

ANNÉE 2022

2022 TOU 1080

2022 TOU 1081

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ  
MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement par

Valentin SOEN et Alexandre VERGES

Le 28 juin 2022

**Obésité infantile en soins premiers : quels déterminants ?**

**Le point de vue des internes de médecine générale en phase d'approfondissement.**

**Étude qualitative en Occitanie en 2021 et 2022.**

Directrice de thèse : Dr Virginie QUENTIN

Jury :

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

**Président**

**Madame le Professeur Motoko DELAHAYE**

**Assesseur**

**Madame le Docteur Virginie QUENTIN**

**Assesseur**

**Madame le Docteur Sophie DELAGNES-COSTA**

**Assesseur**

FACULTE DE SANTE  
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux  
Tableau des personnels HU de médecine  
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Mane-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe  
 Professeur BOUTAULT Franck  
 Professeur CARON Philippe  
 Professeur CHAMONTIN Bernard  
 Professeur CHAP Hugues  
 Professeur GRAND Alain  
 Professeur LAGARRIGUE Jacques  
 Professeur LAURENT Guy  
 Professeur LAZORTHES Yves  
 Professeur MAGNAVAL Jean-François  
 Professeur MARCHOU Bruno  
 Professeur PERRET Bertrand  
 Professeur RISCHMANN Pascal  
 Professeur RIVIERE Daniel  
 Professeur ROUGE Daniel

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALVAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christan(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugènia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

**P.U. Médecine générale**  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b> M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	<b>Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène</b> Mme MALAUAUD Sandra
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Ambine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
<b>P.U. Médecine générale</b>		
M. MESTHÉ Pierre		
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol André	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
<b>M.C.U. Médecine générale</b>			
M. BISMUTH Michel			
M. BRILLAC Thierry			
Mme DUPOUY Julie			
M. ESCOURROU Emile			

**Maîtres de Conférence Associés**

<b>M.C.A. Médecine Générale</b>	
M. BIREBENT Jordan	
Mme BOURGEOIS Odile	
Mme BOUSSIER Nathalie	
Mme FREYENS Anne	
Mme LATROUS Leïla	
M. PIPONNIER David	
Mme PUECH Marielle	

**Aux membres de notre jury,**

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,**

Vous nous faites l'honneur de présider notre thèse. Nous vous remercions de votre investissement dans la formation médicale des internes. Merci pour l'intérêt que vous portez à ce projet et d'avoir contribué à sa naissance. Soyez assuré de notre gratitude et de notre respect.

**Madame le Professeur Motoko DELAHAYE,**

Nous vous remercions d'avoir accepté notre invitation, nous sommes honorés de votre présence. Merci pour votre implication dans notre formation. Soyez assurée de notre profonde considération.

**Madame le Docteur Virginie QUENTIN,**

Sans qui cet écrit n'aurait pu aboutir. Nous espérons que tu as pris du plaisir à travailler avec nous. Nous te remercions de nous avoir accompagné tout au long de ce travail et de t'être plongée avec nous dans ce sujet qui nous tient tant à cœur.

**Madame le Docteur Sophie DELAGNES-COSTA,**

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à notre sujet. Avec toute notre gratitude.

## Remerciements d'Alexandre :

### À ma famille

- **A mon frère Valentin**, merci de m'avoir brisé un bâton de velux sur le dos et de m'avoir incité à nous électrocuter, mais surtout merci pour ton écoute, ton intelligence et la vision que tu m'as apporté sur beaucoup de sujets,
- **A ma sœur Julie**, merci d'avoir dévoré avec Val les chocolats qui m'avaient fait abandonner ma fugue, mais surtout merci pour toutes nos discussions autour de l'écologie et du féminisme qui m'aident à me déconstruire. Ta détermination, ton militantisme et ton investissement m'inspirent tous les jours,
- **A mes parents**, merci pour l'éducation que vous m'avez inculquée, pour votre amour bienveillant, pour le temps que vous avez passé à m'emmener à droite à gauche, et pour la générosité que vous avez sue nous transmettre. Vous avez toujours su accueillir mes amis comme votre propre famille et je vous en suis infiniment reconnaissant,
- **A papy William**, merci pour ton tempérament et ta conviction que tu as su transmettre à toute la famille, je suis fier d'être le petit-fils d'un si grand homme, tu laisses un vide difficile à combler. J'ose penser que là où tu es tu continues de chanter des paillardes à la messe. **A mamie Eliane**, merci pour l'éducation bienveillante que tu nous as apporté, pour ta volonté de nous épanouir sans cesse, et pour la confiture aux groseilles,
- **A mamie Nicole**, merci pour ta bonté et ta joie de vivre, tes blagues graveleuses, ta conduite de pilote et la soupe au poireau. **A papy Jacques**, merci pour ta ferveur, ton goût pour le travail du bois qui me fascine et m'inspire et tes jeux de mots toujours plus farfelus. A tous les deux, je vous suis infiniment reconnaissant pour votre présence et investissement lors de mes études de médecine, sans quoi je n'aurais pas su travailler si sereinement,
- **A toute ma famille**, Benjamin, Sylvie, Nicolas, Jacqueline, Catherine, Elina, Pierre, Alexia, William, Arthur, Anthony, Marina... pour m'avoir laissé grandir et m'épanouir à vos côtés.

À **Marie** et les **Dujardins**, aux **Peynots**, aux **Selliers**, aux **Lemos**, aux **Cauquy**... Mon enfance n'aurait pas été la même sans vous, vous faites partie de la famille. Merci d'avoir suivi mon parcours avec intérêt, et de m'avoir montré comment jouer à la belotte avec triche et mauvaise foi.

## À la team P'tit pic nic, que je considère comme mes frères et sœurs

- **Bobo**, merci de m'avoir démontré que l'on pouvait survivre en ingérant du détachant pour goudron. Mais surtout, je te remercie pour ta folie, ta créativité, ta force surnaturelle, ton style vestimentaire assumé et surtout tous ces moments partagés. PS : désolé de t'avoir mis un coup de boule au collège,
- **Val**, quand est ce qu'on conclut le débat Cuillère Rock ou Couteau Jazz ? Tu as toujours su m'inspirer, merci pour ta générosité, ton talent, ta passion et pour tout,
- **Clara**, la petite maison se souvient encore de ton premier vomi. Merci de m'avoir appris à faire des pets sur commande. Tu as toujours été une sœur pour moi. Merci pour ta bienveillance et ton humour, j'attends toujours que tu m'invites à la Run !
- **Yohan**, merci de m'avoir montré comment tirer à la carabine sur les serpents. Mais surtout merci pour tout ce qu'on a pu partager, je te souhaite de t'épanouir et de trouver ta vocation,
- **Killian**, tel un bouclier tu as toujours su courageusement prendre les coups et perdre tes dents pour les autres. Merci d'avoir su m'accompagner de manière bienveillante pendant mes premières années en médecine. Merci pour ta générosité,
- **Au reste des Groovy Hips, Sam, Pierrot, Lilue, Rémy**, merci pour ces moments exceptionnels passés, à jouer ensemble. Mon âme de rock star se perpétue grâce à vous. Merci à toutes nos groupies qui ont sur nous acclamer à toutes les fêtes de la musique tel un public de stade de France,
- **A tous les autres habitués de la petite maison**, les anecdotes et les souvenirs sont infinis et continuent de se créer, mais ce qui se passe dans la petite maison reste dans la petite maison : Amel, Babapt, Val Bou, Maé, Marie Anaïs, Tintin, Papou, Agathe, Camille, Juliette, Océane, Miriam... et tant d'autres.

À **Anne**, merci pour ton amitié qui j'en suis persuadé ne cessera jamais, merci d'avoir su écouter mes états d'âmes, et pour ta douceur. Je suis impressionné par la femme que tu es devenue aujourd'hui. PS : J'attends que tu viennes me casser les mollets à courir dans les recoins pyrénéens,

À **Cohen** : Hey there Tiger. Some friendships are quite incredible. I don't know when we'll meet again but I know we will and it's gonna be amazing. We don't keep in touch much but when we see each others, it's like we never left eachothers. Je t'attends ici mon cher ami.



**Aux Sapeurs-pompiers** de Gien et Briare, merci de m'avoir cadré quelques peu (temporairement du moins), et surtout de m'avoir donné l'envie de devenir médecin et le goût du devoir,

À **Bruno**, mon prof de batterie et surtout ami depuis mes 6 ans. Merci de m'avoir supporté dès ce si jeune âge et de m'avoir donné ce goût pour la musique,

À **Fred**, mon prof d'EPS. Tu as su me donner le goût pour l'escalade et la montagne depuis notre département si plat du Loiret. Les moments partagés en Ardèche restent des souvenirs exceptionnels,

### **À mes potes de fac, à la Corpacabana, à Kill Bite**

- **Horty**, ma co, merci pour tout ce que nous avons pu partager, tu as toujours su être là pour moi. Je n'ai nul doute que tu es aujourd'hui une médecin et une femme passionnée. Je pense que l'ACT n'a jamais connu de binôme SP aussi stylé ! PS : STP arrête d'écouter Cascada et soigne ton strabisme,
- **Arsène**, merci pour ta nonchalance qui me rappelle que la vie est quand même sympa. Merci pour les dîners Vin-Fromage et tout ce dénivelé parcouru. A quand l'Everest en autonomie ? PS : J'espère que tu trouveras un jour des chaussures qui ne te donnent pas d'ampoules aux pieds...
- **Marion**, ma grande sœur spirituelle. Tu es la seule personne avec qui j'ai pu regarder The Lobster. Merci de m'avoir choisi comme fillot et de m'avoir partagé ta folie ! J'espère que tu sauras t'épanouir malgré les difficultés,
- **Margaux**, merci d'avoir été une interne et chef aussi bienveillante et fun, merci pour ta douceur et ton hédonisme. A quand ce van trip ?
- **Benji**, merci pour les brownies de ta mère, les parties de Call Of, et les sangsues sur les jambes,
- **Clairon**, j'espère que tu as arrêté de jouer avec les flûtes lors des stages d'été (franchement c'est risqué). Merci d'avoir été notre présidente et pour ton rire communicatif (bon ok le mien aussi...),
- **Mathieu**, merci pour les parties de Hockey sur roller endiablées, pour tes convictions assumées et inspirantes, tu es le Zola de notre faculté,
- **Buisbuis**, le Bear Grylls Tourangeau. Merci d'avoir su égayer nos études avec toutes les conneries qu'on a pu faire ensemble. PS : J'attends toujours le film sur l'Indonésie / PS 2 : Quand est-ce que tu bouges de Mulhouse pour venir me voir ?

- **Dianita**, merci pour toutes les photos de l'album Chonchon que j'ai encore quelque part. PS : J'espère que Mioumiou porte toujours la robe que je lui ai offert.
- **Jean Bâtonnet de Poisson**, merci pour toutes ces pauses passées à Clocheville, à tes talents de pianiste. J'espère te revoir bientôt,
- **Emma**, merci pour la vision que tu as de ce monde et pour tout ce qu'on a pu partager : le Togo, l'AFGSU, Jazz in Marciac... Je n'aurais su trouver meilleure binôme,
- **Juliette**, merci pour ta douceur et ta motivation constante ! PS : On croise les doigts pour que tu ne te casses rien cette année,
- **Astrid**, merci pour ton côté compétitrice que je partage avec toi (les autres sont vraiment trop mous !),
- **Anaïs**, merci pour ton good mood permanent, je pense que je ne t'ai jamais vu pessimiste,
- **Merci à tous les autres** qui ont croisé mon chemin et que j'espère revoir régulièrement : Margot, Alizée, Constantin, Charlène, Clément, Lola, Alix, Amélie, Blandine, Juliette, Thibaud...

### À mes amis Pyrénéens et Occitans, dont je tolère la langue barbare

À **Valentin**, merci d'avoir su me faire confiance et m'accompagner dans ce travail de thèse. Sans toi, il n'aurait pas vu le jour. Merci d'avoir été là, quand j'ai débarqué seul et perdu à Toulouse lors de mes débuts d'internat.

