dix »
739 B1 : « Voilà j'avais pas fait ce qu'il fallait quoi. J'aurais dû demander aussi à voir le père mais...parce que
740 l'enfant était au milieu »
741 B2 : « Ouais ouais »
742 (*blanc*)
743 B2 : « C'était quoi : facteurs influençant l'inclusion, c'est ça ? »
744 M : « Voilà oui : les facteurs favorisant l'inclusion »
745 B2 : « Bah un enfant ouais...j'ai tendance à dire alors que normalement il faut les inclure le plus tôt possible en
746 fait hein mais euh...avec l'expérience là j'me dis que euh...c'est bien d'attendre que l'enfant puisse comprendre
747 voilà. Parce que des fois souvent je vois bien que les familles de toutes façons ça va être difficile quoi. La
748 motivation enfin la motivation des parents oui est importante bien sûr mais la motivation de l'enfant...alors du
749 coup j'ai tendance à me dire euh qu'il vaut mieux que les enfants euh soient en âge de bien comprendre quoi »
750 M : « D'accord »
751 B2 : « Pas à trois/quatre ans voilà, ce qui est un tort hein, parce que on nous a dit que plus on agit
752 précocement, plus on a la chance de euh...voilà de...de résoudre le problème mais...mais voilà oui ça dépend de
753 l'âge de l'enfant en fait donc du coup euh...j'inclus un enfant dont les parents sont très très motivés en-dessous
754 de six ans et après au-dessus de six ans c'est plutôt la motivation bien sûr de l'enfant qui prédomine »
755 M : « D'accord et comment parvient-on à motiver l'enfant ? »
756 B4 : « Bah en quoi il ne serait pas d'accord l'enfant ? D'aller voir la psychologue peut-être ? »
757 M : « Oui, je ne sais pas c'est une question ouverte. Comment par rapport aux facteurs favorisant l'inclusion
758 d'enfants en surpoids euh...comment est-ce que vous parviendrez à motiver les enfants et éventuellement
759 aussi la famille ? »
760 B2 : « Bah moi souvent c'est euh bah je...je demande aux enfants si ils aiment bien le sport, si ils en font et très
761 souvent dans ces milieux un peu défavorisés où les parents n'ont pas beaucoup d'argent, les enfants ne font
762 pas beaucoup de sport en dehors du sport de l'école et donc du coup quand je demande à l'enfant si il a envie
763 de faire du sport, ce qu'il a envie de faire comme sport, bah par ce biais là, je trouve que j'arrive plus que par la
764 diététique, ça c'est sûr quoi (*Rire*). Si je lui dis bah voilà tu va pouvoir faire du sport, tu vas pouvoir faire de la
765 natation, bah oui ça motive »
766 M : « D'accord OK »
767 B1 : « En plus la diététique, si c'est les parents qui font les courses, le gamin hein, c'est pas lui qui va faire les
768 courses donc bah...il n'a pas le choix là »
769 M : « Oui c'est sûr. Quels facteurs et comment est-ce qu'on parvient à motiver un enfant ? Si vous avez des
770 éléments de réponse ? »
771 B1 : « Mais ce que je ne comprends pas c'est motiver à quoi ? Motiver à mieux manger ou motiver à faire du
772 sport ou motiver à maigrir ? »
773 B2 : « Motiver euh... »

774 M : « Motiver à l'inclure dans le réseau POIPLUME »
775 B5 : « Ah à l'inclure! »
776 M : « Motiver à l'inclure dans le réseau POIPLUME bon l'enfant oui mais aussi la famille. Comment motiver la
777 famille ? »
778 B3 : « Bah peut-être en lui faisant comprendre que dans le réseau il n'est pas le seul à avoir ce problème parce
779 que hein les enfants ils se replient donc ça peut-être bah tu leur dis : t'as plein de gamins, de...de petites filles
780 qui sont dans la même situation que toi et voilà, c'est... »
781 B5 : « L'intérêt aussi c'est que ça se passe en famille. POIPLUME c'est pas un gamin tout seul et puis...c'est un
782 ensemble où il y a ses...ses proches, les gens qui l'aiment bien qui sont autour de lui donc ça aussi. Il n'est pas
783 séparé de son milieu familial. C'est un petit peu dans le prolongement de son chez lui le fait d'être chez
784 POIPLUME voilà par exemple aussi. Bah lui dire c'est pas un hôpital, c'est pas ? c'est...c'est quelque chose
785 quand même de familial »
786 M : « Mmm »
787 B5 : « Donc tout le monde est partie prenante, tout le monde participe et ça doit être ludique. C'est vrai tu fais
788 du sport (*montre B2 de la main*), c'est...c'est rigolo et puis voilà il se fera des copains, il y aura des gens...sans lui
789 dire qui auront le même problème que lui parce qu'il ne faut pas non plus en rajouter trop mais il y a d'autres
790 enfants et d'autres gens qui...qui sont là et qui...voilà c'est pas...c'est pas l'hôpital quoi »
791 M : « Ok d'accord »
792 B1 : « Et puis juste parler du changement d'habitudes de la famille tant alimentaires qu'au niveau sportif plutôt
793 que dire on va traiter son obésité, on va lui faire un régime voilà quoi, il faut que ça tienne dans le temps quoi »
794 B4 : « Oui ça c'est sûr »
795 B5 : « D'un côté c'est dire on traite un peu la famille entre guillemets, c'est pas le gamin qui est le responsable
796 de cet état là, c'est un petit peu tout le monde donc lui ça le défusse hein sur sa propre responsabilité.
797 Quelque part euh il se sent moins fautif de quelque chose, quelque part c'est peut-être bien comme lui il est
798 pas trop bien mais c'est p't'être dû aux autres quoi voilà donc c'est... Se sentant moins responsable de cet état-
799 là, on lui dit c'est pas...enfin on ne le dit pas comme ça mais je veux dire il peut traduire ça comme on me dit
800 c'est pas bien, Monsieur c'est pas bien, c'est pas ma faute, c'est pas que ma faute en tout cas voilà et bien sûr
801 que parce que il y a tout ça, s'il ne fait pas de sport c'est peut-être, comme tu dis (*désigne B2 de la main*) parce
802 que les parents ne l'ont pas inscrit. C'est vrai des gens ils aimeraient bien en faire mais bon ils n'en font pas
803 voilà »
804 B4 : « Il n'y a pas que le sport. On peut aussi aller se promener en famille le dimanche euh...plutôt que de rester
805 à la télé »
806 B5 : « Oui mais le problème de la télé aussi. Les gens qui n'ont pas d'argent bah ils sont devant la télé parce que
807 ça ça coûte rien et les gamins ils sont devant la télé : ils ne bougent pas, ils voient des pubs qui leur montrent
808 du Nutella® et après... »
809 B4 : « Bah oui, donc après on fait l'éducation de la famille quelque part aussi »
810 B5 : « Bah voilà, donc ça le gamin il peut comprendre que c'est pas forcément de sa faute si ses parents le
811 mettent à la télé parce que ça les arrangent pendant ce temps »
812 B4 : « Je crois qu'il y a de ça aussi... »
813 B5 : « Oui il y a de ça aussi je suis d'accord mais on peut lui faire comprendre que par POIPLUME je dirai bah
814 pendant qu'il est chez POIPLUME, il n'est pas à la télé »
815 B4 : « Oui »
816 B5 : « Et que c'est pas parce qu'il n'a pas la télé qu'il va être malheureux. Il sera avec ses parents etc... »
817 B4 : « Je pense que c'est une sensibilisation quand même de...de laisser la voiture, d'aller se promener, de ne
818 pas manger de viande le soir de ...voilà tout le monde au même régime »
819 B5 : « Je suis d'accord mais c'était pour dire : stimuler un enfant pour le faire adhérer à ce truc-là, je pense que
820 c'est ce côté de dire on y va tous ensemble, t'es pas tout seul euh...à y aller, t'es pas tout seul responsable,
821 t'es...tu fais partie de ce...du problème où tout le monde est partie prenante voilà. Il n'est pas le vilain petit
822 canard de la chose. Voilà, c'est tout. C'est global, donc c'est dilué, donc c'est plus facile. C'est pas...c'est pas un
823 entretien je dirai un tête à tête, c'est pas un examen...un examen de conscience. Chacun fait peut-être entre

824 guillemets son mea culpa ou je ne sais pas puis ça se passe peut-être mieux comme ça je pense, c'est comme
825 ça qu'on peut lui faire passer le fait d'être... d'adhérer à un truc comme ça voilà. Il faut pas y aller tout seul »
826 B1 : « Je pense aussi qu'il y a...qu'on a un travail à faire enfin pour moi...de dire aux parents que les sucreries,
827 les choses comme ça, c'est pas...il y a d'autres récompenses que les sucreries. Parce que le gamin il a bien fait, il
828 a fait quelque chose : hop on lui donne un bonbon, on lui donne sa barre de chocolat, son...Il y a peut-être
829 d'autres choses mais qui lui font pas prendre de poids mais ça...c'est pas simple »
830 M : « Oui c'est sûr, oui. Est-ce que vous avez éventuellement des choses à rajouter euh par rapport à cette
831 question ? »
832 B1 : « Vous devriez nous demander si nos enfants ont des IMC qui n'augmentent pas ? »
833 *(Rire général)*
834 B6 : « Moi j'utilise souvent le Nutella® comme exemple en fait. Je leur dit...je leur demande ce qu'ils pensent en
835 fait du Nutella®. En fait, ils sont tous dans la pub hein, le Nutella® c'est fantastique euh...c'est le bien-être... »
836 B1 : « On est mieux »
837 B6 : « On est mieux, on a plus d'énergie. Bah je leur dis : c'est complètement faux. Et en fait à POIPLUME, ils
838 vont t'expliquer ce qui en fait est faux, ce qui est bien. Tu pourras toi-même voir la pub, les pièges et puis le
839 reste quoi. Chez les grands évidemment, pas chez les petits. Ça marche des fois, ça les interpelle en tout cas »
840 M : « D'accord, donc là on a fini avec les questions par rapport au focus groupe euh...est-ce que vous voulez
841 rajouter des expériences ou des anecdotes complémentaires euh...par rapport à l'ensemble de la discussion, à
842 l'ensemble des questions qu'il y a eu ? Après ces commentaires on passera à la conclusion. Je te donnerai la
843 parole »
844 B6 : « Elle aura le droit de causer après ? »
845 O : « Pardon ? »
846 B5 : « Tu as le droit de parler maintenant ? »
847 O : « Oui mais même là, si vous avez des choses à rajouter »
848 B5 : « Attention c'est filmé »
849 O : « Ou des choses que vous voulez dire »
850 B1 : « C'est vrai que le dossier allégé de POIPLUME c'est quand même mieux parce que quand il fallait donner
851 le poids, la taille du grand-père paternel, du grand-père maternel han...on n'en finissait plus. Et puis la courbe
852 depuis euh...moi ce que j'ai le plus de mal à remplir c'est quand on demande le petit déjeuner, des choses
853 comme ça alors qu'ils voient la diététicienne. J'ai toujours pas compris pourquoi je note ça...voilà bon »
854 O : « Pas d'autres choses que vous vouliez rajouter ? Bon bah on peut arrêter là alors. Merci à tous d'avoir
855 participé »

TRANSCRIPTION DU FOCUS GROUPE C :

5 participants :

C1 : médecin généraliste homme, âgé de 53 ans, activité semi-rurale, à Boulay dans un cabinet de groupe, population variée dont populaire (quartiers HLM)