À mes colocs anciens et actuels :

- **Alizée**, la plus ouf des FFI. Merci pour les paris perdus, et tous ces moments partagés, dans la douceur et dans la peur (promis je n'ai pas cherché à te tuer en via ferrata). Ta force et ta ferveur m'inspirent, j'espère que tu sauras trouver un équilibre pour profiter de la vie !
- **Alix**, merci pour ton fun, j'espère retourner grimper avec toi à ton retour ! PS : Merci d'avoir fait de la collection des fonds de tasses de café, un art,
- **Jeep**, merci de m'avoir supporté en colocation à 3 reprises, ton talent naturel m'impressionne. A quand un nouveau tour de bike avec Marlène en vélo électrique ?
- **Valentin**, tu es l'une des personnes les plus généreuses que je connaisse, merci pour ta bienveillance ! PS : Déso d'avoir cassé ton LCA,

- **Léo**, merci pour nos débats fougueux, pour ta faculté de te passionner pour tant de choses ! J'espère retourner grimper à Sinsat avec toi prochainement !
- **Marlingo**, merci pour ta générosité et pour ton amour inconditionnel pour les animaux qui a permis de sauver Miranda d'un triste trépas. Ton accent chantant et tes erreurs grammaticales rendent cette coloc plus authentique. PS : L'obscurité c'est bien parfois,
- **Sofinco**, merci pour tes passions multiples qui sont inspirantes. Et merci de participer à la folie de cette coloc avec moi, quand les autres manquent de fun ! PS : Merci de faire perdurer l'âme de Lao Tseu à travers tes gazs.
- **Justin**, merci de me faire rire à chaque fois que je te vois ! Je pense que d'ici 10 ans on te verra encore squatter la coloc, et c'est cool. PS : J'espère ne pas avoir à remplir notre contrat à tes 32 ans,
- **Sophy**, tu es un rayon de soleil à paillettes ! Merci d'avoir égayé cette coloc ! PS : Molo sur le creusois, ça frôle l'addiction,
- **Axel**, merci pour cette première ascension au petit Vignemale. J'ai hâte d'aller cocher des croix avec toi ! PS : Merci pour les légumes vapeurs,
- **Helo, Toukie**, merci pour les parties de jeux de société endiablées et ton rire communicatif. PS : Va falloir rebosser les départs assis sur la slackline,
- **Hugo**, tu es le frère-soeur-père que je n'ai jamais eu. Merci pour les discussions insensées et les parties de Dig Out. J'attends toujours les cours de Jiu Jitsu et de médecine manuelle,
- **Valentoché**, mon poulain, j'espère te voir devenir une championne d'escalade ! Merci pour ton absurdité et ta joie de vivre. PS 1 : J'ai hâte de retourner me péter les bras en Cantabrie avec vous / PS 2 : Arrête de stigmatiser les tisanes stp.
- **Blandine**, merci de vivre ta vie tout en rêvant. PS : A quand un nouveau gâteau à la poêle ?
- **Quentin**, merci pour les WE simples et naturels et pour tous tes bons conseils de grimpeur. PS : Les murs de plus de 10m c'est bien aussi !
- **A la coloc du Capitole**, merci d'avoir su me faire supporter mon semestre à Toulouse, loin des montagnes. **Cécile**, merci de m'avoir toussé dessus sans me transmettre le covid, j'espère te revoir grimper bientôt ! **Maud**, merci de m'avoir recommandé l'internat à Toulouse et pour ta simplicité !
- **Madeleine**, tu es un peu le messie du Limousin ! Merci de réussir à transformer les légumes en gras tel que le plomb en or. PS : Reviens vite à Tarbes pour nous refaire de la soupe au chou et pour retourner au Cabaliros !

- Aux p'tits jeunes, **Antoine** : J'espère que tu garderas cette flamme que tu as pour l'escalade et dans ta vie, PS : Va falloir grimper en tête maintenant ! **Joannie** : continue à défoncer Antoine à l'escalade. PS : On espère vous revoir bientôt !
- **Benjamin** : Ton amour pour le coin rattrape ton accent à la Marlène ! J'espère grimper et randonner avec toi cet été !
- **Hugo** : Je suis ravi d'avoir trouvé un partenaire de pétage de bras aussi débile que moi, PS : Je vais finir par t'acheter des étriers si tu continues à artifer autant !
- **Pauline** : Les soirées karaoké et blind test promettent d'être corsées ! PS : Tu es bigourdane ou basque au juste ?
- **Miranda** : Petite chatte aguicheuse qu'on ne changera pas et qui ne saurait nous combler sans sa folie !
- **Aux Poulettas**, qui comblent mes matinées de protéines de qualité,

À mes amis grimpeurs :

- **Guigui** : Merci de m'accompagner dans des grandes voies plus belles les unes que les autres et dans des raids à ski de folie, malgré ta poisse systématique. Merci pour tous tes conseils de réanimateur lors du DIUMUM. PS 1 : Il y a des urgentistes gentils je t'assure / PS 2 : Arrête les secs STP.
- **Emma** : Merci pour tous ces WE trop fun ! Tu égayes les écoles de neiges et les parties de jeux de société en faisant le clown. PS : Tu seras une machine de grimpe quand tu arrêteras d'avoir la flemme.
- **Pierre Luigi**, mon artifeur de prédilection ! A nos projets montagne passés et futurs bien crevants. Merci de veiller à mon alimentation pendant toute la journée !
- **Violaine et Perrine** : Il y a des amitiés récentes qui semblent durer depuis des années. Merci pour votre joie de vivre et votre écoute ! J'ai hâte d'aller grimper avec vous à Margalef (enfin si la météo l'accepte...). Pour **Violaine** : Molo sur les secs / Pour **Perrine** PS 1 : Attention de ne pas refaire le parmesan trop souvent / PS 2 : Ne prend pas trop de garde l'année pro STP.
- **A la team GEAO** avec qui la montagne est encore plus agréable ! A **Charles** : un guide inspirant qui nous vend du rêve en permanence, **Julien** : maître artifeur qui nous encadre avec bienveillance (et folie quand la nuit tombe), **Nils** : acolyte artifeur par excellence et partenaire de balles neuves (Ouh ouh ouh ouuuuh), **Clarita** : grimpeuse militante accomplie qui saura libérer Poutou le temps venu, **Pyrène** : grimpeuse des années 50 dans le corps d'une meuf des années 2000 et boulangère de qualité, **Elogresse** : qui grimpe comme elle mange, avec vigueur.

Merci au compère **Pierrick**, co-encadrant Auvergnooooot qui nous accompagne avec bonne humeur.

Mais surtout, souvenez-vous “**Vous êtes des stars pour les gens qui vous aiment**”.

- A **Thomas, Eric, Natacha** qui m’ont fait découvrir la montagne avec bienveillance et avec qui les sorties sont toujours un plaisir.

**Aux Chtarbais** qui ont su me donner la passion pour ce petit coin des Pyrénées :

**Mélanight** pour les parties de Tarot endiablées, **Lucie** pour ta bonté et les paillettes, **Claire** pour ta susceptibilité (mais surtout pour les discussions passionnantes), **Quentin** pour nos training intenses et ta joie de vivre, **Alexis** pour ta wesh attitude et ta passion pour la montagne, **Mathilde** pour ta folie et celle de ta famille, **Tanguy** pour ta générosité et ta varicocèle, **Margaux** pour ton endurance en soirée depuis toutes ces années, **Emeuh** alias Prout pour nos soirées confessions et tes progrès en escalade, **Kéké** pour ton amour pour le sport. Et bien d’autres, Daphnée, Sean, Pierrot, Oz, Lucile, Clara, Camille, Marion, Coco, Célia, Chloé, Camille et Clément…

À **Laura** : Merci pour le risotto à la courge et tout le reste. Comme quoi j’ai bien fait de rester à Toulouse ce week-end-là.

**À mes Maîtres de stage : Gilles** : Tu as su me confirmer que la médecine générale était faite pour moi, ta pratique et ta pédagogie m’ont beaucoup inspiré, **Thomas** : pour ta gentillesse et de m’avoir donné l’idée des groupes focalisés, **Sophie** : pour ta joie de vivre et ta présence pendant mes péripéties, **Jérémy** : pour tes blagues malaisantes et pour tous tes bons conseils, **Emilie** pour ta pédagogie et tout ce que tu as pu me transmettre sur la santé de la femme, au cabinet d’Ayzac où il fait bon travailler, à **Patricia** pour ta convivialité et au cabinet de Luz, à **Mathilde** pour ta gentillesse et tes débrief formateurs, **Adrien et Hubert** pour votre amour pour la montagne et au cabinet de Bagnères, aux **pédiatres de Tarbes**, aux **urgentistes et médecins de montagne de Tarbes**.

**Merci aux participants de notre thèse**, sans qui cette étude n’aurait pas vu le jour. Vos questionnements nous ont beaucoup fait avancer personnellement.

À **tous les individus qui se sentent stigmatisés** du fait de leur parcours de vie ou de leur simple apparence corporelle : j’espère que la société et le milieu médical sauront évoluer de manière bienveillante.

## Remerciements de Valentin :

Merci à **tous les participants** de cette thèse de nous avoir accordé une soirée, en espérant que cela puisse vous inspirer où vous donner des pistes de réflexion sur votre pratique !

A ma famille :

- **A mes parents** : je ne pourrais jamais assez vous remercier pour votre soutien indéfectible au cours de mes études, dans les bons moments mais aussi dans les trous d'air (et il y en a eu plus d'un !). Merci de m'avoir accompagné dans tous mes projets, scolaires et aussi sportifs, merci pour tous ces magnifiques voyages que nous avons pu faire. Cette thèse c'est aussi la vôtre. Les moments difficiles sont enfin derrière nous et j'ai hâte des années à venir où l'on pourra se voir plus souvent sur la côte basque et faire de grands weekends en famille ! Je vous aime.
- **A mon frère Benjamin** : merci d'avoir été (presque) toujours un exemple depuis ma plus tendre enfance, de m'avoir transmis l'amour de la médecine, et de continuer à toujours m'apprendre autant de choses. Je t'admire dans (presque) tout ce que tu fais et j'espère un jour avoir la moitié de tes idées, de ta détermination et de ton investissement dans les projets que tu inities.
- **A ma filleule Lou** : merci d'être la pile électrique la plus chargée que j'ai jamais vue et de laisser à toute ta famille d'aussi nombreux moments de repos pour se reposer : petite note pour toi quand tu liras ça dans quelques années : NON on ne se reposait pas beaucoup avec toi ! Mais c'est bien pour ça qu'on t'aime !
- **A mes grands-parents** : Merci pour tout ce que vous m'avez apporté, si j'en suis là aujourd'hui c'est aussi grâce à vous ! Papy, j'ai beaucoup pensé à toi en écrivant ces remerciements, j'aurai aimé que tu sois là où que tu puisses lire cette thèse, elle t'est aussi dédiée.
- **A mes cousins Gaele, Vincent, Thomas (le petit), Fanny, Thomas (le grand) Oriane mais aussi mes oncles et tantes Phiphi, Véro, Philippe et Christine, ma marraine Aline et Bruno** : merci pour tous ces bons moments passés ensemble, ces repas, ces weekends, vacances et j'en passe. Il y en aura encore beaucoup d'autres !!
- **Pascale, Lionel, Léo, Manou, Clem** (et ta valeur ajoutée **Etienne**) : merci de m'avoir permis de me sentir aussi vite chez moi à Toulouse et d'être toujours disponibles et bienveillants ! Vous m'avez accueilli comme si je faisais partie de votre famille et je ne vous en serai jamais assez reconnaissant. Par contre

l'allemand LV2 et la choucroute c'est dans l'est de la France, pas dans le Nord.

Merci.

Merci à tous ceux qui m'ont accompagné au cours de ces études :

- **Le Béthune Badminton Club** pour tout ce que vous m'avez apporté, le goût de l'effort, l'amour de la gagne et la haine de la défaite, les compétitions aux quatre coins de la France !
- Tous **mes chefs de stage d'externat** : j'ai probablement eu de la chance mais il n'y a pas un seul stage d'externat que je n'ai pas apprécié, de la médecine générale à la chirurgie en passant par l'ophtalmologie, l'anatomo-pathologie... Merci à tous.
- A l'équipe des **urgences de Tarbes** pour ce stage au top, éreintant mais ô combien formateur !
- A l'équipe du **SMIT de Rodez** : merci à tous de m'avoir transmis autant de connaissances mais surtout énormément de rigueur et de jusqu'au boutisme dans chaque prise en charge. Sacrée expérience que cette première vague de Covid que nous avons vécu ensemble, mais je suis persuadé d'en être sorti grandi !
- A l'équipe des **urgences de Rodez** : je pense en particulier à toi **Aline**, merci de m'avoir fait confiance au point de me laisser remplacer régulièrement au cours de mon 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> semestre, cela m'a énormément apporté ! Merci à tout le personnel qui a fait que chaque garde, même lorsqu'on prenait le feu a été un plaisir !

Merci à tous mes maîtres de stage ambulatoire, je n'avais pas forcément envie de citer de noms mais je ne peux pas faire autrement :

- **Alexandre et François**, merci de m'avoir inculqué d'aussi bonnes bases au cours de mon stage de PN1. Il suffisait que je discute avec d'autres internes en PN1 pour me rendre compte de la chance que j'avais d'être en stage chez vous ! **Alexandre**, merci de m'avoir montré la rigueur, l'utilisation continue des dernières connaissances scientifiques dans la prise en charge, les bases d'échographie, les « techniques » pour éviter d'avoir que des consultations pour rhino tout l'hiver (on se comprend) et probablement d'autres choses que j'oublie. Merci aussi pour tous les repas légers que tu m'as fait déguster pendant ce premier semestre à Salles-Curan (quand t'as de la soupe de fromage en PREMIERE entrée tu sais que t'es en Aveyron quand même !). Merci de m'avoir accueilli chez toi au bout de moins d'un mois de stage après avoir perdu mes clés en soirée (t'as dû te demander ce que c'était que ce premier interne quand même !). **François** : merci de m'avoir montré

ce qu'était la patience en consultation, ce qu'était être un médecin à l'écoute de ses patients. Je ne te promets pas de faire des consultations d'une heure et de finir à 22h tous les soirs mais je m'en inspirerais ! Merci de m'avoir montré ce qu'était être un médecin de famille profondément ancré dans son terroir.

- **Carole** : merci pour ta bienveillance, pour tout ce que tu m'as appris dans la gestion des personnalités des patients, de l'attitude à adopter lors des consultations axées sur le suivi de la femme et des enfants. Merci aussi pour ta patience vis-à-vis de mon incapacité à utiliser correctement un agenda connecté pour que tu saches où j'étais en stage.
- **Solenne** : je t'admire dans ta capacité à cumuler ton travail de médecin généraliste et d'urgentiste et surtout avec autant de compétence dans ces deux métiers. Merci pour ce stage !
- J'en profite aussi pour te remercier **Motoko** même si je n'ai pas été en stage chez toi, pour tous tes conseils lors de mon stage au Monastère et toute l'aide que tu m'as apporté pour mes traces écrites lorsque tu étais ma tutrice car cela m'a franchement servi et facilité le travail pour la thèse et le mémoire ensuite. Merci d'avoir été toujours aussi calme et disponible !
- **Bruno** : merci pour ce dernier SASPAS, pour tous tes conseils notamment sur la prise en charge du patient gériatrique et sur le rôle et les missions du médecin d'EHPAD. Merci **Bernard** pour tous tes précieux conseils sur ma thèse et enfin merci à toute l'équipe de Trèbes pour votre accueil !
- **Corinne** : merci pour ce dernier SASPAS merci à vous aussi Thomas, Lan-Anh, Céline et Géraldine car c'était un bonheur d'être interne (et remplaçant) à Limoux !
- A tous les médecins qui m'ont fait confiance pour les remplacer, en particulier à l'équipe de la **MSP de Pins-Justarets** et à **SOS médecins**.

Les lillois :

- **Julien, Foulques, Momo** : je vous mets tous les trois ensembles, merci pour ces trois années d'externat incroyables, de m'avoir toujours motivé à travailler mais aussi à aller au cinéma tous les jeudi matin, jouer aux fléchettes, faire des jeux de société et boire des pintes un peu trop souvent aussi. Merci pour ces pauses café interminables (Allez !!!). Merci pour ce super voyage en Ecosse et pour ce post-ECN au Sri Lanka avec **Monsieur Coutier** et **Jean-Bavoire** !



- **Jean Beauté** : merci pour toutes les roustes au tennis que j'ai pu te mettre et qui m'ont fait un bien fou au moral pendant l'externat, merci en particulier à ton revers. Et surtout merci pour tous ces bons moments qu'on a de cesse de passer. Tu fais partie de mes amis les plus cher et ça n'est pas près de changer ! Félicitations pour ta thèse il paraît qu'on la passe en même temps !
- **Nicolas Coutier et Manon** : J'aurai pu vous mettre avec les toulousains j'ai hésité ! **Nico** merci d'être toujours aussi compréhensible dans ce que tu dis. Merci d'avoir toujours été un ami de la première heure (et ouais ça va faire 13 ans bientôt quand même !!). Merci d'avoir pris ton temps comme moi dans les études pour qu'on les finisse ensemble. Et enfin merci d'être venu refaire la façade de tout Toulouse, Je suis trop content que tu sois arrivé ! **Manon**, merci pour ta patience. T'auras une médaille. Un jour. Promis.
- **Robignole, Marion** : Robin, je me suis laissé 24H de réflexion avant d'écrire ce mot, c'est toi qui m'as appris qu'il fallait toujours faire ça dans la vie. Merci d'être toujours hyperactif, de déconner et d'être toi tout simplement. Par contre stp le kir t'arrête, franchement personne fait ça. **Marion** merci d'être toujours là, de m'avoir logé presque à chaque fois que je suis remonté à Lille, à très vite à Hardelot !
- **Calvey** : merci d'être toujours fidèle au poste, d'avoir été là depuis la P2 dès 6H du matin (j'étais tellement content de trouver un copain lève-tôt), merci pour tous ces excès et surtout merci d'être toujours présent quand tes amis ont besoin de toi !
- **Caro** : merci d'être une queen. Tu es une de mes meilleures amies et j'espère que ça va durer encore longtemps !
- **Clément** : merci de m'avoir montré qu'on pouvait avoir des excès de peau dans des endroits improbables (après forcément par rapport à moi...) merci pour tous ces moments passés à la fac. Et merci de m'avoir laissé finir les assiettes à Hinges !
- **Val** merci d'être toujours présent dans tous les bons moments et surtout merci de t'occuper de ceux qui en ont vraiment mais alors vraiment besoin ! **Mimi**, merci pour tes conseils toujours pertinents sur le houmous (trop hâte de te faire goûter mon taboulé plein de semoule, c'est comme ça qu'on fait au Liban hein ?)
- Merci **Chacha, Flore** je vous adore, c'est tellement un plaisir de passer des moments avec vous. **Flore** vivement le prochain footing ensemble pour te voir te cramer sur les dix premières minutes. **Chacha**, vivement la prochaine TIAC en repos de garde !
- **Magno** pour tous ces délires à Lille mais aussi à Rouen, Claville, l'île d'Yeu. Merci de m'avoir laissé lécher les poireaux vinaigrette chez tes parents et de

m'avoir fait confiance pour construire avec toi le bar le plus stylé qu'on ait eu à une Prestige ! **Charlotte** trop hâte de continuer à passer de bons moments ensemble et qui sait de vous voir finir à Toulouse !

- **Marie** Merci pour mon costard à la soirée de gala post ECN et pour tous ces bons petits repas devant top chef ! Et surtout merci d'être une aussi bonne amie. **Raph**, merci de t'occuper d'elle, vraiment, merci.
- **Eley** merci pour tous ces weekends au Touquet, ces soirées à Valenciennes, ces semaines de ski et merci à **Pougnette** de t'être rendu compte que oui, sur une carcasse, il y a à manger !!!
- **Ayayronnnn** merci pour le calva ! Bien content que tu aies rejoint la team et tu vas voir, maintenant, tu ne la quitteras plus !
- **Bastien** : merci pour tout ce sport qu'on a fait ensemble pendant l'externat, squash, tennis, c'était que des bons moments et ça m'a fait un bien fou et sans le savoir, grâce à ça tu m'as aidé à décompresser et à trouver un vrai bon équilibre !
- **Gauthier et Alex** : merci d'avoir toujours été là depuis la P1 et encore récemment à mes 30 ans ! Qu'est-ce qu'on en a fait punaise, je pense qu'on ne se souvient pas de tout mais on en a passé des bons moments !
- **Anne-So, Margaux** : trop heureux de vous avoir revu à mes 30 ans ça n'a fait que me rappeler toutes ces bonnes années à Lille ensemble ! Se revoir après autant de temps et voir que tout est comme avant, si ça ça prouve pas notre amitié j'y comprend plus rien ! **Anne-So** encore merci pour ce super voyage à Casablanca, **Margaux** trop hâte de pouvoir enfin honorer une invitation à Camembert !

Les toulousaings :

- **Alex**, merci d'être venu me chercher pour cette thèse, d'en avoir l'initiateur mais aussi le moteur sans compter le grand maître Excel. Merci d'avoir été un cothésard et d'être un ami au top. Cette thèse aurait eu beaucoup moins d'allure sans toi merci pour tout ! J'espère continuer à te voir dans et en dehors de ta montagne !
- **Banbs** : HEINNN ???? Mon goret, t'es le meilleur mais t'es aussi le pire. Je suis tellement content de t'avoir rencontré ! En même temps vu nos centres d'intérêts ça pouvait faire que des étincelles. Et dire qu'on va pouvoir faire ça jusqu'à 9050 ans... Enfin on est tous ensemble à Toulouse j'attendais ça depuis longtemps, vivement la suite ! (Weekend foie gras d'oie dans le Gers je sais pas si tu connais ?)
- On a tous des gens qui nous disent « j'ai un pote c'est vraiment un grand malade » et à chaque fois on a l'impression qu'il y en a toujours un pire. Et bien j'ai

l'honneur de t'annoncer que c'est toi le plus grand malade **Bernard** mon **Tang**. T'es un king change rien (sauf ton acromio-clav et tes chéloïdes je sais pas pourquoi tu gardes ça franchement), merci pour cet internat de l'excès et merci d'être un aussi bon ami et d'être toujours présent (j'oublierais jamais les 6H de camion pour aller faire 24H de garde dans un CH que tu connaissais pas pour que j'y vois enfin comme un aigle). Trop hâte de te voir passer ta thèse en 2034 !

- Mon **Pierrot**, si on m'avait dit qu'un jour je rencontrerais un auvergnat qui n'aime pas le fromage je n'y aurais pas cru et pourtant... Merci pour cet internat de dingue, ces weekends de folie, ces soirées absolument pas toutes nécessaires. Par contre tu vas vite prendre tes grandes cannes et rentrer à Toulouse avec **Mich** parce que tu manques !!! J'espère qu'on continuera à passer toujours d'aussi bons moments peu importe où vous serez !
- **Marc** : ma force tranquille, mon grand preneur de décision, merci pour tes poils et ta bonne humeur, pour tes répliques toujours aussi bien placées, pour ton amour de la gnôle et de la bonne pitance. Je n'arrive plus à compter tous les bons moments qu'on passe ensemble et ce n'est pas fini ! Pitié par contre revers à une main, à deux mains, tu veux pas choisir ? Et toi ~~Chicken~~ **Louise**, je suis fier de te compter parmi mes amis. Je suis aussi heureux d'avoir pu barboter environ 26 secondes avec toi en Martinique. Par contre la prochaine fois mollo chez Bébêche stp.
- **Ma Gomar** : merci pour ton énergie, ton peps et ta positive attitude à toute épreuve. Il faut réussir à suivre le tourbillon mis c'est toujours du bonheur quand on arrive à l'attraper ! Tu es devenue une de mes meilleures amies et je sais que je pourrais toujours compter sur toi ! **Vincent**, pas merci pour la tequila en soirée, franchement STOP plus personne fait ça ! Hâte de se refaire des petites soirées ciné sans nos meufs.
- ~~Emeline~~ **Prout et Kéké** : **Kéké** merci d'avoir réussi à mettre ~~Meumeu~~ Prout au sport. Ma **Meumeu** merci pour ton franc-parler, ton accent, ton humour. Je suis tellement content de t'avoir rencontré ! J'ai hâte de continuer à passer de bons moments avec toi !
- **Ju** : merci d'avoir respectée mon absinthe d'arbre le soir de notre rencontre et merci pour tous ces bons petits plats que tu nous fais déguster avec **Greg**. Merci pour ces virées dans le Lot, en Corrèze et ces côtes de bœufs sauce girolle supplément pâté de pomme de terre ! Vous êtes super nickels !

- **François, FRANCOISSSSSSSSS !!!!** Merci d'être toujours présent dans tous les bons moments, d'être fidèle au poste de DJ (un peu trop presque non ?), hâte que tu sois sur Toulouse pour continuer à passer toujours plus de temps ensemble !
- **Marie et Martin** : mes salauds la seule excuse que vous avez trouvée pour ne pas venir c'est que vous être à la Réunion ! Ça ne me parait pas suffisant mais je vais m'en contenter... Hâte de vous retrouver !
- **Clément, Lorraine** (non je déconne ma **Laurène**) : je suis assez fier de moi quand même pour tous les deux ! Merci pour tous ces bons moments passés ensemble !
- **Faufau** : bah oui tu pensais peut-être que j'allais te mettre dans la case lillois ?? Tu vas pas me faire croire que tu vas pas y rester non ? Merci pour tous ces tournois de badminton à la coupe de l'université, ces ventriglisses en zlip au seven et merci d'avance pour tous les moments à venir !
- **Thomas** : allez t'es dans la case toulousains maintenant ! Merci de m'avoir hébergé à mon arrivée à Toulouse et d'avoir aidé à mon intégration !
- **Juliette, Badou, Clel** : merci pour tous ces petits weekends passés ensemble !!! **Cécé** merci d'être toujours pleine d'énergie et de me faire autant marrer, vivement le GR10 !
- **La team lycée de Mathou** : merci de m'avoir intégré ! C'est toujours un plaisir de passer des moments avec vous en soirée comme en weekend !
- **Manon, Laura, Jess** : j'ai hésité à vous mettre dans la partie équipe du SMIT mais quand même on a passé ce cap ! Je suis hyper heureux de vous avoir rencontré et de vous compter parmi mes amies. Merci pour votre gentillesse, votre humour, et tous les bons moments passés en Aveyron et à venir. **Laura** et **Jess**, merci de m'avoir laissé le plus beau cadeau possible pour mes 30 ans, **Manon**, désolé de t'avoir laissé le moins beau cadeau possible pour mon départ !
- **Coco, Amandine, Elo**, merci pour tous ces bons moments passés aux urgences de Tarbes avec et grâce à vous ! On s'est moins vus depuis le départ de Tarbes mais je continue à bien penser à vous et ce n'est que partie remise, on se voit très vite à la montagne ou aux férias de Dax !
- Merci à toute **la team de l'internat de Tarbes** pour ce semestre endiable, ô combien fatigant mais heureusement on a eu des bons barbecues.

Tu pensais que je t'avais oubliée ?