C2 : médecin généraliste homme, âgé de 56 ans, activité de ville, au Ban-Saint-Martin dans un cabinet de groupe, population plutôt aisée

C3 : médecin généraliste homme, âgé de 61 ans, activité de ville, à Rombas dans un cabinet individuel

C4 : médecin généraliste femme, âgée de 40 ans, activité semi-rurale, à Rémilly dans un cabinet individuel (mais temps de travail partagé avec une collaboratrice)

C5 : médecin généraliste homme, âgé de 60 ans, activité semi-rurale, à Ancy-Sur-Moselle dans un cabinet individuel, clientèle relativement aisée

M : Animateur

O : observateur

Durée d'enregistrement : 1h

- 1 M : « Alors premièrement : pourquoi avez-vous adhéré au réseau POIPLUME ? »
- 2 C1 : « Ah on fait dans mon sens »
- 3 M : « Voilà on va partir dans ce sens, on changera après »
- 4 C1 : « Parce que euh j'avais beaucoup d'enfants dans ma clientèle qui étaient obèses et...et c'est toujours
- 5 difficile de euh...de les prendre en charge, d'autant plus que les consultations diététiques sont payantes ici
- 6 donc euh le fait de rentrer ces enfants dans le réseau, leur permet d'accéder à des consultations diététiques et
- 7 puis moi j'ai fait une formation en thérapie comportementale et cognitive donc du coup tout ce qui est
- 8 entretien motivationnel etc...ça m'intéresse voilà »
- 9 M : « D'accord, OK très bien »
- 10 C2 : « Moi je suis rentré dans le réseau par le bouche à oreille. J'en ai entendu parler par des confrères qui
- 11 étaient contents des résultats et sur le coup j'ai eu deux enfants qui avaient ce problème d'obésité et euh...à
- 12 qui j'ai parlé de ce réseau. Les parents étaient intéressés donc pour que les enfants puissent en bénéficier, je
- 13 me suis moi-même inscrit dans ce réseau euh...justement pour par la suite avoir euh un suivi sur le moyen
- 14 terme et euh...voilà une motivation initiale en tout cas c'était ça quoi »
- 15 M : « OK »
- 16 C3 : « Je vais essayer de me souvenir mais euh...je voulais voir ce que le réseau pouvait apporter dans cette
- 17 pathologie euh...mais euh voilà j'étais curieux et intéressé parce que seul à plaider les bons comportements et
- 18 les corrections à faire euh...à répéter, à répéter que si on était épaulé on aurait peut-être plus de résultats
- 19 donc voilà la raison initiale et puis comme mon cher voisin de droite, j'en avais entendu parler et je me suis dit
- 20 que ça méritait d'être euh...d'être utilisé et en même temps testé quoi »
- 21 M : « Très bien »
- 22 C4 : « Moi j'ai plutôt adhéré de part ma patientèle qui est très jeune et effectivement avec des suivis
- 23 pondéraux réguliers qui m'amenaient à évoquer régulièrement le sujet. Je dirais euh...un sujet difficile à
- 24 évoquer avec les parents qui sont demandeurs ou choqués qu'on leur en parle donc ouais après je l'ai vu
- 25 comme une aide en me disant bah j'espère que d'autres auront le même discours que moi. Après par rapport
- 26 aux consultations de diététique pas remboursées c'est difficile, même pour nous j'trouve qu'une consultation
- 27 diététique elle est difficile à faire, elle est longue, elle est laborieuse donc c'est un appui pour nous »
- 28 M : « D'accord »
- 29 C5 : « Moi j'ai adhéré à POIPLUME parce que j'ai été séduit un petit peu par le côté de la prise en charge
- 30 pluridisciplinaire donc c'était un...un concept qui m'a séduit parce que la prise en charge tout seul d'un enfant

31 obèse euh...c'est un peu compliqué. On se heurte à pas mal de problèmes d'ordre psychologique, socio-
32 économique et euh...nutrition en général donc euh...c'est ce côté-là qui m'a fait adhérer »
33 M : « OK très bien. Est-ce que vous aviez des objectifs personnels en adhérant au réseau POIPLUME? »
34 C3 : « Qu'est-ce-que vous entendez par objectifs personnels ? »
35 C4 : « Ouais »
36 *(blanc)*
37 O : « Bah la question c'est...en fait vous avez un petit peu répondu mais en fait quels étaient vos objectifs en
38 adhérant au réseau par rapport justement aux enfants de votre patientèle ? Par rapport aux enfants en
39 surpoids ? »
40 C3 : « Bah c'est vrai qu'on a presque tous répondu : c'est pour justement pour s'appuyer sur une équipe, sur
41 une approche pluridisciplinaire et euh...et euh voir si on obtenait plus de résultats avec une structure comme
42 celle-là plutôt qu'en faisant cavalier seul. C'est ça le...après le résultat on en parlera peut-être tout à l'heure »
43 M : « Ok, très bien. Quelle est la définition de l'enfant en surpoids ? »
44 *(rires)*
45 C4 : « Bah moi je le définis vachement bien avec les courbes je pense parce que c'est mon appui, il n'y a pas de
46 définition. *(rire général)* Je montre au gamin ma courbe en disant bah tu as changé de palier. Je ne pense pas
47 que j'utilise des chiffres. Donc c'est la courbe »
48 C1 : « Moi j'utilise que les courbes aussi. Je leur montre, je leur imprime sur l'ordinateur. Alors je pensais qu'on
49 parlait d'obésité type 1 et obésité type 2, qu'on ne disait plus surpoids »
50 C4 : « Oui c'est vrai. Mais c'est plus facile de parler de surpoids aux parents que d'obésité »
51 C1 : « Oui obésité, c'est mal pris »
52 C4 : « Moi j'ai plus tendance maintenant à faire surpoids type 1 plutôt qu'obésité parce que je me suis fait
53 refouler un jour en parlant d'obésité : non ma gamine n'est pas en obésité donc maintenant j'évite le mot
54 quoi »
55 C3 : « D'ailleurs surpoids ça paraît quand même plus politiquement correct dans la société très...très très...avec
56 ses garde-fous là un peu partout.. »
57 C2 : « C'est discriminant »
58 C4 : « Ouais »
59 C3 : « Oui c'est ça »
60 C1 : « Non mais d'un autre côté on dit surpoids, c'est pas grave, ils ne font pas, ils ne bougent pas, donc il
61 faut...est-ce que on leur ment un peu ? Est-ce qu'on leur dit la vérité tout de suite, qui les choque? Est-ce
62 que...est-ce que ? »
63 C4 : « Moi je leur dit : on est en surpoids et j crois qu'on va arriver à l'obésité, on va...on migre vers l'obésité, je
64 crois que j'utilise quand même le mot. Mais je euh...de premier abord je ne le fais plus l'obésité parce que ça a
65 été très très mal perçu et je...ouais »
66 C5 : « Et c'est normal, parce que c'est comme quand on parle de... »
67 C4 : « Ça avoue un échec aux parents. Moi je trouve qu'on les met devant un fait accompli et donc euh... »
68 C1 : « C'est-à-dire il ne s'agit pas de les culpabiliser »
69 C4 : « Non mais tu leur...tu leur impose un... »
70 C1 : « On fait la courbe de poids et puis après tu leur montres : voilà ça a décroché, c'est monté, voilà il y a tant
71 de pourcents avec les percentiles...voilà, je leur dis il y a tant de gamins qui sont en dessous donc il est dans les
72 trois pour cent au-dessus par exemple alors s'il est vraiment beaucoup au-dessus alors là je leur dis bon bah il y
73 en trois pour cent qui sont au-dessus de lui quoi. J'essaie de montrer avec les courbes, c'est très illustratif »
74 C2 : « Il faut être clair, souvent on ne fait que mettre des mots sur des choses qui...qui quelque part sautent aux
75 yeux souvent même pour les parents, bon après on est dans le non-dit...dans le... »
76 C3 : « Dans le déni »
77 *(rire général)*
78 C2 : « Dans le déni, oui tout à fait mais bon souvent c'est évident le gamin franchit la porte et puis... »
79 C3 : « Ça saute aux yeux »

80 C2 : « Voilà. Alors s'il est accompagné de ses deux parents et de sa fratrie qui sont sur le même moule, c'est
81 vrai que parler d'obésité pour l'un ça veut dire pour tout le monde. C'est aussi un peu compliqué...surtout pour
82 la mère, bon qui est rarement là et elle est obèse et le vit très mal par égard aux magazines féminins qui
83 traînent dans la salle d'attente entre autres »
84 *(blanc)*
85 C1 : « Enfin ça peut être une motivation aussi parce que moi j'avais plusieurs patientes...des mamans de gamins
86 qui me disent bah moi, j'ai été obèse quand j'étais petite, on se moquait de moi etc...et je ne voudrais pas...pas,
87 je ne veux pas que mes enfants vivent la même chose, donc ça peut être quand même malgré tout euh...une
88 motivation quoi qui peut essayer de les faire avancer plutôt qu'une culpabilité quoi »
89 C3 : « Tu l'entends souvent ça ? »
90 C1 : « Bah je pense à deux – trois patientes ouais »
91 C3 : « Ça c'est déjà la mère qui est prête à faire un certain travail »
92 C1 : « Oui mais c'est plutôt favorable »
93 C4 : « Tu ne trouves pas qu'il y a beaucoup d'enfants obèses dont les parents sont déjà super gros donc le
94 discours est déjà difficile parce que limite tu peux déjà t'occuper des parents et après de l'enfant »
95 C3 : « On a l'impression qu'ils ont reproduit le même modèle »
96 C4 : « Tu sais *(s'adresse à C3)* moi j'ai une gamine qui réfute à sa mère en disant : tu t'es regardée, c'est toi le
97 problème, c'est pas moi. Elle lui dit ça hein, devant toi en plus comme ça. Tu t'es regardée toi ? Donc euh... »
98 C1 : « Il y a de tout. J'ai quelques parents qui sont comme ça, j'en ai d'autres, c'est ce que je disais tout à
99 l'heure, bah euh...euh les deux parents d'un bon niveau social, ils sont tous les deux obèses euh...le père il fait
100 cent quarante kilos, la mère elle est à cent dix/cent quinze kilos. Le facteur déclenchant ça a été qu'elle a fait
101 euh...une deuxième grossesse. Les sages femmes lui ont dit qu'il fallait absolument qu'elle perde du poids
102 parce qu'elle avait un diabète gestationnel et là il y a eu un déclic. Elle a essayé de faire quelque chose mais le
103 père euh...malgré son excellent niveau intellectuel est dans un déni complet donc euh, il apporte des pots de 5
104 kilos de nutella® qu'il trouve à l'étranger...c'est assez...euh...bon on a essayé un peu POIPLUME et bah pour
105 l'instant c'est une espèce de stand-by mais je crois que je ne les ai jamais brusqués, rien. Avant qu'ils
106 s'inscrivent dans le réseau, qu'ils acceptent on a...on en parlait déjà depuis un moment...un an et demi, tout
107 doucement... »
108 C4 : « Alors moi, je ne les inscris plus s'ils ne sont plus motivés, j'ai changé un peu de comportement »
109 C1 : « Tu fais des échelles d'évaluation de la motivation comme par exemple dans le sevrage tabacologique ?
110 *(rire)* »
111 C4 : « Peut-être au feeling aussi ouais...mais c'est vrai j'en inscris beaucoup moins »
112 C1 : « Bah moi, je leur donne une chance systématiquement. Je me dis après tout... »
113 C4 : « Ah ouais »
114 C2 : « On peut les inscrire que si ils sont un peu motivés »
115 C1 : « Oui mais après ça se travaille...si tu ne te donnes pas l'occasion de les revoir... »
116 C4 : « Est-ce que tu trouves que les gens montent facilement à Metz, prendre des rendez-vous de euh...même
117 leur suivi euh... »
118 C1 : « Moi non euh, j'ai la chance d'avoir un diététicien à Creutzwald, donc c'est... »
119 C4 : « C'est pas loin »
120 C1 : « Voilà c'est pas trop loin, par contre dès qu'il faut aller voir psychologue ou éducateur physique, c'est c'est
121 beaucoup plus difficile pour les patients. Puis les ateliers cuisine et tous les autres trucs, alors là c'est pas la
122 peine. Je crois que je ne sais pas j'ai peut-être une ou deux patientes qui y sont allées, dont cette dame qui a
123 abandonné d'ailleurs mais euh la proximité...si il faut faire vingt-cinq kilomètres pour aller rencontrer
124 l'éducateur sportif, c'est difficile »
125 C3 : « Moi j'exerce sur Le Ban-Saint-Martin, c'est tout près mais... »
126 C4 : « Vous avez aussi beaucoup de gens qui abandonnent par rapport aux rendez-vous ? »
127 C2 : « Bah oui évidemment, je ne sais pas...sur la durée, enfin je pense qu'on en parlera après, mais c'est quand
128 même ça le taux de...de »
129 C4 : « D'échec bah oui »

130 C2 : « D'échec et d'abandon un peu précoce ou...enfin la plupart du temps c'est assez précoce d'ailleurs. C'est
131 quand même...c'est significatif alors c'est p't-être l'occasion pour le réseau de revoir ça »
132 C1 : « Moi je me suis posé la question de savoir si je devais les faire rappeler par la secrétaire quand ils devaient
133 avoir des rendez-vous programmés et qu'ils ne venaient pas donc faire un espèce de fichier excel pour les faire
134 rappeler par la secrétaire »
135 C4 : « En même temps tu ne les responsabilises pas si tu fais ça. Attends, tu as le temps de faire ça ? »
136 C1 : « Je fais faire par la secrétaire »
137 C4 : « Bah oui, bah oui »
138 C1 : « C'est tout, si tu as un secrétariat tu peux le faire faire. Alors de temps en temps, je suis dans un autre
139 réseau qui fait de la tabacologie et quand ils ne viennent pas à leur rendez-vous programmé, je leur euh...je fais
140 reprendre le euh...je fais reprendre le fichier excel et puis elle les appelle »
141 C4 : « Oui mais le tabagisme c'est autre chose, tu t'adresses à une personne alors que là l'obésité de l'enfant, tu
142 t'adresses à toute une famille, c'est pas pareil »
143 C1 : « Je ne sais pas »
144 C4 : « Et l'enfant tout seul il ne fera rien »
145 C1 : « Je ne sais pas mais je me suis posé la question de faire comme pour l'autre réseau où je suis en me disant
146 ça peut leur...les rendez-vous étant assez loin en tabacologie, les rendez-vous tu peux les donner si tu veux à la
147 limite mais là euh comme c'est espacé, donner les rendez-vous six mois à l'avance, quatre mois à l'avance c'est
148 difficile et donc du coup euh...je me disais les rappeler, ça les remotive, ils ne se sentent pas abandonnés un
149 tout petit peu ou seul avec leurs problèmes parce que par exemple les gens, dans le cadre d'un sevrage
150 tabagique, le fait d'avoir des rendez-vous réguliers, ça les tient quand même... »
151 C4 : « Oui »
152 C1 : « Ça les aide, c'est un support dans la motivation alors euh bon peut-être qu'on ne les voit pas assez
153 souvent, je ne sais pas et puis la prise en charge pendant deux ans pour des problèmes de poids c'est court
154 aussi d'un autre côté. Je continue à voir certains enfants qui ont fait leurs deux ans et puis je continue à les voir
155 régulièrement et puis ils continuent à aller chez le diététicien »
156 C4 : « Oui c'est bien »
157 C1 : « C'est bien hein enfin je veux dire... »
158 C4 : « Quand t'es pas en échec oui »
159 C1 : « Bah on continue »
160 M : « On va y revenir après ça »
161 *(rire)*
162 C3 : « Question ? »
163 M : « Question suivante : Comment dépistez-vous, on y a déjà un petit peu répondu mais comment dépistez-
164 vous le surpoids chez l'enfant ? »
165 C3 : « Au premier coup d'œil »
166 *(rire général)*
167 C4 : « Bah en calculant son IMC et après tu fais ta courbe »
168 C3 : « On a l'idée de calculer l'IMC et de le placer sur la courbe parce qu'au premier coup d'œil on a vu qu'il
169 était obèse »
170 C2 : « C'est le coup d'œil qui a amené le calcul après »
171 C1 : « Si on a l'habitude de les peser quand il y a une pathologie infectieuse quelconque, on peut attirer un
172 petit peu là...bah voilà »
173 C5 : « Oui, il faut les peser régulièrement »
174 C1 : « Les peser, les mesurer et puis voilà quoi »
175 M : « Oui d'accord. Très bien merci. Alors comment abordez-vous le problème du surpoids avec l'enfant et avec
176 ses parents ? »
177 C5 : « Moi je leur montre les courbes d'évolution avec extrapolation à l'âge adulte »
178 C3 : « Ça dépend si les parents sont eux-mêmes obèses. L'approche n'est pas la même parce que si on a deux
179 parents qui ont un rapport poids/taille normal et qui ont un enfant obèse, à mon avis on aura un peu plus de

180 facilité à entrer dans le sujet et puis à faire avancer les choses, voire à les faire adhérer à un dispositif comme
181 celui de POIPLUME euh...moi je trouve que le cas quasiment réhilitaire c'est justement les deux parents
182 obèses et l'enfant obèse, alors là euh...oui effectivement, là ils ne peuvent pas ne pas se sentir impliqués hein
183 les parents. C'est eux qui ont en charge l'éducation y compris l'éducation nutritionnelle de leur enfant mais si
184 euh ils affichent un laisser euh...un laisser-aller euh..pour moi ça commence ça commence à devenir... un sujet
185 très très difficile quoi en quelques jours l'aborder mais on ne peut pas leur dire : vous ne voulez quand même
186 pas qu'il devienne vous hein ? »
187 *(rire général)*
188 C3 : « Monsieur, regardez-vous quoi franchement. Et donc c'est pas...on ne peut pas ne pas y aller et dégainer
189 droit devant. C'est pas possible, alors bon on tourne autour du sujet, tout le monde ne tourne pas autour du
190 sujet, on aborde le sujet mais...une famille d'obèses, c'est dur hein, parce qu'ils trouvent que c'est la norme
191 c'est leur norme en tout cas »
192 C2 : « Dans le cas de parents, souvent eux amènent leur enfant déjà pour le motif, le motif ça peut être le
193 surpoids de leur enfant »
194 C3 : « Oui exact »
195 C2 : « Quand ils sont, quand ils ne sont pas...d'emblée le sujet est sur la table : Docteur il est trop gros ou elle
196 est trop grosse, il faut faire quelque chose »
197 C5 : « Mais le problème aussi c'est que c'est un sujet qui est souvent abordé en fin de consultation. Ils viennent
198 pour un épisode d'infection ou autre : rhinopharyngite ou autre maladie et puis en fin de consultation ils nous
199 parlent du poids de l'enfant donc euh à partir de ce moment-là bon euh on ne peut pas ré-aborder le problème
200 dans sa pleine entité, on est obligé de discuter assez vite là-dessus et puis de re-convoquer éventuellement
201 pour lui faire...pour faire une consultation plus approfondie là-dessus »
202 M : « D'accord »
203 C3 : « C'est vrai que les enfants on les voit souvent donc euh si c'est pas le jour J, on en parlera la prochaine
204 fois, on en fera le sujet principal de la consultation parce que l'obésité, on l'a sous les yeux mais elle ne s'est
205 pas constituée en six mois. En fait c'est...je ne sais pas ce que vous en pensez...quand les parents sont obèses ce
206 n'est pas facile hein d'aborder le sujet »
207 C1 : « Il faut un facteur déclenchant, comme tout à l'heure ce que j'expliquais quoi avec un truc où il y a une
208 prise de conscience des deux parents »
209 C3 : « Mais attend ce qui surprend, ce qui surprend c'est l'absence de prise de conscience des parents tant que
210 tu ne l'as pas formulé, c'est ça qui est étonnant quand même hein, parce que ça crève les yeux de tout le
211 monde quoi et donc là il y a forcément un déni ou alors comme je le disais tout à l'heure ils ont considéré que
212 c'était la norme enfin leur norme »
213 C1 : « Ce n'est pas forcément un déni. Dans cette famille par exemple, la maman a un peu abandonné euh
214 parce qu'elle ne voulait pas entrer en conflit avec son mari...sur le sujet »
215 C3 : « Non c'est vrai, c'est vrai »
216 C1 : « Et c'est ...il y en a un des deux qui est motivé et puis l'autre euh qui est pas du tout motivé et quand il
217 faut faire des efforts, il n'y a que la mère qui fait des efforts. Le père n'en fait pas et puis après ça donne des
218 situations conflictuelles. Moi je suis rentré dans le tréfonds des...des *(rires)* problèmes avec les parents pour ça
219 et dans les familles turques ou autres, le père est sur le sujet complètement absent, il n'y a rien à faire »
220 C3 : « Oui il est souvent absent »
221 C1 : « Alors euh la maman me disait, elle s'attrapait hein, elle ne lâchait pas. J'étais un peu surpris mais elle
222 était tenace hein mais si c'est après pour que euh...l'ambiance familiale euh...soit un peu pourrie et puis que ça
223 se détériore, je peux comprendre aussi que euh... ils reculent quoi. C'est pas qu'un déni hein, il peut y avoir un
224 déni mais je pense qu'il y a un des deux parents qui...qui est pas bien hein »
225 C3 : « Plus le rôle des grands-parents »
226 C4 : « Ouais il a raison *(sourire)* »
227 C2 : « Pardon ? »
228 C4 : « Il a raison »
229 C1 : « Plus le rôle des grands-parents »