Ma Mathou, la plus belle chose qui me soit arrivée, si tu savais tout ce que tu m'apportes et ça, chaque jour que l'on passe ensemble (bon il manque juste les petits plats mais ça viendra un jour j'en suis sûr). Je savais que je partais probablement définitivement à Toulouse, mais tu m'as donné la meilleure raison de rester.

J'ai tellement hâte de l'avenir qui nous attend, je te suivrais n'importe où, peu importe, tant qu'on est ensemble.

Je t'aime passionnément.

## Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

## **Liste des abréviations**

CNPU : Collège National des Pédiatres Universitaires
COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
CSO : Consultation Suivi de l'Obésité
DES : Diplôme d'Etude Spécialisée
DS : Déviation Standard
DU : Diplôme Universitaire
EBM : Evidence-Based Medicine
ESTEBAN : Etude de SanTé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition
GPP : Groupe Pédagogique de Proximité
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : HyperTension Artérielle
INPES : Institut National de Prévention et d'Education en Santé
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IOTF : International Obesity Task Force
MSU : Maitre de Stage Universitaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PN1 : Praticien Niveau 1
PNNS : Programme National Nutrition Santé
RéPPOP : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SFE : Santé de la Femme et de l'Enfant

## **Tables des matières**

I. Introduction .....	4
A. Généralités et définitions .....	4
B. Evolution et complications .....	4
C. Prise en charge recommandée.....	5
D. Choix du sujet .....	5
II. Matériel et méthode .....	7
A. La méthode qualitative en groupe focalisé (ou focus group).....	7
B. La phase exploratoire .....	7
C. La population .....	7
D. Recrutement et constitution des groupes .....	8
E. Elaboration du plan d'analyse et du guide d'entretien .....	8
1. Structuration du guide d'entretien .....	8
2. Groupe pré-test .....	8
F. Animation des groupes focalisés.....	8
G. Analyse .....	9
H. Phénoménologie et théorisation ancrée .....	9
I. Détermination de la fin des groupes focalisés et de la saturation des données .....	9
III. Résultats .....	10
A. Caractéristiques de la population étudiée .....	10
B. Codage axial.....	10
1. Représentations .....	10
a) L'obésité infantile .....	10
(1) Entre le risque et la maladie.....	10
(2) Origines de l'obésité .....	11
(3) Responsabilité partagée .....	12
(4) Aspect socio-culturel .....	12
b) L'enfant obèse .....	13
c) Le parent d'enfants obèses .....	14
d) Rôle du médecin généraliste .....	15
e) Stigmatisation.....	15
f) Prévention et santé publique .....	16
2. Déterminants .....	16
a) Objectifs de prise en charge .....	16



(1)	S'adapter à l'enfant .....	16
(2)	Objectif staturo-pondéral et image corporelle .....	17
(3)	Mesures hygiéno-diététiques .....	17
(4)	Bien-être et aspect psychologique .....	18
(5)	Prise en charge globale de la famille .....	18
b)	Liés à la prise en charge .....	19
(1)	Relation de confiance avec le médecin .....	19
(2)	Prise en charge pluridisciplinaire versus médecin isolé .....	19
(3)	Réseaux de prise en charge .....	20
(4)	Accessibilité et délai .....	20
(5)	Suivi staturo-pondéral .....	21
(6)	Outils .....	21
c)	Liés à l'enfant .....	22
(1)	Enfant peu communicant .....	22
(2)	Prise de conscience et compréhension .....	22
(3)	Déterminants liés à l'âge .....	22
(4)	Relations sociales .....	23
d)	Liés aux parents .....	24
(1)	Contexte socio-familial .....	24
(2)	Obésité familiale versus obésité isolée .....	24
(3)	Prise de conscience et compréhension .....	25
(4)	Culpabilité parentale .....	25
(5)	Attitude du parent en consultation .....	26
e)	En lien avec le vécu de la consultation .....	26
f)	Liés aux représentations .....	27
g)	Liés au médecin .....	28
(1)	Insistance du médecin .....	28
(2)	Médecin traitant versus intervenant ponctuel .....	28
(3)	Techniques de communication .....	29
(4)	Investissement et compréhension .....	29
(5)	Sentiment d'incompétence .....	30
(6)	Différence intergénérationnelle .....	30
h)	Organisationnels et logistiques .....	30
(1)	Intérêt d'une consultation dédiée .....	30
(2)	Intérêt d'un temps de consultation seul .....	31

(3)	Choix du moment pour aborder le sujet.....	32
(4)	Intérêt d'une intervention brève.....	32
(5)	Intérêt d'un interrogatoire type .....	32
(6)	Intérêt d'un contrat avec objectifs définis.....	33
(7)	Déterminants liés au suivi.....	33
(8)	Manque de temps et de valorisation .....	33
i)	Liés à la formation de l'interne .....	34
(1)	Connaissances théoriques .....	34
(2)	Expériences pratiques .....	34
(3)	Contenu des cours de DES.....	34
3.	Pistes d'amélioration évoquées.....	35
a)	Mesures générales .....	35
b)	Approfondir la formation des internes .....	35
C.	Le codage matriciel .....	36
IV.	Discussion .....	37
A.	Forces et limites .....	37
B.	Réponses aux objectifs .....	38
1.	Le point de vue de l'interne .....	38
2.	Réalité de la prise en charge .....	40
3.	Le médecin généraliste au centre de la prise en charge .....	42
4.	L'enfant et son entourage.....	44
5.	Impact des représentations.....	45
6.	Le médecin généraliste, éternel étudiant ?.....	46
7.	Pistes d'amélioration évoquées.....	47
C.	Ouvertures.....	48
D.	Schéma synoptique.....	49
V.	Conclusion.....	50
VI.	Références bibliographiques .....	51

# I. Introduction

## A. Généralités et définitions

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse, qui présente un risque pour la santé ». L'obésité infantile est un sujet majeur de santé publique dans le monde. En 2017, selon l'OMS, on dénombrait 124 millions d'enfants et adolescents obèses et 213 millions en surpoids (1). En France, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant s'est élevée de 6% dans les années 1960 à 15-20% dans les années 2000 et reste stable depuis (2). L'étude ESTEBAN l'estimait en 2015 à 17% chez les enfants de 6 à 18 ans (3).

Le collège de pédiatrie explique ceci par une évolution de la société. Une plus grande disponibilité de nourriture et une sédentarisation ont permis de révéler cette pathologie chez des enfants prédisposés génétiquement. Différents facteurs à la fois psychologiques, sociaux et économiques entrent en jeu, mais ils semblent constituer davantage des facteurs déclenchants que des causes isolées (2).

Chez l'adulte, l'indice de masse corporelle (IMC) est utilisé pour définir la corpulence des patients. Chez l'enfant, il n'est pas utilisable en raison des trop grandes variations de taille et de poids au cours de la croissance. On utilise alors une courbe d'IMC évoluant en fonction de l'âge et du sexe. En France le surpoids chez un enfant correspond à un IMC supérieur ou égal à la courbe du 97<sup>e</sup> percentile pour l'âge et le sexe (équivalent à un IMC adulte de 26 kg/m<sup>2</sup>). L'obésité infantile est définie par un IMC supérieur ou égal à la courbe IOTF 30 correspondant à un IMC adulte de 30 kg/m<sup>2</sup> (2,4). Un exemple de courbe d'IMC est disponible en annexe n°1 et n°2.

## B. Evolution et complications

La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte est, selon les études, de 20 à 50 % avant la puberté et de 50 à 70 % après la puberté (5) et cette obésité peut avoir des conséquences à tous les niveaux.

D'un point de vue organique, les plus fréquentes sont : les dyslipidémies (20%), la stéatose hépatique (10 à 20%) et l'intolérance au glucose (5 à 10%). Ces enfants peuvent aussi développer un diabète, de l'hypertension artérielle, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, une épiphysiolyse fémorale supérieure... Ces complications sont aussi retrouvées à l'âge adulte et bien d'autres peuvent se manifester, notamment sur le plan cardio

vasculaire, ostéoarticulaire (coxarthrose, gonarthrose...) et oncologique (prostate, colon, sein, utérus...) (2,4).

Les complications psychologiques ne doivent pas être occultées. Celles-ci sont d'ailleurs pour certains auteurs les plus fréquentes et devraient être prises en charge en priorité (6). Elles peuvent avoir une expression clinique variée, allant d'une baisse de l'estime de soi à des troubles anxieux, en passant par une détérioration de la qualité de vie et une majoration des conduites à risque, telles que les addictions et attitudes suicidaires (4).

Enfin, la stigmatisation existe dès le plus jeune âge et peut entraîner une souffrance vis-à-vis du regard d'autrui ou de sa propre image corporelle, favorisant l'échec scolaire et la désocialisation (2). Elle est omniprésente dans la vie de l'enfant obèse : au sein de son entourage familial (7), à l'école (2,8), au sein du système de soins et plus largement au niveau sociétal. Plusieurs auteurs soulignent l'existence de représentations négatives chez les professionnels. Celles-ci pourraient favoriser les comportements d'hyperphagie, d'isolement social, de sédentarité et diminuer la compliance et l'accès au système de soins (9,10).

### C. Prise en charge recommandée

Elle est aujourd'hui multidisciplinaire et individualisée. Elle doit associer un accompagnement diététique, une activité physique adaptée, une lutte contre la sédentarité ainsi qu'un soutien psychologique. La motivation et l'équilibre psychologique de l'enfant sont des prérequis indispensables. L'objectif minimal pour le collège de pédiatrie est la stabilisation pondérale associée à un accompagnement psychosocial (2). Pour la Haute Autorité de Santé (HAS), le premier objectif est d'améliorer la santé et le bien-être, en accompagnant l'enfant et sa famille dans les changements de mode de vie, le tout sans chercher à atteindre un IMC défini (11).

### D. Choix du sujet

Il nous a semblé que cette prise en charge était difficile et hétérogène. Lors de nos différents stages et discussions avec d'autres internes et médecins, nous avons pu constater l'existence de visions stéréotypées concernant l'obésité infantile. Certains semblaient même se désintéresser du sujet et préféraient le confier systématiquement à un spécialiste.

Pourtant différentes aides sont mises en place pour inciter le médecin à s'y investir : valorisation financière des consultations pour obésité infantile, création de site d'aide à la consultation, guides de prise en charge et de parcours de soins (11,12)... Des associations et

réseaux de santé existent également pour soutenir le médecin généraliste dans sa prise en charge.

En Occitanie, le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP), regroupe plusieurs professionnels de santé et des milieux éducatifs et sociaux et s'adresse aux enfants en situation de surpoids ou d'obésité jusqu'à l'âge de 16 ans révolus. Son but est de proposer aux enfants un accompagnement pluridisciplinaire, coordonné par un médecin libéral, ainsi que différents stages d'éducation thérapeutique.

Le médecin généraliste joue un rôle central dans la problématique et les internes sont les futurs professionnels de santé concernés, ce pourquoi il nous a semblé pertinent de s'intéresser à cette population. Les connaissances acquises au cours de leur cursus sont récentes mais ceux avec qui nous avons pu échanger semblaient avoir déjà des représentations précises sur ce sujet et sa prise en charge.

L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer les déterminants, c'est-à-dire les facteurs influençant la prise en charge en soins premiers, de manière positive ou négative, rencontrés par les internes de médecine générale en phase d'approfondissement. Les objectifs secondaires sont de recueillir leurs représentations et les pistes d'amélioration potentielles.

## II. Matériel et méthode

### A. La méthode qualitative en groupe focalisé (ou focus group)

Nous avons réalisé pour ce travail une étude qualitative avec la méthode des groupes focalisés. Cette méthode permet aux participants d'exprimer leurs émotions, leur ressenti et d'explorer leurs comportements, expériences personnelles et représentations. Confronter plusieurs internes sur des thèmes communs permet de faire émerger des idées qu'ils n'auraient pas eu au cours d'un entretien individuel. Le but de cette thèse n'étant pas de faire valoir un point de vue dominant ou de rechercher un consensus, cette méthode est la plus adaptée à l'émergence du plus grand nombre d'idées possibles.

### B. La phase exploratoire

Cette phase consiste en un travail de recherche bibliographique réalisé sur l'obésité et le surpoids, leur prise en charge et les représentations en lien.

Nous avons utilisé les moteurs de recherche Google Scholar, PubMed, ClinicalKey Student, docteur.fr, et CISMéF.

Nous avons utilisé les mots clés : *médecine générale – internes – soins premiers – surpoids – obésité – enfant – infantile – pédiatrie – déterminant – frein – prise en charge – consultation*, et des équations de recherche en les croisant.

### C. La population

Nous avons réalisé des groupes focalisés de quatre à six sujets. Nous avons choisi de cibler les internes en phase d'approfondissement (deuxième et troisième années), afin de regrouper des sujets ayant réalisé ou débuté leur stage Santé de la Femme et de l'Enfant (SFE) et d'éviter un effet de "leader" lors des groupes focalisés. Les critères d'inclusion étaient : être interne en phase d'approfondissement (deuxième et troisième années) du DES de médecine générale de Toulouse et avoir validé au moins deux semestres. Les critères d'exclusion étaient : être interne en phase socle (première année). À la suite de problèmes de disponibilités liés à la situation sanitaire et en raison du délai de réalisation du groupe focalisé, deux sujets inclus non thésés avaient terminé leur diplôme d'étude spécialisée (DES) depuis moins de trois mois. Au début de chaque groupe focalisé, les internes devaient remplir un questionnaire comportant un talon social ainsi que quelques questions sur leurs connaissances globales vis-à-vis du sujet (annexe n°3).

## D. Recrutement et constitution des groupes

Les internes ont été contactés par groupes pédagogiques de proximité (GPP) via leur adresse électronique. Nous avons réalisé trois groupes focalisés dans les Hautes-Pyrénées et un en Haute-Garonne. Nous avons choisi de réunir quatre à six internes afin de créer une dynamique de groupe et faire exprimer des idées et divergences, tout en évitant un effectif trop complexe à gérer.

Un courrier électronique a été adressé aux participants pour leur présenter les modalités de l'étude (annexe n°4). De plus, chaque sujet a signé un formulaire de consentement (annexe n°5).

## E. Elaboration du plan d'analyse et du guide d'entretien

### 1. Structuration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir de la recherche bibliographique. Il comprenait une question introductive ainsi que trois questions générales et ouvertes relatives aux thèmes à explorer, associées à des relances (permettant d'optimiser les informations obtenues sur chaque thème). Entre chaque groupe focalisé, l'analyse des données a permis de réaliser des modifications au sein du guide d'entretien.

La première et la dernière version sont disponibles en annexes n°6 et n°7.

### 2. Groupe pré-test

Un groupe pré-test répondant à tous les critères d'inclusion et d'exclusion a été réalisé afin que les deux investigateurs puissent s'imprégner du sujet et mieux gérer les groupes ultérieurs. L'inclusion de ce groupe dans l'analyse avait été prévue a priori, si sa qualité était suffisante. Les modifications du guide d'entretien, réalisées par les chercheurs et leur directrice de thèse, étant mineures, ce groupe a pu être conservé.

## F. Animation des groupes focalisés

L'animateur s'assurait de développer les échanges entre chaque participant et de les amener à tous s'exprimer. Il dirigeait également les débats selon le guide d'entretien. Enfin, il était chargé de retranscrire le verbatim du groupe qu'il avait animé. L'observateur participait également à chaque réunion. Son rôle était de retranscrire le non-verbal, de

décrire la dynamique du groupe, de guider l'animateur sur les sujets à réinterroger et enfin d'enregistrer les données. Chaque chercheur a animé et observé deux groupes focalisés. Après chaque session, un débriefing était organisé entre l'observateur et l'animateur afin de synthétiser les opinions de chacun mais aussi de recueillir leur ressenti. Un questionnaire de satisfaction était remis afin d'améliorer l'organisation (annexe n°8).

## G. Analyse

Chaque entretien a été enregistré par dictaphone après accord de tous les participants. La durée moyenne des groupes focalisés était de 76.8 minutes. Les paroles des sujets ont été recueillies mot pour mot et associées aux précisions "non verbales". Ce transcript ou encore « verbatim » constituait le document de base de notre analyse.

Un processus de codage, propre aux études qualitatives, a été réalisé à partir du verbatim. Il a permis de passer du chronologique au thématique puis à l'explicatif. Chaque étape a été réalisée séparément par les chercheurs avant de mettre en commun les données sur un tableur Excel. En cas de désaccord et à chaque nouvelle étape l'avis de la directrice de thèse était demandé, améliorant l'objectivité grâce à la triangulation des données.

- Le codage descriptif correspondait à la première étape qui permet de décontextualiser et reformuler chaque idée émise par les sujets en un code, auquel est rattaché tous les extraits du verbatim en lien.
- Le codage axial aussi appelé "Recontextualisation" consistait à regrouper ces codes en sous catégories, catégories et thèmes. Un exemple est disponible en annexe n°9.
- Le codage matriciel a permis de recouper les données, en croisant les caractéristiques des patients avec les codes obtenus.

## H. Phénoménologie et théorisation ancrée

D'une approche phénoménologique, nous avons conceptualisé et mis en relation les données empiriques recueillies. Cette théorisation a été réalisée sous la forme d'un schéma intégratif.

## I. Détermination de la fin des groupes focalisés et de la saturation des données

La suffisance des données a été atteinte lors du troisième groupe focalisé. Un quatrième a été réalisé afin de confirmer l'absence de nouvelle idée significative.



### III. Résultats

#### A. Caractéristiques de la population étudiée

Nous avons réalisé quatre groupes focalisés de quatre à six internes pour un total de 18 sujets.

La population étudiée est répartie selon différents critères :

- Âge : 26 à 28 ans (moyenne 26 ans et 10 mois) ;
- Situation familiale : 7 célibataires, 11 en couple, tous sans enfants ;
- Genre : 14 femmes et 4 hommes ;
- Nombre de semestres validés : 6 semestres (2), 3 à 4 semestres (12), 2 semestres (4) ;
- Faculté d'origine : 12 de Toulouse et 6 extérieurs à Toulouse.

Les caractéristiques des sujets ainsi que les réponses aux questionnaires évaluant leurs connaissances générales sont disponibles en annexe n°10.

#### B. Codage axial

##### 1. Représentations

##### a) L'obésité infantile

##### (1) Entre le risque et la maladie

L'obésité infantile est considérée comme une **maladie chronique, multifactorielle et omniprésente dans la vie de l'enfant** : S6 « *hyper important pour la personne dans toute sa vie* », mais aussi comme un **facteur de risque** : S7 « *c'est une maladie du coup et un facteur de risque aussi.* ».

Les internes font la **distinction** entre **surpoids** et **obésité infantile** : S14 « *ça arrive qu'il y ait des enfants un peu potelés, mais d'en arriver à ce qu'ils soient obèses* », l'**obésité** étant pour certains le **seuil à risque** : S12 « *si l'enfant il est dans la catégorie vraiment obèse et que là il y a un réel risque pour sa santé.* ».

Les internes expriment un **manque de prise de conscience de la gravité** de cette maladie : S10 « *Personne ne se rend compte que c'est vraiment un problème et que ça peut avoir des conséquences* » alors que sa prise en charge leur semble **nécessaire** et **prioritaire** : S12 : « *c'est pas du tout le sujet numéro un alors que ça devrait l'être* ».

## (2) Origines de l'obésité

### Doute sur la prédisposition génétique

Les internes ont beau souligner les **différences de prise pondérale entre enfants** : S12 « *il y a des enfants qui mangent très, très mal et qui sont tout secs* » et évoquer **l'origine génétique** de l'obésité: S14 « *je présume qu'il y a des parts génétiques* », celle-ci reste **perçue comme rare** S9 « *l'obésité génétique c'est très rare mais enfin c'est 4% je crois mais on n'y pense pas forcément* » et non **pas comme la première cause** : S14 « *les premières questions que je vais lui poser c'est pas « Est-ce qu'il y a des antécédents d'obésité dans votre famille ? », c'est « Est-ce que vous estimez que vous avez une alimentation équilibrée ? Est-ce que vous pratiquez de l'activité physique ? ».* ». Ces derniers **doutent de l'existence d'une telle prédisposition** et considèrent son évocation comme **une justification des parents** : S18 « *« C'est pas sa faute, il est comme moi » [dit avec un air cynique]. Ils s'arrêtent à cette simple explication* ».

### Prépondérance des mauvaises règles hygiéno-diététiques

Les **mauvaises mesures hygiéno-diététiques** sont considérées comme la **principale cause** incluant outre les **erreurs diététiques**, la **sédentarité**, l'**inactivité physique** et l'exposition aux **écrans** : S18 : « *Voilà ils font pas de sport, pas d'activité physique et puis pour faire plaisir à l'enfant on lui a acheté sa Nintendo Switch* ».

Pour certains, l'**obésité** s'explique alors par une **transmission intergénérationnelle d'erreurs diététiques** : S18 « *“Parce qu'il est comme son père, ils ont toujours été gros dans la famille” [air cynique]. Non mais ces familles-là, c'est enkysté sur des générations* », associé à un **manque d'éducation alimentaire** : S14 « *Est-ce que, pour pas s'embêter les parents ils donnent juste ce que les enfants veulent sans trop essayer de leur expliquer l'intérêt de manger équilibré* » et de **cadre parental** : S16 « *les parents savaient pas dire “non” et limiter les choses* ». Celle-ci serait alors **facilement évitable** : S10 « *c'était dommage parce qu'en fait on pouvait arranger ça assez facilement.* ».

### Dyade parent-enfant

**La relation parent/enfant** peut être en cause : S8 « *il y a peut-être aussi derrière une relation entre le parent et l'enfant à explorer aussi pour voir s'il y a pas un, un souci* »

soulevant la question de **problématiques familiales**, comme par exemple une **carence affective** : S8 : « *peut-être une carence affective qui fait que l'enfant mange un peu plus* ». Le **milieu social et la précarité** peuvent favoriser l'obésité infantile, notamment par **manque d'accès** à une **alimentation équilibrée** : S8 « *des fois les gens qui sont un peu dans la précarité, je sais qu'ils ne font pas forcément attention à manger sain ou quoi.* »

### Influence de la part psychologique

Un facteur **psychologique** peut être la **cause** mais aussi une **conséquence** de l'obésité infantile : S17 « *un facteur psychologique ou un mal-être qui soit la cause de l'obésité [tout le monde acquiesce] parce que ça peut être la cause et la conséquence [S16 acquiesce].* ».

Enfin, il faut **distinguer l'apparition** du **maintien** de l'obésité : S9 « *On peut distinguer l'enfant obèse qui le reste de l'adolescent de poids normal qui devient obèse à l'adolescence. Peut-être de cause différente.* ». L'**obésité de l'adolescent** serait secondaire à un **traumatisme psychique** : S9 « *et l'adolescent qui devient obèse ce serait plus un traumatisme à aller chercher.* » alors que sa **présence chez l'enfant** relèverait d'un **environnement inadapté** : S7 « *alors que c'est plutôt l'environnement chez l'enfant.* ».

### (3) Responsabilité partagée

Pour l'interne, l'**enfant** n'est généralement **pas** considéré comme **responsable** de sa pathologie, **contrairement** à ses **parents** : S15 « *Pour moi c'est quand même principalement dû aux parents.* ». Pour certains la **responsabilité est partagée entre les parents, l'école et le médecin** : S14 « *c'est une responsabilité partagée et que y a un loupé de notre côté, et du côté de l'école et du côté des parents aussi quoi.* ». Néanmoins, celle du **médecin** est principalement évoquée en cas de **manque de repérage** : S13 « *si j'ai fait le suivi depuis sa naissance et qu'il y a des choses que j'ai pas repérées, je pense que là, je me sentirai, qu'il y a une partie de responsabilité que je me mettrai dessus.* ».

D'autre part, la **responsabilité sociétale** est soulignée par S11 à l'évocation d'une fréquence accrue d'**aliments de mauvaise qualité** : S11 « *c'est de plus en plus fréquent avec toute la nourriture, maintenant il y a plus de malbouffe* ».

### (4) Aspect socio-culturel

L'obésité infantile est parfois **valorisée**, notamment par le biais de certains **sports** : S5 « *il jouait au rugby donc pour lui c'était méga cool d'être gros [...] à l'école il était trop*

fort » et dans **certaines populations** : S9 « c'est des populations [...] pour qui le poids est un signe de bonne santé ». De plus, l'**image corporelle** est mise en avant **plus précocement** via les réseaux sociaux : S13 (vis-à-vis de l'image corporelle de l'adolescent) « et encore plus je pense chez les jeunes maintenant qu'avant, avec les réseaux sociaux ».

S14 souligne un **paradoxe** entre l'**inclusivité** valorisée par les réseaux sociaux et la volonté médicale de **faire perdre du poids** : S14 « On est en train, là, à fond dans le body positif sur les réseaux sociaux et tout, tous les corps sont jolis, quels qu'ils soient [...] Et du coup, comment on va expliquer aux petits que lui on va l'embêter parce que bah sur la balance c'est, c'est un petit peu trop, trop gros. ». Pour d'autres, l'obésité serait **banalisée** suite à sa **prévalence croissante** : S10 « par contre ça devient tellement fréquent tout ça que c'est un peu banalisé » et sa **non-valorisation** serait **bénéfique** : S18 « Que ce soit publicités ou créations de contenus qui sont pas vraiment et tant mieux, pro-obésité infantile. C'est sûr qu'on peut pas promouvoir ça non plus ».

Certains internes se questionnent alors sur la **considération de l'obésité** comme un **problème de santé** : S14 « bah c'est quoi le problème en fait de l'obésité ? Comment on peut justifier ça auprès des enfants ? », et ont parfois le sentiment qu'un **enfant** ne devrait **pas être préoccupé par sa santé** : S15 « à cet âge-là [...] ils ont juste besoin de faire du sport, de s'amuser avec leurs potes et pas de s'occuper de problèmes de santé comme ça quoi. ».