230 C4 : « Bah oui, les gamins qui mangent chez les grands-parents »
231 C1 : « En plus oui »
232 C3 : « Parce que ce que tu racontes, moi j'ai un exemple en tête : le père était contre toute démarche, la mère
233 était archi-pour parce qu'elle ne voulait pas que ses enfants évoluent comme elle et comme le père mais le
234 père n'en avait rien à faire donc euh à chaque fois que les parents se retrouvaient dans la...chez les grands-
235 parents paternels...on comblait le retard si je puis dire. De toutes les façons c'était un peu du sabotage de ce
236 que pouvait faire la mère, du sabotage fait sciemment, méticuleusement hein c'est...alors là c'est...on a du mal
237 à arriver à un résultat et en fait là, effectivement ça devient conflictuel donc au sein du couple, entre les belles
238 familles, c'est le bazar quoi »
239 C1 : « Moi pour cette famille où il y a le monsieur qui fait cent quarante kilos et la maman cent dix mais qui a
240 perdu du poids euh...j'avais discuté de ce cas-là en réunion de supervision de thérapie comportementale parce
241 que je n'arrivais pas à avoir le...à motiver le papa et bon j'ai essayé de trouver différents biais pour le revoir, ça
242 fait un an que je ne l'ai pas vu »
243 C3 : « Oui »
244 C1 : « Parce que j'essayais de le...parce que je pense quand même qu'il est accessible sur le niveau intellectuel
245 au raisonnement...d'autant qu'il est en train lui de développer un diabète donc euh j'avais plusieurs bras levés
246 et ben non j'ai dit flûte euh...oui parce que j'en ai parlé l'an dernier à la réunion au mois de juin ouais
247 ouais...bah plus d'un an quoi. Donc c'est un problème d'arriver à...et si ils ne veulent pas venir, ils ne viennent
248 pas, c'est tout donc euh il ne faut pas les heurter quand on les voit pour ne pas susciter d'hostilité ou une
249 quelconque résistance »
250 C3 : « Oui bah c'est sûr, de toutes les façons, on ne peut pas les pousser l'épée dans les mains, ça ne sert à rien.
251 Ou bien ils sont partie prenante, ils s'engagent, ou bien c'est pas la peine »
252 C2 : « Je crois qu'il faut savoir que, je n'ai pas les statistiques en tête mais euh si on arrive à euh...à orienter euh
253 vingt pour cent des enfants à qui on s'adresse, ce sera déjà pas mal. Je sais pas, je n'ai pas suffisamment de cas
254 personnels mais je pense qu'il faut accepter que le taux d'échec soit quand même supérieur au taux de réussite
255 et je pense largement, je pense par rapport à ce que je...après il faut l'accepter et puis ça fait partie du...ça fait
256 un peu partie du deal qu'on fait. Sur l'ensemble on sait très bien, enfin on espère qu'il y en aura le plus
257 possible, mais euh avec un peu de recul on se rend compte que c'est quand même euh...c'est rude, que c'est
258 long. Il y a beaucoup d'abandons, d'abandons en milieu de...même avant...d'abandons précoces »
259 C3 : « Il a une très longue liste de questions je suis sûr (*en parlant de l'animateur*) »
260 C2 : « Ah oui c'est vrai, une heure trente on a dit »
261 (*rire général*)
262 M : « On est bien, on est bien »
263 C1 : « Je rajouterai quand même, je suis un peu embarrassé parce que j'ai une famille par exemple, où il y a
264 trois enfants qui ont une phénylcétonurie et le régime il est très strict et ils le suivent donc c'est qu'il y a une
265 motivation intense des parents »
266 C4 : « Mais c'est global aussi, c'est qui sont tous dans le même cas dans ton truc »
267 C1 : « Non il y a d'autres gamins qui sont...qui ne sont pas atteints donc c'est difficile donc ce sont des gamins
268 qui sont suivis de près, le régime est suivi. Il n'y a pas de retard, ils sont suivis au CHU à Nancy. C'est très
269 compliqué sur le plan de la bouffe parce que tout vient de Paris. Quand ils partent en vacances, parce que c'est
270 une famille de turcs, ils emmènent la bouffe en Turquie, c'est compliqué et ils suivent quand même le régime à
271 la lettre alors je pense que si il y a si peu de résultats pour les régimes alimentaires, c'est une opinion
272 personnelle hein y'a...c'est que il y a un défaut de motivation à la fois euh...de la famille mais peut-être euh
273 implicitement euh du corps médical. Pourquoi ça marche autant dans des pathologies qui sont peut-être
274 considérées comme vitales, c'est vrai parce que si ils ne suivent pas leur régime, ils ont un retard mental »
275 C4 : « Mais parce que ça a été pris en charge dès la naissance alors que regarde là, l'obésité avant que tu la
276 découvres tu l'a déjà laissée s'installer (*lève les yeux au ciel et mouvement d'élévation du bras*) »
277 C1 : « Oui mais ça ne change rien sur le plan de la motivation des familles, ça devrait...enfin je veux dire à un
278 moment ou à un autre, il a bien fallu que les familles se motivent, bon ça a été à la naissance. Ils ont été pris en
279 charge au début mais après tu les prends en charge après et pourquoi le taux de réussite en les prenant en

280 charge ne rejoindrait pas des courbes identiques dans d'autres pathologies. C'est une question que je me pose
281 hein »

282 C5 : « La motivation du patient, elle est induite par celle du médecin qui est en face de lui »

283 C1 : « Aussi, c'est ce que je suis en train de dire »

284 C5 : « Oui bah bien sûr »

285 C1 : « Et si il y a un certain relativisme sur le sujet, une certaine dose de tolérance ou une grosse tolérance sans
286 faire de mauvais jeux de mots »

287 C4 : « Je crois pas tu vois parce qu'à partir du moment où tu es rentré dans un réseau c'est que tu as envie
288 de... »

289 C1 : « Non mais je ne parle pas pour nous, je parle d'une manière générale »

290 C4 : « Ah oui moi je parle dans le cadre du réseau. Je pense que si tu as adhéré, c'est que tu veux te fixer des
291 objectifs »

292 C1 : « Après globalement la recommandation sur l'obésité infantile qui disait que ça ne marchait pas beaucoup
293 mais si c'est fait sur une population de médecins qui n'est pas très motivée bah moi je veux dire, le résultat
294 n'est pas forcément bon »

295 M : « Ok. Racontez votre dernière expérience d'inclusion dans le réseau POIPLUME et comment la jugez-vous
296 cette dernière expérience ? »

297 *(Rires)*

298 M : « Bonne ou mauvaise peu importe. Votre dernière inclusion dans le réseau POIPLUME ? »

299 C5 : « La dernière inclusion que j'ai faite c'est sur la demande des parents qui ont vu l'affiche de POIPLUME
300 dans la salle d'attente voilà donc euh...ça a induit effectivement une consultation uniquement sur le poids de
301 l'enfant avec euh réalisation des courbes et puis euh on a discuté des courbes d'évolution de leur enfant et eux
302 se sont inscrits au réseau euh...et ça ça marche bien. Ça fait euh...ça fait un an et demi qu'ils sont suivis et ça
303 marche bien. J'ai des réserves sur l'évolution ultérieure parce que les parents sont en train de se taper
304 dessus...de se séparer enfin bon. Je pense que tout ça, ça va tomber à l'eau mais c'est dommage parce que
305 c'était sur leur demande et puis ça avait pris une bonne tournure. C'était bien voilà »

306 M : « Merci »

307 C4 : « Alors moi ma dernière elle finit ses deux ans de suivi dans le réseau : au début très motivée, la maman
308 alors les deux parents obèses avec un papa en invalidité très très jeune dans sa vie, ce qui complique la
309 situation financière de la famille et euh...très motivée la gamine au départ. Je pense que la maman l'a
310 beaucoup poussée, effectivement se rendant compte que tous les deux ayant des problèmes de poids, il ne
311 fallait pas que les enfants euh...évoluent de la même façon et euh...le démarrage de l'adolescence fait que
312 euh...tout cafouille. Elle repart sur des écarts pourtant elle sait toujours...elle sait tout ce qui faut faire mais plus
313 de motivation alors que euh...on échappe là depuis six mois. C'est pas pour ça que je désespère chez elle en me
314 disant elle se remotivera, elle sait quoi faire. Je ne pense pas que c'est...en plus la maman est assez derrière, le
315 papa a fait une cure à l'Alumnat en comprenant qu'il fallait qu'il se fasse prendre en charge aussi donc je
316 pense que on y arrivera mais pour l'instant elle est à nouveau en échec ouais »

317 M : « D'accord »

318 C4 : « Je pense que c'est un échec transitoire, j'espère »

319 C3 : « C'était une tentative d'inclusion »

320 *(Rire général)*

321 C3 : « Une tentative d'inclusion. Non, c'est une...c'est un gamin qui avait dix ans en fait dont les parents sont
322 séparés, la mère est en surpoids euh...ça fait des années qu'elle euh...pas qu'elle le harcèle mais qu'avec tact et
323 mesure elle essaie de le motiver et puis euh...je leur parle de POIPLUME, de la façon dont ça se passait et tout
324 le monde était d'accord, j'ai donné les...c'était un soir tard donc j'ai donné les coordonnées etc...et puis je le
325 revois deux mois après, il avait refusé quoi »

326 M : « D'accord »

327 C3 : « Et donc euh voilà quoi : le soir en question c'était une inclusion et puis deux mois après j'ai appris que le
328 fait qu'il avait fuit, qu'il avait refusé cette prise en charge »

329 C2 : « Bah moi le dernier c'est aussi euh quelque chose qui n'a pas abouti. C'était une euh...c'est une jeune de
330 euh...fille de douze ans, il y a à peu près dix-huit mois que j'ai voulu inclure à sa demande enfin de sa mère
331 surtout euh...avec des troubles du comportement alimentaire type boulimie et en fait euh assez rapidement
332 euh...une schizophrénie s'est déclarée, ce qui fait que euh...la jeune patiente a complètement échappé au
333 réseau et tout a été axé sur la psychiatrie et elle a été hospitalisée à Jury. Enfin la boulimie et la surcharge
334 pondérale n'étaient que les prémices de la psychose qui s'est déclarée ultérieurement quoi »
335 C1 : « Et puis les neuroleptiques ça ne va pas aider »
336 C4 : « Oui c'est clair »
337 C2 : « Oui ! Mais bon c'était...c'était assez rapidement évolutif en fait avec des parents qui sont bien désespérés
338 de cette évolution. Effectivement une gamine pour qui le problème pondéral est passé au deuxième, au
339 troisième plan même mais qui s'est majoré »
340 M : « OK »
341 C1 : « Les modes de recrutement bah moi je sais que c'est le médecin scolaire de Boulay qui euh m'envoie des
342 patients qui n'appartiennent pas au cabinet parce qu'il sait que je suis dans le réseau POIPLUME donc parfois
343 c'est une inclusion un peu tardive, après douze ans donc j'explique que c'est avant douze ans la fin. Après
344 comme je suis l'élément le plus à l'est du réseau euh...je ne sais pas comment ils savent mais j'ai des patients
345 qui viennent d'assez loin : de Saint-Avold, d'un peu plus loin quoi donc euh »
346 C4 : « T'acceptes quand même de les inclure alors que tu ne les connais pas plus que ça en fait ? »
347 C1 : « Bah non parce que je leur demande quand même un courrier de leur médecin et puis ils reviennent, voilà
348 et puis on travaille. Je ne pense pas que ce soit un obstacle hein. Et s'ils font...s'ils viennent de Saint-Avold pour
349 rentrer dans le réseau, je me dis... »
350 C4 : « Ils sont déjà motivés »
351 C1 : « Il y a de la motivation dans l'air. On ne va pas refuser quoi. Enfin je veux dire, je ne vois pas pourquoi je
352 dirais non quoi »
353 C4 : « Mmm »
354 C1 : « Alors le dernier que j'ai inclus. Je ne sais plus comment ils sont rentrés mais ils viennent effectivement de
355 Saint-Avold. C'est un couple euh...les parents sont séparés depuis longtemps euh...il y a euh...la maman qui a
356 une profession paramédicale, elle a des gardes et donc le papa garde la gamine quand euh...elle est de garde.
357 Elle ne travaille que par système de gardes. Et là ça se passe bien. C'était le deuxième rendez-vous cette après-
358 midi et bon bah euh...elle a perdu un petit peu de poids, elle grandit donc euh l'IMC est en chute...verticale
359 enfin peut-être un peu trop, ça m'inquiète mais on va voir »
360 M : « Ok, très bien merci. Combien d'enfants avez-vous inclus dans le réseau POIPLUME et êtes-vous satisfaits
361 de ce nombre ? »
362 C4 : « Combien sur quelle durée parce que c'est difficile ? Sur l'année en cours ? »
363 M : « Non depuis que vous avez...»
364 C4 : « Depuis qu'on a adhéré »
365 M : « Oui voilà depuis que vous êtes adhérent au réseau POIPLUME. Comme ça... »
366 C4 : « Je dirais cinq »
367 C2 : « Moi en ce qui me concerne relativement peu : cinq-six »
368 C4 : « Oui je dirais cinq pareil »
369 C2 : « Mais c'est vrai que personnellement bon bah ce n'était plus un réflexe euh »
370 C4 : « Mais moi je l'utilise beaucoup si je n'y arrive pas en fait. Si je n'arrive pas à décrocher la situation, si je
371 n'arrive pas à stabiliser l'IMC. Moi je le...je ne le ferais pas systématiquement (*montre C1 de la main*), moi je
372 démarre un peu toute seule...un peu toute seule avec mes simples conseils et après si je n'y arrive pas je dis
373 bon bah on va se faire aider, est-ce que ça vous intéresse ? Moi je ne l'utilise pas en première intention, après
374 je sais pas mes collègues... »
375 C1 : « Bah moi je suis ma courbe de poids et d'IMC et tu te rends compte que ça monte »
376 C4 : « Que ça monte, que ça monte ouais tout à fait ouais »
377 C1 : « Depuis un moment et puis dans d'autres situations tu as beau marquer ou les associés, parce qu'on est
378 dans un cabinet de groupe : l'IMC, l'IMC, l'IMC (*mime l'action d'écrire*) voilà tu vois que s'est marqué de

379 consultation en consultation dans le carnet de santé tu te dis bah à un moment ou à un autre, il va falloir faire
380 quelque chose »

381 C3 : « J'en ai inclus très peu en fait : trois je crois mais c'est vrai que de toute façon j'ai tendance à faire comme
382 C4, à les prendre en charge et à...Moi je trouve qu'il y a quand même un handicap c'est que...qui est quand
383 même dans beaucoup de cas parmi ce que j'aurais pu inclure et que je n'ai pas inclus...la raison principale c'est
384 que c'est à Metz alors il y a des déplacements qu'ils ne peuvent pas faire ou qu'ils ne veulent pas faire euh ça
385 c'est quand même, c'est un obstacle. Si fait que euh on est loin de mettre euh de placer dans le réseau
386 POIPLUME tous nos enfants obèses ça c'est sûr. S'il y avait euh les services proposés de soutien proposés par
387 POIPLUME décentralisés peut-être que ça ne serait pas inutile mais centrés sur Metz, en plus là avec la
388 construction du tramway c'est encore pire »

389 C4 : « Ouais c'est clair. Non mais il a tout à fait raison »

390 C3 : « Non mais ce sont des remarques que l'on entend souvent, très souvent, très souvent hein. Quand on leur
391 dit que c'est là-bas, qu'il va falloir y aller de façon régulière, de façon suivie »

392 C1 : « Mais c'est combien de kilomètres Rombas de... »

393 C3 : « Bah il y a dix sept kilomètres. Il n'y a que toi qui arrive à recruter déjà de la Moselle Est chez toi puis de
394 chez toi à POIPLUME »

395 C1 : « Bah non il y a Monsieur S. qui est Creutzwald à douze kilomètres donc euh... »

396 C3 : « Ça c'est le diététicien »

397 C1 : « Il est diététicien oui »

398 C4 : « Après les gens descendent facilement sur Metz faire leur suivi tu trouves ? »

399 C1 : « Bah ils... »

400 C4 : « Parce que moi je suis assez d'accord avec lui hein »

401 C1 : « Oui c'est un obstacle, ils... »

402 C3 : « Oui c'est obstacle hein »

403 C1 : « C'est un obstacle quand même hein parce que bon les consultations de psycho euh ils n'y vont pas
404 souvent...et c'est pas obligatoire hein, quand on a discuté de ça dans le réseau, moi j'étais absolument opposé
405 à ce que ce soit obligatoire parce que justement ça avait freiné net les inclusions donc je ne veux surtout pas de
406 ça »

407 C3 : « Ça n'est pas obligatoire »

408 C1 : « Hein ? »

409 C4 : « Oui oui »

410 C3 : « Il est clairement annoncé que la consultation psycho n'est pas obligatoire »

411 C1 : « Oui bah moi je leur propose au moins une consultation pour qu'ils fassent le bilan, voir si il y a un souci
412 hein, bon s'il y a des troubles du comportement alimentaire je crois que je suis de toute façon assez formé pour
413 les dépister mais après c'est vrai que l'éducateur sportif après j'étais un peu sceptique et là les dernières
414 inclusions depuis qu'il y a ce jeune homme bah ils y vont quand même donc euh...j'ai demandé comment ça se
415 passait : ah bah c'est bien donc bah à priori si ça leur va, ça leur va et puis si ça leur va pas, ils n'y vont pas.
416 L'essentiel c'est qu'ils continuent au moins le binôme médecin-diététicien »

417 C3 : « Bah euh j'suis pas tout à fait d'accord hein. Ça fait qu'une partie du travail, la moitié »

418 C1 : « Je ne me sens pas débordé pour la prise en charge psychologique »

419 C3 : « Non non mais je ne parle pas de...je parle de l'activité sportive et physique moi »

420 C1 : « Ah »

421 C3 : « Si c'est déficient pour eux bah... »

422 C1 : « Je leur en parle »

423 C3 : « Oui mais c'est essentiel ! »

424 C1 : « Mais d'accord »

425 C3 : « Je veux dire par là que dans ce que tu viens de résumer, ça me paraît être le parent pauvre quoi »

426 C1 : « C'est toujours mieux que rien. C'est toujours mieux que rien, à vouloir faire trop et puis je pense que
427 justement dans l'entretien motivationnel on leur propose des choses, c'est comme dans l'éducation

428 thérapeutique, c'est-à-dire on vous propose ça, ça, ça. Vous acceptez de travailler quoi ? C'est eux qui
429 choisissent, c'est pas nous »

430 C3 : « C'est eux qui vont le faire ça c'est sûr »

431 C1 : « Et ouais, donc euh... »

432 C3 : « Mais je trouve que d'emblée euh l'accent est mis sur la diététique et tout ce qui est activité physique et
433 sportive on va dire physique, n'est pas mis en œuvre. Je trouve que ça tient une trop faible place en plus c'est
434 quand même l'élément essentiel si on veut arriver à un résultat. La diététique seule, c'est vrai pour tout le
435 monde et c'est...c'est toujours par là que le bât blesse. En tout cas, à chaque fois qu'on veut s'attaquer à une
436 tentative de réduction pondérale parce que les gens ne se bougent pas. Ils sont prêts à faire des régimes, pas à
437 bouger »

438 C1 : « Ce n'est pas que bouger, c'est changer les comportements je dirais donc euh la passivité devant la
439 télévision...c'est pas que aller forcément faire du sport mais c'est au moins...»

440 C3 : « Maintenant il y a Wii® »

441 C4 : « Il faut investir ! (rire) »

442 C3 : « Je n'ai pas de matériel comme ça moi. La Wii®, c'est ça hein ? »

443 C4 : « Oui c'est ça »

444 C3 : « On reste devant la télé avec ça ? »

445 C4 : « Oui, tu fais du sport devant la télé »

446 C3 : « Bah voilà, la solution : la Wii® »

447 M : « Ok très bien euh...nous allons maintenant parler des obstacles à l'inclusion et des facteurs favorisant
448 l'inclusion des enfants dans le réseau POIPLUME, des obstacles et ceux favorisant l'inclusion donc euh que vous
449 ayez inclus peu ou beaucoup d'enfants, il serait intéressant de répondre à ces questions. On va commencer sur
450 la première partie qui est la suivante : quelles sont les raisons pour lesquelles, d'après vous, certains médecins
451 généralistes incluent peu d'enfants obèses ou en surpoids dans le réseau POIPLUME ? On a déjà un peu
452 commencé à en parler. On a plus ou moins abordé le sujet. Pourquoi peu d'enfants obèses ou en surpoids dans
453 le réseau POIPLUME ? »

454 C4 : « Bah parce que le sujet n'intéresse pas forcément, tu n'es pas obligé de t'intéresser à l'obésité...à mon
455 avis tous nos confrères ne s'intéressent pas à ce sujet »

456 C3 : « Vous parlez de généralistes affiliés au réseau ? »

457 C4 : « Ah du réseau ? »

458 M : « Oui des généralistes du réseau pardon, oui oui »

459 C4 : « Ah d'accord OK je ne l'avais pas compris comme ça »

460 C2 : « Moi en ce qui me concerne c'était quand même euh...ça m'a paru quand même assez complexe et
461 euh...et dur à gérer sur la durée quand même avec euh...je veux dire...enfin j'ai encore eu un dossier là...quand
462 on lit le dossier d'inclusion »

463 C4 : « Han il est laborieux hein »

464 C2 : « Pffff »

465 C4 : « Enfin même franchement s'ils l'ont allégé, rien que... »

466 C2 : « Enfin voilà les gens...enfin surtout en ce moment où il y a de la pathologie il y a du monde y'a machin on
467 reporte souvent à la prochaine consultation en disant on en parlera plus tard alors voilà je trouve que...de
468 toute façon j'en ai ramené un parce que c'est vrai hein, enfin tout le monde le connaît, c'est pas la peine que je
469 le sorte. C'est vrai que c'est quand même chronophage d'emblée et euh...et personnellement j'ai tendance à
470 dire on fera ça la prochaine voilà et de reporter »

471 C4 : « De toutes les façons si on ne le programme pas, on ne le fait pas »

472 C2 : « Non »

473 C4 : « Il faut...c'est un dossier d'inclusion qui faut programmer en rendez-vous en disant ce jour-là on fait
474 l'inclusion, on en parle avant et on...parce que sinon c'est trop laborieux »