## b) L'enfant obèse

L'**enfant obèse** est **considéré** comme en **souffrance** : S10 : « souvent la plupart des enfants un peu obèses [...] ils le vivent pas très bien », et susceptible de se **sentir différent** des autres enfants : S18 « Moi je me dis quelqu'un de 12 ans qui se rend compte qu'il a besoin de plus manger que les autres, qui court plus lentement que les autres [...] il va se dire pourquoi moi je suis pas comme les autres ? ». Il paraît parfois **plus âgé** : S13 « Ouais c'est vrai. Ils font plus vieux que leur âge. » et sa **corpulence** peut être perçue comme **choquante** : S11 « quand je l'ai vu arriver. Mais en fait, ça m'avait, ça m'a choqué. ».

Pour certains, l'enfant obèse a tendance à **ne pas respecter l'autorité parentale** : S18 « Et puis c'est sûr qu'il y a des enfants plus difficiles [...] Ceux qui veulent pas écouter leurs parents dans la vie de tous les jours je vois pas pourquoi ils prêteraient plus d'attention à leur régime. », à être **très sollicitant** : S7 « des enfants qui sont extrêmement demandants, qui sont extrêmement sollicitants » ou **plus vulnérable** aux **comportements addictifs** : S16 : « Il y a certaines personnes qui sont plus favorables à voilà à pas, l'addiction. ».

## Enfant prépubère

Les enfants prépubères sont perçus comme **plus dépendants de leurs parents** : S4 « plus ils sont jeunes plus il y a une part, enfin les parents ont leur place aussi dans la prise en charge, les parents ont plus le contrôle » et **détachés de leur image corporelle** : S8 « quand ils sont petits euh ils ont pas du tout ce relationnel au corps, enfin ils s'en fichent honnêtement, enfin à quoi ils ressemblent un moment donné ».

## Adolescent

L'**adolescent**, en revanche, est plus conscient de son surpoids : S18 « Mais les ados, [...] je pense qu'ils sont quand même plus alertes sur ce qui est en train de se passer » et gagne en **autonomie** : S15 « Tes parents t'autonomisent de plus en plus. Tu peux commencer à faire des choses un peu tout seul », au risque d'être davantage **influencé** par son **entourage amical** : S16 « avec l'adolescence il y a quand même un effet de groupe aussi ou si voilà tous ses copains ils commencent à aller manger des bonbons etc, il peut facilement se faire entraîner. » et cible de **maltraitements**, notamment **scolaires** : S8 : « ils commencent un peu à former leur cercle d'amis donc c'est ce côté-là que j'explorerais un peu plus pour voir s'il y a pas un mal-être ou des maltraitements au collège ».

Certains internes soulignent une **vulnérabilité psychologique** : S15 « je pense que je serai beaucoup plus vigilant [...] l'aspect psychologique [S17 acquiesce] mal-être », et un risque accru de **troubles du comportement alimentaire** nécessitant une certaine prudence du médecin : S4 « il faut les prendre un peu avec des pincettes parce que c'est un coup à ce que ça se transforme en anorexie après. ».

Enfin, la puberté marque aussi une **rupture de la communication** avec les **parents** : S8 « à l'adolescence tu te détaches un peu de tes parents et du coup fin tu leur confies beaucoup moins de choses même », mais aussi avec le **médecin** : S13 « Ils vont pas voir le médecin pour parler de leurs problèmes. ».

### c) Le parent d'enfants obèses

Le **rôle** des parents est **primordial**, afin de **guider** l'enfant : S17 « C'est vrai que les parents ils sont là pour montrer l'exemple à leurs enfants ». Néanmoins celui-ci peut être à **double tranchant** : S3 « Mais il peut être à double tranchant, positif ou négatif ». Beaucoup sont considérés comme **inconscients** de l'obésité de leur enfant : S15 « les parents qui connaissaient rien, qui pensaient bien faire mais qui au final faisaient mal sans le savoir »

amenant certains internes à **douter** de leur **bonne foi** : S2 « *et se retrouver en fait [...] face à un parent qui, je ne sais pas s'il ment* ».

Certains parents **manquent d'autorité** : S16 « *les parents savaient pas dire non et limiter les choses [...], pas savoir le cadrer et lui dire c'est pas forcément le moment* », voire ont une **attitude permissive** : S15 « *C'est pas à un enfant de 8 ans de se dire je vais pas manger le paquet de chips. S'il a commencé à faire ça c'est soit qu'on l'a laissé faire soit c'est les parents qui lui ont donné.* », afin de **faire plaisir** à l'enfant : S9 « *On veut aller un peu dans le sens et être euh parent aimant.* », ou de **l'occuper facilement** : S12 « *Donc le parent lui cale le téléphone pour qu'il soit gentil.* ».

#### d) Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste a plusieurs **rôles** : **repérer** l'obésité : S13 « *Et sur ça, nous la responsabilité serait plus pour détecter* », **aborder** le sujet : S12 (*vis-à-vis des difficultés à aborder le sujet*) « *moi ça c'est mon rôle* », **coordonner** les soins : S12 « *Mon objectif serait sans doute d'organiser [...] un vrai bon suivi pour l'enfant* », et participer à **l'éducation hygiéno-diététique** de l'enfant : S15 « *faire comprendre que ça, [...] ça va pas, c'est notre rôle de médecin* », bien que ce rôle soit **discuté** : S11 « *je sais pas si le médecin est responsable [...] d'apprendre les légumes* ».

Certains internes se sentent **responsables du problème** : S14 « *la responsabilité est sur nous* », et d'autres **illégitimes** : S12 « *je me sens pas du tout légitime.* ».

#### e) Stigmatisation

La stigmatisation est omniprésente dans la vie de l'enfant :

- **Au sein de la famille**, surtout en cas **d'entourage mince** : S3 « *la famille, les frères et sœurs étaient minces, les parents étaient assez minces, il y a une personne de la fratrie qui est un peu en surpoids et qui est un peu stigmatisée.* », parfois **involontairement** : S15 « *à la maison typiquement les repas, les parents qui cherchent pas à stigmatiser mais des fois il le font involontairement pour moi.* » ;
- **A l'école** : S11 « *à l'école, celui qu'on va traiter de gros, de baleine ou de enfin des trucs horribles je pense* » ;
- **Dans le milieu médical** : elle semble concerner surtout **l'adulte** et le **milieu hospitalier**, sa présence est **moins** évidente chez **l'enfant** et en **ambulatoire** : S16 « *moi non plus pas vraiment stigmatisé au moment de la consultation.* » ;

- **Dans la société** : S18 « Une famille obèse tout le monde la voit dans la rue. Et tout le monde en pensera pas moins ». Celle-ci semble même **banalisée** sur les **écrans** : S11 « Et en fait il n'y a jamais de problème avec ça dans les séries ».

La **stigmatisation** a un **retentissement** important chez l'enfant, notamment sur le plan **psychologique** : S15 « cette stigmatisation de toute part et du coup l'enfant je pense que ça commence un peu à le miner sur le moral. », mais peut parfois entraîner la **prise de conscience** de sa **différence** : S8 « là il y a vraiment cette prise de conscience où ils se disent il faut vraiment que je fasse attention à mon poids, à quoi je ressemble ».

Par ailleurs, les internes notent une **volonté sociétale** de **limiter** cette **stigmatisation**, notamment en **changeant les normes d'image corporelle** : S15 « on voit de plus en plus en fait pour des mannequins, par exemple [...] des mannequins obèses. ».

#### f) Prévention et santé publique

Des **campagnes de prévention de santé publique** existent déjà et semblent **bénéfiques** pour l'interne : S18 : « maintenant ils font des choses super et ouais moi j'ai l'impression qu'on en parle un peu quand même, on sensibilise les enfants concernés ou pas à leur alimentation, à l'hygiène de vie. » même si elles ne sont **pas suffisantes** : S13 « il y a pas beaucoup de choses au niveau santé publique fait pour ça, pour alerter les enfants, les familles, tout ça. ».

Les internes espèrent que ces programmes mis en place depuis longtemps aient un **impact prochainement** : S15 « on est la prochaine vague un peu de parents, avec un peu de chance, ça va porter ses fruits [S18 acquiesce]. Il y aura peut-être plus, plus trop d'enfants obèses lorsqu'on aura eu ces messages toute notre enfance. ».

## 2. Déterminants

- a) Objectifs de prise en charge
  - (1) S'adapter à l'enfant

L'**enfant** doit être le **principal décisionnaire** de sa prise en charge à **tout âge** : S18 « Il faut qu'ils soient acteurs peu importe leur âge », et des **interventions** à mettre en place : S15 « que ce soit lui qui trouve ses solutions en fait. », tout en visant un **équilibre** avec les **objectifs du médecin** : S10 « C'est un peu un compromis entre nous deux. ».

Les objectifs doivent être **modestes** : S10 « des petits objectifs », et établis **progressivement** : S5 « amener des objectifs hyper progressivement ». Ils doivent être **aisés**,

**réalistes** : S18 « *Donc des objectifs atteignables en fait facilement [...] qui étaient pas utopistes* », et **adaptés** à l'enfant : S7 « *De pas chercher à tout prix à être dedans, de s'adapter au patient* ».

## (2) Objectif staturo-pondéral et image corporelle

L'**infléchissement staturo-pondéral** est l'objectif principal pour certains internes : S13 « *mon premier ça serait vraiment en fait de faire retrouver doucement la courbe pondérale.* », afin d'atteindre un poids **limitant le risque de complication**, bien que la définition d'un **seuil à risque soit incertaine** : S8 « *après je sais pas si vraiment il y a une valeur, [...] qu'il faut atteindre pour pas avoir de conséquences ensuite organiques et fonctionnelles* ».

Cependant, l'objectif staturo-pondéral ne doit **pas être excessif** : S7 « *ne pas être trop non plus dans le rapprochement.* », et une **stabilisation** peut être considérée comme une **réussite** : S7 « *il n'est pas encore parfaitement dans la courbe, euh, bah pour l'instant t'es dans l'objectif et puis on reste plutôt sur une stabilité.* ».

Il semble **contradictoire** pour l'interne de **valoriser l'image corporelle** de l'enfant tout en l'incitant à **perdre du poids** : S14 « *des enfants, leur dire à la fois « il faut que tu sois heureux, que tu t'assumes, ne pas te préoccuper du regard des autres quand tu veux t'habiller de telle façon [...] ».* Mais lui dire, « *mais quand même s'il te plaît, il faudrait faire un petit peu d'efforts [S12 acquiesce] parce que là t'es pas dans la courbe* ».

Ainsi, **le poids ou l'apparence physique ne devraient pas être les objectifs principaux** : S18 « *On cherche pas, enfin qu'on n'ait pas un poids pour objectif, qu'on n'ait pas un physique non plus.* », notamment du fait que certains enfants **restent en surpoids** malgré une **prise en charge adaptée** : S1 « *(vis-à-vis d'une prise en charge considérée réussie) « elle était toujours en surpoids ».*

## (3) Mesures hygiéno-diététiques

Instaurer des **mesures hygiéno-diététiques à long terme** est un des principaux objectifs : S13 « *et surtout réussir à lui faire prendre sur la durée des bonnes habitudes alimentaires et d'activité physique* », incluant une approche **diététique**, l'**activité physique** et la diminution de l'**exposition aux écrans**, sans se focaliser uniquement sur l'alimentation : S18 « *Et c'était, c'était pas forcément lié qu'à l'alimentation : l'enfant il avait choisi : manger plus de légumes, faire une activité physique et consommer moins d'écrans.* ».



L'enfant doit **distinguer alimentation équilibrée et plaisir** : S16 « *faire comprendre que c'est pas forcément ce qu'elle a envie de manger qu'il faut manger à tel moment et qui est bon pour elle* », **sans frustration** : S17 « *les parents les laissaient être acteur sans le priver* », au risque qu'un **changement diététique brutal** mette en échec la prise en charge : S13 « *si d'un coup on lui enlève tout ça, toute sa Junk Food [...] ça va pas marcher.* ». Par ailleurs, la **participation de l'enfant aux courses et repas** peut dynamiser la prise en charge et son implication : S17 « *le prendre faire les courses, lui faire prendre conscience, lui montrer comment on fait la cuisine comme ça, il le fait avec. Ça permet aussi de, ben de dynamiser, de l'impliquer quoi [S15 et 16 acquiescent].* ».

L'**activité physique** doit **plaire à l'enfant** : S10 « *un sport qui lui fait plaisir* », **sans lui être imposée** : S13 « *on le forcera jamais à faire un sport, je pense.* ». Celle-ci peut être **réalisée avec les parents** : S13 « *aller marcher avec ses parents des choses comme ça* ». Par ailleurs, l'**activité physique adaptée (APA)** peut aider les **parents à se mobiliser** : S4 (*Vis à vis de l'APA*) « *Oui de l'activité avec des coachs, avoir des activités, mobiliser les parents quoi.* ».

#### (4) Bien-être et aspect psychologique

Le **bien-être** de l'enfant est parfois considéré comme l'**objectif principal** voire comme un **critère de réussite** : S8 « *mais tant que la personne se sent bien dans son corps je pense qu'on a aussi d'une part réussi [...] notre objectif quoi.* ». Il est alors nécessaire d'évaluer l'**impact du regard d'autrui** : S1 « *comment il vit [...] le regard des autres* » et repérer le **harcèlement et ses conséquences** : S10 « *il peut y avoir du harcèlement [...] souvent ils ne se sentent pas forcément très bien, ils le vivent pas très bien* ».

#### (5) Prise en charge globale de la famille

La prise en charge idéale doit être **globale** et inclure **toute la famille** : S15 « *ça va être en même temps prendre en charge l'enfant et en même temps prendre en charge la famille* », afin d'**éduquer les parents**, et de **prévenir l'apparition d'un surpoids** dans le reste de la famille : S14 « *en prévention [S12 acquiesce], justement, d'un futur surpoids ou d'une obésité, mettre en place des nouvelles règles pour toute la famille* ». Un **suivi diététique conjoint** au parent et à l'enfant peut **faciliter le changement** : S7 « *Moi j'étais dans un cabinet où le père allait avec sa fille de 16 ans voir l'infirmière Asalée [...] ça peut être [...] facilitateur* ».

b) Liés à la prise en charge

(1) Relation de confiance avec le médecin

Il est important d'instaurer une **relation de confiance** entre le **médecin, l'enfant et les parents** : S13 « *une bonne relation avec l'enfant et les parents, bien sûr.* », son **absence** pouvant **mettre en échec la prise en charge** : S15 « *s'il n'y a pas de climat de confiance, soit les parents, soit lui ne reviendra pas, ça marchera pas* ». Elle permet de favoriser une **honnêteté partagée** : S13 « *Mais surtout avec l'enfant pour être sûr qu'il soit honnête, que chacun est honnête dans ce qu'il dit et pouvoir évoluer.* », d'autant que certains internes semblent **douter de la bonne foi des parents** : S2 « *et se retrouver en fait face [...], face à un parent qui, je ne sais pas s'il ment* ».

(2) Prise en charge pluridisciplinaire versus médecin isolé

Il semble **complexe pour le médecin d'être le seul intervenant** : S12 « *je pense que tout seul ce, ce doit être compliqué* », au risque de **ne pas avoir d'action significative** : S12 « *faire ça seul, bon, on aura beau dire tout ce qu'on veut aux parents ou à l'enfant [...] il va pas se passer grand-chose quoi [S14 acquiesce].* » ou de **ne pas aborder tous les paramètres** importants : S11 « *il y a plein de trucs ça se trouve que, que j'aborde pas* ».

Ainsi, la **prise en charge idéale** pour l'interne est **pluridisciplinaire** : S14 « *Et ouais, je pense dans mon truc idéal, un peu utopique, ce serait une petite journée comme ça dans un, dans un service attrayant pour les parents et les enfants ou on reprendrait tout et on lancerait ensuite une démarche pluridisciplinaire* ». Mais pour certains, elle n'est à réserver qu'aux **enfants au stade d'obésité** : S12 « *Si l'enfant il est dans la catégorie vraiment obèse [...] J'essaierai de, de faire une prise en charge pluridisciplinaire.* ».

La prise en charge hospitalière présente des **limites** : **manque de suivi** : S7 « *Après, un de mes cas c'était aux urgences, donc il n'y a pas de suivi* », **difficultés à motiver les patients** : S7 « *donc j'ai pas pu les amener à consulter un spécialiste ou un centre ou autre.* », **manque de spécialisation** de certains **pédiatres** : S2 « *la pédiatre m'a tout de suite dit avant que l'enfant ne rentre qu'elle n'était pas du tout spécialisée là-dedans, elle ne savait pas trop quoi faire* » et diminution de l'**implication de l'interne** : S12 « *Et donc moi, la seule chose que j'ai faite parce qu'il avait un rendez-vous avec une endocrino prévu et donc je l'ai juste, je lui ai juste donné le seul nom de la structure que je connaissais* ».

### (3) Réseaux de prise en charge

Le suivi au sein d'un réseau tel que le **RéPPOP** permet une **prise en charge globale** et un soutien **rassurant pour l'interne** : S18 « *Donc c'est pas plus mal qu'il y ait un référent obésité qui les voit de temps en temps, ça permet de faire un point plus global. Et puis ça, ça rassure aussi de se dire qu'au moins il y a un filet de sécurité quoi.* ». Il permet une **spécialisation du médecin généraliste** par le biais d'une **formation spécifique** et de l'accès à une prise en charge **pluridisciplinaire** : S3 « *c'est le principe du réseau non ? Genre d'avoir une formation quand tu l'intègres et puis d'avoir accès à d'autres intervenants* ». Il permet aussi de **pallier le manque d'accessibilité** géographique ou financier de certaines familles : S16 « *c'était par ce réseau-là, [...] qu'il avait pu accéder à des activités en groupe, des activités physiques etc. Lui, il en avait pas là où il était. Je sais plus si c'était par manque de moyens ou vu que c'était un peu paumé dans la campagne* ».

Le RéPPOP présente certaines limites : **répartition géographique inégale** : S4 « *Selon où t'es, t'as pas toujours accès* », **difficultés d'accès aux médecins non formés** : S4 « *Le problème du réseau RéPPOP, c'est qu'il faut être formé et c'est pas accessible à tout le monde en fait.* », manque de **communication auprès des internes** : S13 « *Parce qu'en fait je trouve qu'on n'en entend pas souvent parler [S14 acquiesce]* » et **méconnaissance du fonctionnement** par les internes : S11 « *ce réseau-là qui peut se déployer autour de l'enfant obèse, ben je le connaissais pas en fait. A part ce réseau là, mais je sais même pas comment il marche.* ».

### (4) Accessibilité et délai

Pour certains internes, la prise en charge devrait être **instaurée dès la détection** de l'obésité infantile : S14 : « *Il faudrait prendre le temps de le faire quoi dès qu'on détecte ça.* », voir considérée comme une **urgence** : S12 « *Là, pour le coup, il y a un vrai risque pour sa santé, faut[...] se dépêcher quoi, faut faire quelque chose maintenant [air inquiet]* », mais celle-ci est **retardée** par l'**attitude expectative de certains médecins** : S18 « *pas dire "Ben on se verra dans 3 mois ou 6 mois ou un an comment se porte le poids parce que là [...] ça prend la pente ascendante". Bah en fait on perd un an.* ».

Plusieurs jugent ne **pas assez aborder** l'obésité infantile : S11 « *Je le fais pas assez, je le fais pas assez [baisse le ton de sa voix] [S13 et 14 acquiescent].* » et dénoncent un **manque de repérage** : S13 « *Après oui, dans les dossiers, après je n'en vois pas plus, dans le sens ouais on a le carnet tout ça qui nous aide déjà à voir ça. Mais il y en a plein qui passent à la trappe* »

La prise en charge **dépend des acteurs** disponibles : S7 « *Qu'est-ce que j'ai sous la main ?* » et celle-ci est limitée à plusieurs niveaux : manque de **répartition géographique de l'APA** : S1 (*vis-à-vis de l'APA*) « *du coup c'est très difficile d'y avoir accès, parce qu'ils sont pas répartis sur le territoire et c'est difficile* » et des **programmes d'éducation thérapeutique** : S10 (*vis à vis des programmes d'éducation thérapeutique*) « *Après bon je suis plus allé dans les fins fonds des départements perdus donc bon forcément.* » ou encore manque d'**accessibilité financière** au suivi **diététique** et **psychologique** : S9 « *si on veut instaurer un suivi avec un diététicien, une prise en charge psychologique, il faut un suivi et si les parents n'ont pas les moyens ils ne vont pas pouvoir le faire.* ».

#### (5) Suivi staturo-pondéral

Les **courbes** staturo-pondérales sont un **bon outil d'annonce**, favorisant la **prise de conscience des parents, de l'enfant** : S15 « *Ça parle en fait. Quand, quand on montre la courbe à l'enfant ou aux parents, quand on dit "regarde, tu vois là ça baisse"* » et du **médecin** : S12 : « *je vais pas dire qu'il a un problème de poids et une fois ça m'était arrivé de tracer la courbe et j'avais vu en fait que [...] elle était vraiment très, très haute quoi dans les courbes.* ». Cependant, elles nécessitent une **bonne observance** : S14 « *Faut bien les remplir, et faut qu'ils les portent.* » et leur suivi est généralement **interrompu à la puberté** : S13 (*en parlant du carnet de santé*) : « *A partir de 10 ans, ils l'ont plus déjà.* ».

Enfin, un **suivi pondéral trop fréquent** est perçu comme **inutile et stigmatisant** : S17 « *Oui ça sert à rien de lui faire la pesée tous les jours parce que ça devient là pour le coup encore plus stigmatisant. Il y a personne qui se pèse tous les jours [Rires de S17]* ».

#### (6) Outils

De nombreux internes dénoncent un **manque d'outils** et une **méconnaissance** de ceux existants : S1 (*vis-à-vis des outils*) « *Hmm qu'est-ce qu'il y a ? Il y en a d'autres auxquels je ne pense pas forcément maintenant* ». Ils évoquent un besoin d'aide sous **différentes formes** : fiches standardisées, site d'aide à la consultation, enquêtes alimentaires, site d'aide à la gestion des courses et repas, applications mobiles et logiciels d'éducation thérapeutique. L'utilisation des outils numériques a un **aspect ludique** : S7 « *donc il y a le côté ludique du téléphone parce que ça attire [S8 et S10 acquiescent]* », mais favorise l'**exposition aux écrans** : S8 (*vis à vis du téléphone*) « *Après c'est un autre truc qu'il faut éliminer* », voir une **addiction** : S7 « *Oui voilà une autre addiction* ».

c) Liés à l'enfant

(1) Enfant peu communicant

Certains enfants **communiquent peu** en consultation rendant plus difficile la **compréhension de l'interne** : S15 « *si ça se trouve ça se passait probablement très bien pour lui hein mais c'est vrai qu'il me parlait tellement peu* ». Cette attitude peut s'expliquer par la **présence des parents** : S16 « *il se retrouve quand même rapidement dans un schéma où il est en consultation que pour ça et assez facilement en retrait avec les parents etc.* », si l'enfant n'est **pas prêt à aborder le sujet** : S7 « *et que l'enfant est pas forcément à ce stade-là j'ai trouvé que l'enfant il se, il s'était, il dit rien.* », ou si la **consultation** lui est **imposée** : S16 « *Si il est un peu amené, forcé par les parents et que lui sent pas le problème* ».

(2) Prise de conscience et compréhension

L'**implication** et la **compréhension** de l'enfant sont **indispensables** afin d'éviter de **mettre en échec la prise en charge** : S18 « *je pense que peu importe son âge, s'il adhère pas et s'il comprend pas je vois pas comment on pourrait arriver à des résultats.* ».

Certains n'accordent **pas d'importance à leur surpoids** : S5 « *je me souviens le petit là qu'on a vu, lui il s'en fichait* », ou en sont **inconscients** : S14 « *il ne s'en rendait même pas compte.* ». Il est alors intéressant d'**évaluer si le poids est perçu par l'enfant comme un problème** : S8 « *à ce moment-là leur dire "est-ce-que ça te pose problème ?" [Tout le monde acquiesce]* ».

La **prise de conscience** est parfois favorisée par le biais des **conséquences** : S7 « *le fait d'avoir des petits symptômes qui peut être ne sont pas en lien [...] ça facilite pour la prise de conscience. [S10 acquiesce]* » ou de la **stigmatisation** : S13 « *Alors déjà pour l'enfant, il comprend pas lui [S14 acquiesce] parce que quand ils sont au début en surpoids avant d'être vraiment obèse et qu'ils aient des remarques* ».

(3) Déterminants liés à l'âge

La prise en charge est **plus complexe** chez l'**enfant prépubère** pour certains, chez l'**adolescent** pour d'autres, ou encore à **tout âge** : S12 (*vis-à-vis de la différence d'abord entre l'enfant et l'adolescent*) « *pour moi, c'est toujours aussi gênant quand même.* ».

Les principaux déterminants liés à l'âge sont :

- La **dépendance parentale** de l'**enfant prépubère** : S14 « *Le petit qui est tout le temps en train de demander à ses parents* », versus l'**autonomie de l'adolescent** : S9 : « *l'ado, il prend son propre chemin, il dépend plus du parent pour le nourrir* » ;
- L'**inconscience** de l'**enfant prépubère** : S8 « *quand ils sont petits je trouve que c'est difficile de leur faire prendre conscience que leur poids est un vrai problème* », versus la **maturité de l'adolescent** : S18 « *Ah je pense que l'adolescent déjà il est, il est plus mature qu'un enfant* » ;
- La difficulté à instaurer un **temps seul** avec l'**enfant prépubère** : S13 (*vis-à-vis d'un temps de consultation avec l'enfant seul*) « *quand ils sont jeunes, c'est compliqué* » ;
- Le **manque de suivi** chez l'**adolescent** : S11 « *Avec les ados, bah je les, je les pèse moins [Hausse les épaules]* » ;
- La **sous-estimation** du surpoids chez l'**adolescent** : S12 « *chez les ados, en fait, parfois, je sous-estime un peu le problème [S13 acquiesce]* » ;
- La **sensibilité de l'adolescent** : S4 « *Avec un adolescent après 10 ans parce qu'ils ont quand même une grande sensibilité* » ;
- L'**adaptation du langage** à l'âge : S12 : « *Je pense qu'il faut adapter son langage [S14 acquiesce] et, et c'est pas évident, ça c'est un des freins aussi.* ».