475 C5 : « Oui il faut le faire sur rendez-vous »

476 C4 : « Ouais sinon c'est pas possible. Tu fais que sur rendez-vous toi C1 ? »

477 C1 : « Oui »

478 C4 : « On est d'accord hein »
479 C1 : « Oui et je le fais sur deux consult »
480 C4 : « Pour remplir en deux fois en fait »
481 C1 : « Oui parce que sinon c'est trop long »
482 C4 : « Ah ouais ouais »
483 C1 : « Donc je fais deux consult. Je leur dis parce que reconstruire les courbes de poids et tout avec au moins un
484 poids par an avec une taille, on fait un IMC et tout le bazar euh...et puis le dossier a été allégé hein parce
485 qu'avant il y avait les antécédents familiaux de poids etc...le dossier d'inclusion a été allégé quand même un
486 petit peu donc c'est quand même un petit peu plus facile mais euh c'est quand même très long donc euh je fais
487 deux consult. Et tant pis, je les fais revenir et puis ils reviennent hein. Il y a des gens une consult c'est une demi-
488 heure hein, le temps de euh...donc le faire en une seule consult je crois que c'est illusoire ou alors tu t'énerves
489 et... »
490 C5 : « Mais sur rendez-vous on peut le faire sur un laps de temps plus long, on peut bloquer trois quarts
491 d'heure hein, on bloque trois quarts d'heure pour la consult »
492 C4 : « Mais en même temps tu arrives à mobiliser l'attention trois quarts d'heure, moi je trouve que c'est
493 pompant hein »
494 C5 : « Non, c'est la nôtre qui est... »
495 *(Rire général)*
496 C4 : « Parce que moi j'ai l'impression de me prendre la tête au bout de trois quart d'heure »
497 C1 : « C'est pas gagnant quoi. C'est pas gagnant gagnant je trouve euh... »
498 C5 : « Et puis comme moi aussi je me prends la tête donc au bout de trois quarts d'heure chacun s'en va et puis
499 c'est bon »
500 C1 : « Et puis quand tu es en train de reconstituer la courbe, à rentrer les poids... »
501 C5 : « Mais ça c'est sur l'ordinateur »
502 C1 : « hein ? »
503 C5 : « C'est sur l'ordinateur »
504 C1 : « Bah quand tu reconstitues, quand je reprends tout le carnet de santé, je regarde à partir du moment où
505 ça a décroché, ça prend un sacré moment quoi »
506 C2 : « Oui »
507 C5 : « Ah oui il faut refaire les courbes... ah oui là non »
508 C1 : « Bah oui c'est ça quoi »
509 C5 : « Moi, ça je ne fais pas, par contre moi je ne fais pas du tout... »
510 C1 : « Plutôt que de faire en trois quarts d'heure et que ce soit imbuvable, tu les fais venir deux fois quoi et puis
511 c'est tout. Tu testes aussi indirectement leur motivation hein »
512 C4 : « Mmm »
513 C3 : « Oui, c'est peut être la solution »
514 C1 : « Au début j'ai fait en une fois et puis j'en pouvais plus et puis après dossier complété à moitié. J'ai dit non
515 ça va pas ça. Il faut les faire venir deux fois et puis c'est tout et puis ça marche comme ça. Je ne dis pas que
516 c'est la solution mais voilà »
517 C3 : « Enfin ça c'est du côté des médecins mais du côté des patients, je le répète c'est l'éloignement du réseau
518 POIPLUME. Ça c'est...c'est quand même un point essentiel ça »
519 C4 : « De toutes les façons si en gestion de temps c'est difficile pour les gens, c'est déjà foutu »
520 C1 : « Bah oui, il y a des familles qui disent mais je ne vais pas aller à Metz une fois voir la psychologue, une fois
521 voir ceci... »
522 C4 : « Bah j'peux pas, ils ne peuvent pas puis y'a l'orthophoniste à côté, l'ophtalmo, y'a euh...y'a plusieurs
523 enfants euh... »
524 C1 : « Et puis il y a les autres enfants, faut faire ça »
525 C2 : « Il y a l'orthodontiste »
526 C3 : « L'orthodontiste ? »
527 C2 : « Oui »

528 C3 : « Bah oui, pour les dents, ils ont tous la totoche dans la bouche »
529 *(Rire général)*
530 C2 : « Pour aller chez l'orthodontiste, je ne trouve pas qu'il y ait de problème, je ne sais pas comment ils font.
531 Ils prennent sur les ? donc ça aggrave notre problème à nous »
532 M : « Et quelle est la proportion d'enfants dans votre patientèle ? »
533 C5 : « Il fallait nous poser cette question avant qu'on vienne pour euh...pour qu'on puisse rechercher »
534 M : « Non mais comme ça à vue d'œil »
535 C2 : « Oh à la louche un tiers pour moi »
536 M : « Un tiers »
537 C3 : « D'enfants obèses ? »
538 C2 : « Ah d'enfants obèses ? »
539 C4 : « Non non non, la proportion d'enfants qu'on voit dans notre patientèle »
540 M : « Oui, on parle d'enfants dans la patientèle »
541 C2 : « Oui oui oui »
542 C4 : « Oui, pas obèses »
543 M : « Pas obèses euh... »
544 *(Rire général)*
545 C2 : « Oui donc un tiers à peu près »
546 M : « Ah bah à peu près un tiers »
547 C1 : « Moi je dirais ça aussi à la louche »
548 C4 : « Non je dirai cinquante pour cent »
549 C3 : « Oui entre vingt et trente »
550 C3 : « En nombre de consultations ? En pourcentage de consultations ? »
551 M : « Oui voilà en pourcentage de consultations ouais ouais »
552 C3 : « Donc si on prend les.. »
553 C4 : « J'ai compté les nourrissons moi hein »
554 M : « Oui oui »
555 C3 : « Jusqu'à six ans ? »
556 C2 : « Non non jusqu'à douze ans »
557 C5 : « Enfant c'est jusqu'à seize ans hein »
558 C3 : « Moi j'aurais dit douze »
559 C4 : « C'est quinze ans, c'est quinze ans, à l'hôpital c'est quinze ans »
560 *(Rire général)*
561 C5 : « Il faudrait savoir »
562 C3 : « Oui oui entre vingt et trente »
563 M : « Quelle formation avez-vous en matière de surpoids et d'obésité ? »
564 C2 : « Quelle ? »
565 M : « Quelle formation avez-vous en matière de surpoids et d'obésité ? »
566 C5 : « Ça je ne m'en souviens plus »
567 C4 : « Si moi, je m'en souviens parce que j'avais fait un DU (Diplôme Universitaire) de pédiatrie où on avait
568 vachement bossé et c'était très bien abordé d'ailleurs »
569 M : « D'accord »
570 C1 : « Moi j'ai fait beaucoup de diététique dans un service de gynéco à Lyon où j'ai fait mes études. Il y avait
571 une prise en charge euh des...des femmes qui venaient d'accoucher pour perdre du poids, donc il y avait une
572 euh diététicienne qui était en l'occurrence l'épouse du patron et il y avait toute une prise en charge assez
573 programmée et j'ai beaucoup appris à ce moment-là quoi. Puis après j'ai fait ça dans le cadre du sevrage
574 tabagique parce qu'il y a les prises de poids aussi dans le cadre du sevrage tabagique, donc il faut travailler la
575 diététique et puis voilà quoi »
576 M : « D'accord Ok, très bien »

577 C3 : « J'ai fait un DU de pédiatrie mais il y a tellement longtemps que l'obésité n'était pas vraiment parmi les
578 sujets principaux de préoccupation en pédiatrie et euh sinon on a fait un passage dans le réseau POIPLUME un
579 jour non ? »

580 C4 : « Oui on avait une remise, on avait une formation à l'intégration du réseau au tout début »

581 C3 : « Oui il y avait des soirées obligatoires »

582 C1 : « Oui il y avait trois-quatre soirées »

583 C3 : « Et c'était pas mal fait »

584 C1 : « Oui c'était bien fait »

585 C4 : « Oui tout à fait »

586 C3 : « Ils nous ont un peu mis le pied à l'étrier quoi hein »

587 C4 : « Mmm »

588 M : « D'accord »

589 C1 : « Après moi j'ai passé plusieurs journées de formation sur les troubles du comportement alimentaire avec
590 ma formation de thérapie comportementale et cognitive »

591 M : « Très bien donc euh maintenant quels sont d'après vous les facteurs favorisant l'inclusion d'enfants en
592 surpoids dans le réseau POIPLUME ? »

593 C3 : « Une forte motivation des parents »

594 *(Rire général)*

595 C1 : « Et une petite motivation des enfants quand même »

596 C4 : « Ouais »

597 C1 : « Si c'est conflictuel entre les parents et les enfants ça dégénère aussi quoi »

598 C5 : « Et puis on rajoute une bonne motivation du médecin, on a une inclusion »

599 C2 : « Oui moi je trouve que certains enfants, dans la mesure où pour certains leur poids leur vaut quand même
600 de subir les moqueries etc...en face ils sont assez motivés, plus que leurs parents hein. Il y a des enfants qui
601 souffrent même de euh...leur surcharge pondérale et au quotidien parce qu'entre eux ils ne sont pas tendres et
602 hein donc euh certains enfants euh...sont demandeurs largement plus que leurs parents. Alors que pour eux un
603 gros bébé c'est un gros bébé, un gros enfant c'est un gros enfant, c'est comme ça. Non mais souvent c'est
604 parce ce biais que je suis arrivé à motiver les enfants »

605 C3 : « Parce qu'ils étaient stigmatisés par leurs copains de classe »

606 C2 : « En leur faisant verbaliser, oui tout à fait, le fait...le fait d'être un peu les têtes de Turc ou les souffre-
607 douleur de leur classe, en souffrir euh...d'être complexés par leur surcharge pondérale »

608 M : « D'accord »

609 C3 : « Mais plus le nombre d'enfants obèses augmente et plus c'est la norme quand même »

610 *(Rire général)*

611 C2 : « Oui »

612 C4 : « On n'en est pas là quand même »

613 C1 : « L'autre facteur favorisant je vais dire, c'est peut-être aussi le fait que les consultations diététiques soient
614 gratuites. Les gens qui ont déjà été confrontés au problème et qui s'y sont frottés et qui se sont rendus compte
615 que c'était assez cher quand ils les payaient de leur poche euh...c'est aussi une motivation pour eux quand ils
616 ont connaissance du réseau pour rentrer dans le réseau »

617 M : « D'accord et euh comment parvient-on à motiver des enfants et leur famille ? »

618 C4 : « C'est pertinent comme question »

619 C1 : « Bah y'a des techniques et des ouvrages qui ont été écrits aux États-Unis il y a cinquante ans qui
620 s'appellent "entretien motivationnel". Il suffit que ce soit enseigné à la Fac et ça aidera grandement mais c'est
621 pas encore fait. La réponse elle est là. Alors ça démarre avec l'entretien d'éducation thérapeutique mais
622 visiblement même dans l'éducation thérapeutique, c'est pas tout à fait l'entretien motivationnel parce que
623 justement on demande aux gens de choisir eux-mêmes ce qui les intéresse dans un panel de choses. C'est
624 souvent des placards qui sont apportés, qu'on leur donne comme ça et qu'ils doivent ingurgiter alors que
625 normalement ils doivent choisir les centres d'intérêts qu'ils ont voilà »

626 M : « D'accord OK »

627 C3 : « Alors nous qui n'avons pas lu entretien motivationnel, c'est ça hein ? »
628 C1 : « Oui »
629 C3 : « Alors on fait avec les moyens du bord. Non mais c'est vrai »
630 C4 : « Moi je parle avec la courbe en fait. Je leur dit que stabiliser c'est déjà vachement bien et qu'on n'est pas
631 pressé mais que c'est sur le long cours et qu'il faut se motiver et qu'effectivement c'est long donc euh il faut
632 pouvoir continuer »
633 C3 : « Donc ils se penchent, ils se penchent sur les courbes, c'est curieux hein ? »
634 C4 : « Ah bah moi je leur montre, moi je m'adresse au gamin et (*mime l'action de poser un carnet sur la table*) »
635 C3 : « Alors que là...comme je le disais tout à l'heure au premier coup d'oeil ça...ça va de soi mais les courbes
636 encore une fois quand ils voient qu'ils sont là-haut ça les interpelle à ce moment-là »
637 C4 : « Mais moi je montre à chaque fois hein, même quand c'est mieux hein »
638 M : « Ouais »
639 C4 : « Oui je montre à chaque fois »
640 C1 : « Moi je leur dis, je marque félicitations toujours »
641 C2 : « Ah oui c'est sûr »
642 C3 : « Encore un effort »
643 M : « Encore un effort, en progression »
644 (*Rire général*)
645 C5 : « Moi j'ai beaucoup de parents qui me demandent la courbe, qui veulent la regarder »
646 C3 : « Oui qui se penchent dessus »
647 C5 : « Ils sont assez demandeurs »
648 C1 : « Bah quand ils ont des enfants en bas âge, souvent ils aiment bien regarder les courbes de poids tout
649 petit, sur les carnets de santé hein pour voir si justement si il grossit bien, si il grandit bien, ça les rassure alors
650 après si on leur a montré et moi j'ai toujours pris l'habitude donc du coup après ça vient naturellement ils
651 regardent quoi »
652 M : « Très bien »
653 C3 : « En fait on devrait les inclure au rebond précoce d'adiposité »
654 C4 : « Oui c'est vrai. C'est là où on se rend compte des fois qu'on les a dépistés trop tard »
655 C1 : « Oui trop tard »
656 C4 : « Et que ton IMC c'est trop tard pour le faire »
657 C1 : « Quand on remonte et que tu fais la courbe tu te rends compte que ça fait déjà trois ans que... »
658 C3 : « Au lieu que ça fasse un joli creux et puis là la courbe (*geste d'élévation dans le ciel*) »
659 C1 : « Bah et puis tu as la courbe pfff (*geste d'élévation dans le ciel*) »
660 C4 : « Depuis six ans hein il faut, à partir de six ans hein tu en a déjà plein, plein, plein qu'on n'a pas dépisté »
661 C3 : « Mais en fait moi je pense, sur le terrain on devrait euh cibler un peu tout ça, être plus systématique »
662 C4 : « Mais là c'est dur hein, moi je vois »
663 C1 : « Ils fuient hein aussi, c'est difficile »
664 C4 : « Par contre c'est plus facile hein, plus on les prend tôt, plus c'est facile à amener euh... »
665 C3 : « À avoir des résultats hein. Donc cinq-six ans ce serait bien hein ? »
666 C4 : « Ouais. Moi la dernière que j'ai eu dont la maman a très très mal pris le truc, je crois qu'elle avait quatre-
667 cinq ans hein »
668 C3 : « Mais c'est dommage pour l'enfant »
669 C4 : « Ouais. Pourtant ils ne sont pas gros hein, les parents ne sont pas gros. Elle l'a entendu parce qu'elle fait
670 des efforts de son côté mais elle pas du tout voulu adhérer au réseau. P't-être que ouais le terme d'obésité à
671 quatre ans c'est p't-être un peu trop fort ouais »
672 C3 : « Peut-être qu'en disant léger surpoids (*rire*) »
673 C4 : « C'est important hein »
674 C3 : « Un surpoids qui risque de se préciser »
675 C4 : « Mais elle, elle n'a pas accepté qu'on dise obésité. Elle me l'a redit hein après, je...je... »

676 C3 : « Mais tu lui as parlé du fait que la courbe elle descend et que là elle continue (*mime l'action de tracer une*
677 *courbe ascendante sur la table*) »

678 C2 : « Non mais il faut voir que pour l'obésité, il y a deux sens : le sens médical et le sens euh...disons général.
679 Le sens général, il est extrêmement connoté négativement, parce que l'obésité... »

680 C4 : « Bah surtout que les deux parents étaient bien là, c'était pas euh des parents obèses »

681 C2 : « Bah justement, l'obésité c'est...c'est vraiment très mal...c'est pas comme une insulte mais c'est très
682 négativement perçu le mot obésité alors que bien sûr sur le plan médical c'est pas du tout le sens qu'on veut lui
683 donner mais euh c'est sûr qu'il faudrait enfin qu'il faudrait...on parle surcharge pondérale c'est vrai que c'est
684 beaucoup plus...ça passe mieux hein »

685 C3 : « C'est plus politiquement correct. C'est comme l'entretien de surface, comment on dit ? L'entretien de
686 surface là... »

687 C2 : « Ah oui agent de service logistique »

688 C3 : « Agent de service logistique. Non, non on ne dit plus agent de surface, maintenant on a changé parce
689 que...on dit agent de service logistique »

690 C3 : « Bien »

691 C2 : « C'est vrai hein »

692 C1 : « Bah après c'est vrai, il y en a quelques-uns qui disent : oui euh on va faire attention, il va s'inscrire au
693 sport. On verra, on verra et ils repoussent et l'année suivante : alors tu as fait un peu de sport ? T'en es où ?
694 Non, non, non elle a pas commencé mais on va s'y mettre, on va s'y mettre ! Et euh ça freine un maximum.
695 Alors c'est sûr qu'il faut pas trop les...c'est toujours dans l'entretien motivationnel, c'est-à-dire si ils ne sont pas
696 motivés, si ils sont heureux avec leur comportement bah on peut essayer un tant soit peu de leur pointer du
697 doigt qu'il y a un souci mais on peut pas aller plus loin, c'est-à-dire que il faut essayer de les revoir et de les
698 accompagner sinon on suscite des résistances et euh...après c'est encore plus difficile »

699 M : « D'accord »

700 C1 : « Voilà »

701 C3 : « Ce qui est gênant dans cette histoire quand même c'est que c'est l'enfant la victime. Je veux dire par là
702 qu'une vie d'obèse, c'est une autre vie, c'est une vie à part »

703 C4 : « Ouais sauf qu'après à un moment : adolescents, j pense qu'ils sont capables de commencer à s'assumer
704 et ils le veulent pas forcément »

705 C3 : « Mmm »

706 C1 : « Quand tu vois, moi j'avais une fille... »

707 C4 : « Ça dépend de la maturité, c'est toujours pareil hein »

708 C1 : « Une patiente de vingt trois ans qui fait cent trente kilos, qu'ils en sont à aller à Strasbourg, pour voir pour
709 des histoires de bypass oh... je veux dire ça va être comment, je veux dire ils ont été comment »

710 C3 : « Enfin quand même le problème initial de l'adolescence, certains sont capables de, ils ne sont pas très
711 nombreux, de repérer ce qu'ils...ce qu'ils ont laissé filer enfin peut-être pas eux-mêmes mais de récupérer une
712 partie de si c'est fait dans le mauvais sens, où tout au long de leur existence jusqu'à l'âge de quinze ans, ce
713 serait quand même mieux si on leur épargnait un tel travail à l'adolescence euh ouais »

714 C2 : « Est-ce que le CHR est partie prenante du réseau ? Est-ce qu'ils ont leur propre euh réseau en interne de
715 diététiciens etc ...y'a pas de connexion et de...ça ce serait bien quand même, parce que moi aussi j'ai quelques
716 euh...quelques jeunes patients qui sont suivis par le CHR hein, par le service de pédiatrie, par les diététiciennes
717 sur place, c'est A.G. hein qui s'occupait de ça hein à un moment donc il y a un autre réseau un peu parallèle et
718 euh...qui existe de fait hein qui a des résultats et euh ce serait p'têtre pas mal de...enfin c'est pas un réseau
719 mais que les deux structures p'têtre se rapprochent plus. C'est un peu la mode, je vois ce qui se fait en gériatrie
720 hein maintenant les réseaux ça part : chez les libéraux, dans les EHPAD, dans les hôpitaux »

721 C1 : « À Saint-Avold il y avait un service de pédiatrie qui n'est plus parce qu'il est parti à Forbach et il y avait une
722 pédiatre, Mme Z. et qui s'occupait d'obésité infantile avec euh...toute une prise en charge diététique et ils
723 revenaient régulièrement, c'était pour des obésités graves. Ça marchait relativement bien et puis après elle est
724 repartie de Saint-Avold donc ça a un peu périclité et ça a redémarré et puis maintenant le service de pédiatrie
725 de l'hôpital de Saint-Avold, il n'y en a plus quoi hein donc c'est Forbach du coup voilà »

726 C3 : « Vous êtes déjà allés à l'AG POIPLUME ? *(se tourne vers les différents participants)* »
727 C4 : « Euh non »
728 C1 : « Non j'ai été de temps en temps à des réunions de staff »
729 C3 : « Et ils nous donnent les résultats là-bas ? Ils vous ont donné des résultats ? *(s'adresse à l'observateur)* »
730 O : « Non »
731 C3 : « Rien qu'en terme d'inclusions par exemple euh le nombre d'enfants, le pourcentage d'enfants de cinq à
732 huit ans ou de huit à douze ou de... »
733 O : « Non je ne sais pas »
734 C3 : « On ne sait pas ça et... »
735 C1 : « Ils les ont donnés en réunion, ils les donnent en réunion hein »
736 C4 : « On avait reçu des conclusions de la dernière AG par courrier mail »
737 C1 : « Oui ou alors dans la lettre d'info de POIPLUME, je ne sais plus ça je n'ai pas mémorisé »
738 C4 : « Oui voilà moi j'ai reçu quelque chose comme ça disant que les résultats n'étaient pas si mauvais »
739 C3 : « Et les résultats qui est-ce qui les donne ? qui les donne ? »
740 C1 : « Bah de toutes les façons ils ont été évalués hein »
741 C4 : « Bah c'est ça, c'est que s'ils ont des subventions... »
742 C1 : « ...et le réseau a été évalué il y a un an et les subventions étaient reconduites parce que les résultats
743 étaient corrects »
744 C4 : « Voilà c'est ça »
745 C1 : « Ils ont été évalués, même c'était des critères d'évaluation un petit peu compliqués parce qu'ils voulaient
746 des résultats quantifiables chiffrés et puis finalement ils ont dû rebaisser un peu leurs prétentions parce que
747 essayer d'avoir des objectifs quantifiables en deux ans euh sur le poids des gamins, tu te dis que l'éducation
748 thérapeutique, c'est quand même pas avec les résultats chiffrés tangibles immédiats quoi »
749 C2 : « Il n'y pas un organisme qui veut que tous les réseaux soient sous la même tutelle ? Soins palliatifs,
750 gériatrie, POIPLUME et dépendance/toxicomanie ? Il n'y a pas ? J'ai entendu parler d'un truc comme ça moi »
751 C1 : « Oui normalement ça doit se faire parce que le réseau de gériatrie de Moselle Est plus le réseau de stop
752 tabac, tout ça il y a eu une assemblée générale, ils ont été dissouts, ils ont refait un seul réseau »
753 C2 : « Oui alors plusieurs réseaux, plusieurs accolés pff... »
754 C3 : « Le problème c'est qu'ils veulent tous garder le pouvoir ? »
755 C1 : « Pardon ? »
756 C3 : « Ils veulent tous garder le pouvoir. En fait c'est les réseaux gériatriques qui veulent gérer tout euh alors
757 les autres ne sont pas tous forcément d'accord et euh autour de ça et pour l'heure le projet de fusion des
758 réseaux a échoué »
759 C1 : « Le projet de fusion des réseaux a échoué ? »
760 C3 : « Oui »
761 C1 : « Bah POIPLUME avec un réseau de gériatrie tu te demandes euh... »
762 C3 : « Et ce sont les réseaux de gériatrie qui sont les poids lourds forcément »
763 C2 et C4 : « Bah oui »
764 C3 : « Et donc ils veulent, ils veulent tout absorber et ils écartent les autres et ils ne veulent pas les faire
765 rentrer »
766 C2 : « J'en reviens à mon idée là, je pense que si les services de pédiatrie étaient aussi euh partie prenante ce
767 serait bien quoi. Je pense que ça boosterait pas mal les... »
768 C3 : « Tu penses ? »
769 C2 : « Ah oui »
770 C4 : « Bah ça donnerait d'autres pools de diététique en fait tu te centreras pas effectivement sur le centre-
771 ville »
772 C2 : « Voilà et puis je pense que si ils travaillaient en symbiose, ça permettrait de euh... »
773 C4 : « Tu sais ce sera jamais réalisé parce que de toute façon le budget financier, ce ne sera pas le même donc
774 l'hôpital ne va pas taper dans ses consultations diet pour... »

775 C2 : « Je vois ce qui se fait en soins palliatifs avec l'externalisation des réseaux, il y a quand même des
776 choses...ça existe ailleurs et ça marche bien donc pourquoi pas sur ce domaine de spécificité »
777 C4 : « Oui effectivement, il faudrait que les diététiciennes de l'hôpital cotent un acte pour que les réseaux les
778 paient, comme quand on fait quand les soins palliatifs sortent à l'extérieur ouais t'as raison »
779 C2 : « Ça permettrait peut-être d'étoffer le maillage du suivi d'enfants en...d'enfants obèses »
780 C1 : « Des réseaux à remonter, il y en a qui se sont épuisés des médecins hein parce que c'est une activité
781 presque bénévole quand même. Alors euh refaire, refaire, refaire, des réseaux qui ont coulé , y'en a qui ont
782 remonté euh...j'veux dire au bout d'un moment euh... »
783 C2 : « Non mais après tout peut-être que si les pédiatres orientaient vers POIPLUME, je ne sais pas si les
784 pédiatres de l'hôpital...ça permettrait d'avoir un recrutement d'emblée, parce qu'ils en voient hein des
785 gamins »
786 C1 : « Dans l'autre sens alors hein »
787 C2 : « Oui ça permettrait que eux aussi soient euh... »
788 C1 : « Impliqués oui ça pourrait être bien aussi ça ferait grossir POIPLUME si je puis dire »
789 *(Rire général)*
790 C2 : « Mais bon pour l'instant je ne pense pas que ça se fasse parce qu'ils ont leur propre structure en interne
791 qui marche bien hein, enfin qui marche bien... »
792 O : « Je ne sais si vous avez des choses à rajouter par rapport à ce qu'on vient de dire ? »
793 C1 : « Moi je crois que motiver les parents et les enfants de concert, les deux parents, parfois les grands-
794 parents bah c'est quand même une tâche ardue. Moi j'ai buté sur une famille pour voir la grand-mère parce
795 qu'elle faisait manger l'enfant tous les midis et je ne l'ai jamais vue en deux ans et puis finalement quand elle
796 est sortie du réseau parce que c'était fini, j'ai enfin vu la grand-mère »
797 *(Rire général)*
798 O : « D'autres choses ? »
799 C3 : « Non, c'est vrai que ça a été dit tout à l'heure mais euh la consultation de diététique gratuite, ça c'est
800 peut-être une piste et une autre piste c'est un peu la décentralisation de POIPLUME si on veut euh...aboutir à
801 un recrutement plus important »
802 C2 : « Et puis peut-être repenser le dossier d'inclusion »
803 C3 : « Le dossier d'inclusion, je ne sais pas si ça cautionne »
804 C4 : « Faudrait autonomiser les familles pour démarrer notre dossier d'inclusion : qu'ils remplissent une partie
805 déjà »
806 C2 : « Oui parce que là c'est vrai, personnellement pour moi c'est un frein »
807 C1 : « Le premier dossier où il y avait les notions de ? sur les grands-parents c'est un véritable ? parce qu'ils
808 n'arrivent pas à revenir et à recueillir les données, c'est un frein supplémentaire en fait. Je ne dis pas qu'il faut
809 les assister avant »
810 O : « Ok bah on peut arrêter là alors. Merci en tout cas d'avoir participé à ce focus group »

	Codes sortis au focus groupe A soit 128 codes
	Codes sortis au focus groupe B soit 46 nouveaux codes
	Codes sortis au focus group C soit 12 nouveaux codes
	Codes sortis aux 2 entretiens semi-dirigés (P1 et P2) soit 7 nouveaux codes
	verbatim utilisés dans la partie résultats de la thèse

	THEMES	SOUS-THEMES	CODE 1	CODE 2	CODE 3	CODE 4	CODE 5	CODE 6	CODE 7	CODE 8	CODE 9	CODE 10	CODE 11	
Le surpoids de l'enfant	Diagnostic et identification de ses origines	Aborder le problème du surpoids avec les familles	Consultations classiques	Consultations pour certificats de sport	Visites médicales des enfants de 0 à 2 ans	Définir le surpoids	Compréhension des parents et de l'enfant	Courbes	Rebond précoce d'adiposité	Obésité	Obésité morbide	Surpoids	PNNS	
		Etiologies	Dépistage tardif	Erreurs alimentaires	Génétique	Troubles du comportement alimentaire								
	Prise en charge	Inclusion dans le réseau POIPLUME	Aucune inclusion	Inclusion de l'enfant	Nombre d'inclusions	Pas assez d'inclusions	Sélection	Âge d'inclusion	Contexte	Enfants adressés	Surcharger			
		Conduite tenue par le médecin généraliste	Sens clinique	Interrogations du médecin	Examen clinique	Biologie	Conseils	Seul	Parler de POIPLUME	Régime	Enquête alimentaire	Confiance		
		Suivi par le médecin généraliste	Encadrement	Revoir	Répéter	Surveillance	Evolution							
		Relation médecin /enfant-parents	Communication médecin-enfant	Explications	Conciliations médecin-enfant	Ecoute des patients	Minimiser	Déculpabiliser	Déramatiser	Progressivement				
		Mesures à mettre en place	Activité physique	Activité sportive	Diététique	Education (2)	Education thérapeutique	Psychologie						
		Objectifs	Modification des habitudes alimentaires	Stabilisation de l'IMC	Devenir des patients suivis	Modification des comportements de toute la famille	Maigrir	Objectifs	Guérison spontanée					
		Comparaison avec d'autres maladies chroniques ou habitus	Diabétiques	Asthme	Tabagisme									
	Intervenants extérieurs	Spécialiste	Médecine scolaire	Hôpital	PMI									
Formation et information du médecin généraliste	Formation des médecins	Entretien motivationnel	Formation	Séminaire	Auto-formation									
	Informations données aux médecins sur le réseau POIPLUME	Courrier	Bouche à oreille	Rencontre d'un médecin du réseau										
Facteurs favorisant l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME	Avantages proposés par POIPLUME à l'enfant et sa famille	Ressources offertes par le réseau	Gratuité	Moyens offerts par le réseau										
		Prise en charge pluridisciplinaire sur un même site	Plusieurs intervenants	Diététicienne	Psychologue	Educateur sportif	Cabinet médical	Lieu unique	Prise en charge globale	Regard neuf				
		Présence de la famille et rencontre avec d'autres enfants	Enfant seul											
	L'enfant, les parents, l'entourage et le médecin	Attitudes communes des parents et de l'enfant	Intérêt de l'enfant et des parents	Efforts	Assiduité des parents et de l'enfant	Envie des parents et de l'enfant	Prise de conscience	Familles dont les deux parents ne sont pas en surpoids	Inquiétude	Observance				
		Attitudes des parents	Parents conscients	Accord des parents	Donner l'exemple	Motivation des parents	Investissement des parents	Voir les deux parents	Familles de personnes en surpoids					
		Attitudes de l'enfant	Enfant conscient	Motivation de l'enfant	Accord de l'enfant	Souffrance de l'enfant								
		Actions de l'entourage	Interrogations des parents	Demande des parents	Démarche	Moqueries de l'entourage	Copains							
	Atouts pour le médecin	Attention portée par le médecin à la pédiatrie et à l'obésité	Attrait	Intérêt du médecin	Motivation du médecin	Mère de famille	Santé							
		Prise en charge adaptée au type de patientèle	Type de clientèle	Fréquence	Pratique courante									
		Soutien par le réseau	Aide	Manque de moyens	Chance supplémentaire	Médecin coordinateur	Rôle clef du médecin	Savoir faire						
Facteurs encourageants		Réussite	Amélioration du réseau POIPLUME?	Gain de temps	Perte de poids des parents									
Temps	Temps pour le médecin	Longueur des consultations de suivi	Longueur des dossiers	Chronophage	Temps (1)	Perte de temps	Durée de suivi courte	En dehors des heures de consultations						

Freins à l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME		Temps pour les familles	Eloignement	Découragement de la famille	Durée	Lourdeur	Maladie chronique	Temps (2)	Disponibilité					
	Contexte social, économique, culturel et environnemental	Contexte social, économique et culturel	Culture (1)	Culture (2)	Education (1)	Habitudes alimentaires	Niveau intellectuel des parents	Niveau social	Argent	Barrière de la langue				
		Entourage familial	Famille de personnes en surpoids	Grands-parents	Père	Conflit								
		Environnement	Quartier	Jeux vidéo/ordinateur/TV	Cantine									
	Les parents et l'enfant	Sentiments des parents	Culpabilité des parents	Déni	Parents inconscients	Manque de motivation des parents	Refus des parents							
		Sentiments des enfants	Enfant inconscient	Manque de motivation de l'enfant	Refus de l'enfant									
		Sentiments communs aux parents et aux enfants	Peur	Contraintes	Bonnes intentions	Jugement								
		Représentation du surpoids	Bonne santé	Représentation de l'obésité										
	Problèmes rencontrés par le médecin	Difficultés du médecin	Adolescence	Persuader	Suivi au long terme	Consultation dédiée	Activité du médecin	Rentabilité	Organisation	Type de patientèle				
		Résultats non satisfaisants	Bons résultats au début	Rendez-vous	Prise de poids	Reprise de poids à la sortie de POIPLUME	Echec	Attentes du médecin	Expériences avec POIPLUME	Perdu de vue	Quitter			
		Ressentis des médecins et conséquences	Situations démoralisantes pour le médecin	Démotivations des médecins	Questionnement du médecin	Moins actifs	Relâchement des médecins	Remise en question du médecin	Regrets					

VU

NANCY, le **30 août 2013**

Le Président de Thèse

Professeur O. ZIEGLER

NANCY, le **12 septembre 2013**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°6581

NANCY, le 16 septembre 2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

L'obésité de l'enfant est devenue en quelques années un problème majeur de santé publique. Des réseaux de prise en charge du surpoids infantile comme le réseau POIPLUME (Prévention de l'Obésité Infantile Unie au Mieux Etre) ont été créés. Or, la plupart des médecins généralistes adhérents au réseau POIPLUME ont inclus peu d'enfants alors qu'une minorité de médecins en a inclus beaucoup. Nous avons décidé de mener une étude qualitative par focus groupes afin d'identifier les facteurs limitant et les facteurs favorisant l'inclusion d'enfants en surpoids par les médecins généralistes du réseau. La première partie de ce travail est un état des lieux du surpoids infantile et une présentation du réseau. La seconde partie détaille la méthode utilisée. Les résultats sont présentés dans une troisième partie. Les médecins interrogés s'accordent à dire que les ressources offertes par le réseau, ses avantages pour le médecin et l'environnement positif autour de l'enfant sont les principaux facteurs favorisant son inclusion. Parallèlement, un climat socio-économique, familial et culturel peu favorable ainsi que le problème du temps sont de véritables freins à l'inclusion d'enfants dans le réseau POIPLUME. Les éléments qui mériteraient d'être améliorés sont la formation des médecins au dépistage du surpoids infantile, la prise en charge psychologique de l'enfant en surpoids et le gommage des inégalités socio-économiques en matière de prise en charge de l'obésité infantile.

TITRE EN ANGLAIS :

Identification of the factors that predispose or limit General Practitioners to including overweight children in POIPLUME, a Mosellan network for children obesity care.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2013

MOTS CLÉS :

Surpoids infantile, obésité infantile, réseau de soins, médecin généraliste

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