Par ailleurs, la **prise en charge du nourrisson** paraît **plus spécifique** et semble **méconnue** par les internes : S3 (*vis-à-vis du rebond d'adiposité précoce*) « *l'enfant est jeune et je n'ai pas trop d'idée de ce que je pourrais faire* », qui **craignent** principalement **d'adapter l'alimentation** : S18 « *J'aurais un peu peur avant de me dire « vas y on fait un, un bib' de moins.* ».

#### (4) Relations sociales

L'enfant est **influencé** par son **entourage** familial et amical de manière **positive** ou **négative** : S18 « *si dans ton groupe de potes, ils sortent en vélo ou ils font du foot, bah c'est beaucoup plus facile que si ton groupe de potes, il joue à la Nintendo Switch.* ».

Par ailleurs, les réseaux sociaux peuvent avoir un impact **positif et négatif** : S18 : « *ça peut être bien comme pas du tout* », pouvant être source de **motivation** pour certains : S16 « *que ce soit ce type de corps qui soit mis en évidence ça peut être des leviers de motivation* », mais favorisant pour d'autres la **stigmatisation** : S17 « *ça peut être très stigmatisant surtout que les enfants ils comparent beaucoup* » et le **harcèlement** : S15 « *Harcèlement scolaire, les réseaux sociaux* ».

d) Liés aux parents

(1) Contexte socio-familial

Le **contexte social** est une des principales **barrières** et nécessite que le **médecin s'adapte** à la situation familiale : S14 « *je pense qu'il faut vraiment être bien entouré pour trouver en fonction du type de famille : monoparentale, couple divorcé, enfant unique, plusieurs enfants.* ». L'**accès** aux mesures hygiéno-diététiques est **limité** par les **difficultés financières** : S16 « *Ce qui peut être compliqué aussi, c'est au niveau économique [...] manger équilibré, faire du sport* », l'**isolement géographique** : S3 « *dans les villages un peu reculés, il y a un manque d'accessibilité à l'activité physique* », la **situation familiale** : S16 « *les parents ils étaient divorcés et à chaque fois c'était la mère qui nous l'amenait en disant "Oui mais elle arrête pas de prendre du poids parce que quand elle va chez son père, vu qu'il sait pas faire à manger il lui fait McDo toute la semaine"* », ou le **manque de temps** : S14 (vis-à-vis des familles monoparentales) « *Je pense que des fois, d'acheter des choses rapides, c'est aussi une question de temps, pas que d'argent.* ». Cependant, ces difficultés sont **surmontables** aux yeux de l'interne : S16 « *Mais, c'est pas insurmontable.* ».

(2) Obésité familiale versus obésité isolée

L'existence d'un **terrain familial** d'obésité influence la prise en charge :

- **Minimisation** du problème : S10 « *le papa : "ah bah moi j'étais pareil puis après ça allait mieux donc euh"* » voir **sentiment de fatalité** : S18 « *Et il y en a qui mangent deux assiettes et c'est leur standard euh depuis toujours. « Parce qu'il est comme son père, ils ont toujours été gros dans la famille » [air cynique].* » ;
- Risque d'**inquiétude excessive** : S3 (cite la mère d'une enfant) « *Parce que moi je suis, je me trouve obèse, je n'ai pas envie qu'elle finisse comme moi* » ;
- Plus faible **implication de l'interne** : S13 (vis-à-vis de l'obésité familiale) « *Ça peut, peut-être me freiner, de, d'évoquer et de commencer un suivi pour ça. Je pense.* » ;
- Possibilité d'une **prise en charge conjointe** : S7 « *Et après, et d'un autre côté ça peut aider aussi parce que justement tu dis bon tout le monde ensemble.* ».

A l'inverse, si l'enfant est le **seul en surpoids** dans la famille :

- Plus grand risque de **stigmatisation** intrafamiliale : S3 « *dans la famille, les frères et sœurs étaient minces, les parents étaient assez minces, il y a une personne de la fratrie qui est un peu en surpoids et qui est un peu stigmatisée.* » ;

- **Gestion difficile des repas** : S11 (*vis à vis des repas*) « ça doit être hyper compliqué pour les parents aussi de gérer, de gérer un enfant obèse dans une fratrie [S12 acquiesce]. », pouvant participer à cette **stigmatisation** : S15 « A la maison aussi souvent il pouvait y avoir des repas différents du reste de la famille » ;
- **Difficulté d'adaptation** de la famille : S11 (*vis-à-vis des familles avec un seul enfant en surpoids*) « et je pense que c'est pour ça qu'il y en a qui doivent baisser les bras et se dire "Bon, bah il sera gros et puis voilà quoi." ».

### (3) Prise de conscience et compréhension

Plusieurs internes soulignent un **manque d'investissement parental** : S9 (*en parlant de l'équilibre alimentaire*) : « sans forcément beaucoup d'implication des parents donc euh avec beaucoup d'échecs de prise en charge ». L'obésité infantile n'est **pas toujours une priorité** dans certaines familles : S6 « qui ont des problèmes plus importants et plus basiques que ça à résoudre avant de s'occuper de ça ». Certains parents semblent même ne **pas avoir conscience** du problème ou **ne le considèrent pas** comme tel : S9 « après j'ai eu beaucoup de choses comme ça où les parents n'identifiaient pas ça comme un problème. », limitant **l'adhésion de l'enfant** : S10 « et donc forcément l'enfant s'il est entouré dans ce discours là il va pas forcément vouloir adhérer non plus à tout ça. ». L'amélioration de l'adhésion, de la compréhension et de la conscience parentale peut alors **favoriser le changement** : S13 « ils s'en rendaient pas du tout compte et ils sont prêts à changer parce qu'ils pensaient pas que c'était de mauvaises choses ».

### (4) Culpabilité parentale

L'obésité infantile peut être source de **culpabilité** pour les parents : S2 « j'ai déjà vu, par contre, des parents de suite se sentir accusés », notamment lors de l'**évaluation des habitudes de vie** : S7 « quand tu vas lui dire "Peut-être que l'alimentation à la maison elle est trop riche en matières grasses", un parent il va peut-être culpabiliser », au risque d'une **mise en retrait** : S8 « parce que parfois ils se disent peut-être que c'est de leur faute et c'est peut-être pour ça qu'ils se braquent. ».

Pour certains internes, il est important de **déculpabiliser les parents** pour favoriser leur **adhésion** : S8 « peut être aussi bien leur préciser, enfin essayer de les déculpabiliser les parents [...] Et c'est vraiment pour l'adhésion des parents. », alors que pour d'autres, une phase de **culpabilisation** est nécessaire : S7 « et le parent qu'il faut faire prendre conscience et parfois c'est le faire culpabiliser nécessairement. ».



(5) Attitude du parent en consultation

Lors de la consultation, les **parents** sont perçus comme la **première barrière** à franchir : S7 « *tu sentais que la barrière était déjà vis-à-vis du parent avant d'atteindre l'enfant* ». Les difficultés sont variables : parents **trop présents** : S5 « *la maman est restée toute la consult', elle prenait beaucoup de place [S3 acquiesce]* », difficulté de parler du problème en **profondeur** : S2 « *on ne va pas discuter des réels problèmes de fond* », sentiment d'être **pris à parti** par certains parents : S11 « *elle me dit "Oui, il est trop gros, dites-lui d'arrêter de manger comme ça" [...] j'étais un peu prise de court* », voire **attitude d'opposition** : S7 « *Après on a parlé de l'opposition des parents* ».

Il semble ainsi intéressant d'**évaluer l'acceptabilité du sujet** : S4 « *tâter le terrain sur l'acceptabilité pour aborder le sujet pour ne pas se retrouver comme S1 avec des gens qui nous disent c'est pas vos oignons* », et de savoir **mettre en retrait les parents** : S18 « *Et moi je me dis que si j'ai un enfant qui papote, j'aimerais bien que les parents se taisent et après j'en parle avec les parents.* ».

e) En lien avec le vécu de la consultation

Pour l'interne, il est **difficile d'expliquer l'intérêt de la prise en charge** à l'enfant **sans lui faire peur** : S17 « *peur de venir chez le médecin pour qu'on lui annonce des mauvaises nouvelles. [...] c'est vrai que ça doit pas être facile d'aborder [S15 acquiesce] euh pourquoi est-ce qu'il faut perdre du poids et à quoi ça va te servir en fait.* », ou qu'il se sente **jugé** : S10 « *des fois ils peuvent mal le prendre.* ». L'abord des **complications** est particulièrement **appréhendé** : S17 « *Mais aborder les complications c'est pas facile on peut pas non plus faire peur à l'enfant* », et sa **pertinence** même est **discutée** : S12 « *est ce qu'en plus on doit vraiment lui expliquer à lui que le fait d'être en surpoids, c'est quelque chose de, qui peut t'amener à des potentiels risques d'obésité et donc de problèmes de santé.* ».

L'abord du sujet peut être **mal vécu par la famille** et perçu comme une **intrusion dans la vie privée** : S1 « *Ben on m'a dit : "bon ça c'est pas vos affaires."* ». La discussion peut entraîner un **sentiment d'échec** du parent en cas d'**obésité familiale** : S10 : « *bah lui aussi et du coup euh il se sent en échec dans son éducation et peut être sur son poids à lui aussi* » et **entraver la communication** sur le sujet : S1 « *qui a brusqué les parents et qui a fait qu'il y avait une rupture de communication à ce sujet* ».

Les internes portent une importance au **choix des mots** en consultation et craignent d'employer des **termes inadaptés** : S11 « *faut pas utiliser certains, certains termes qui pourraient blesser les personnes, plus que les aider[...] je pense que je pourrais avoir des,*

des mots qui sont pas adaptés » ou de prendre une **posture moralisatrice** : S12 « *Moi j'ai pas du tout envie d'être un médecin moralisateur* ». Le risque principal est alors de **démotiver l'enfant et ses parents** et de **rompre le suivi** : S18 « *l'enfant s'il a pas envie de venir ça sert à rien. Et les parents s'ils considèrent qu'on mène un combat qui n'est pas le leur bah ils nous ramèneront pas l'enfant et on aura un enfant qui soit ira voir un autre médecin, soit qui en verra pas, et on aura rien gagné.* ».

f) Liés aux représentations

Certains internes décrivent un **paradoxe** entre l'**importance du sujet** et les **difficultés à l'aborder** : S12 « *c'est oui, c'est quelque chose d'hyper important je pense mais assez compliqué à aborder.* », notamment du fait d'un **tabou**, particulièrement chez l'adolescent : S11 « *avec les ados enfin, c'est comme si c'était un sujet tabou quoi.* ».

Il est alors difficile d'aborder différents **paramètres sensibles** pour l'interne, tels que le **ressenti** de l'enfant : S14 « *mais poser cette question-là à un enfant de comment il se sent au niveau de son poids par rapport aux autres ? Je trouve ça hyper dur* », l'existence de **violences** : S13 « *C'est encore plus dur à évoquer, s'il y a quelque chose à l'origine de ça, des violences* », ou encore la **stigmatisation scolaire** : S13 « *C'est assez dur à aborder.* ».

Il est **complexe**, pour l'interne, de **se mettre à la place de l'enfant** : S2 « *elle n'avait pas du tout d'empathie à ce sujet-là* », de **rester objectif** : S8 « *je sais pas comment l'aborder en étant neutre quoi.* », sans émettre de **préjugés** : S11 « *C'était ça qui m'avait choqué. Que j'avais été choqué de son apparence, voilà. J'aurais pas dû quoi.* » ou ressentir de la **compassion** : S14 « *C'est pas des préjugés de jugements méchants ou des moqueries ou autres qui viennent en tête, c'est plus « [...] Comment il en est arrivé là le pauvre ? » [Air désolé].* ». Cette difficulté est renforcée en cas d'**absence de confrontation personnelle** : S2 (*vis-à-vis du manque d'empathie d'une pédiatre*) « *parce qu'elle-même n'ayant jamais été confrontée dans sa famille.* », ou de **connaissance de l'entourage** du patient : S5 « *Elle était un petit peu mal à l'aise parce qu'elle le connaissait* ».

Plusieurs internes ont alors des **préjugés** qui **ne reflètent pas** toujours la **réalité** : S11 « *Et alors que bah c'est peut-être tout à fait l'inverse [...] l'enfant obèse il est pas forcément battu, il a pas forcément des parents qui s'occupent pas de lui* ». Et l'**apparence** même de l'enfant semble **influencer l'interne** : S14 « *Je pense que l'apparence de l'enfant [S13 acquiesce], en tout cas l'âge qu'il a l'air d'avoir vont influencer mon attitude.* ». De plus, les **freins** au changement sont **perçus différemment** entre le soignant et le patient :

S18 « même si pour nous c'est pas grand-chose parfois il y a des familles qui sont pas du tout prêtes à changer, toutes leurs habitudes. ».

Ainsi, il est important de maintenir un **point de vue médical** : S8 : « Mais après il faut rester sur le plan médical », notamment par le biais des **courbes de croissance** : S7 « Mais c'est vrai que du coup je me sers de ça parce que ça émet pas du tout mon jugement ».

g) Liés au médecin

(1) Insistance du médecin

Pour de nombreux internes, la problématique est **trop abordée** dans l'enfance : S2 « Tout le monde doit lui rabâcher à chaque fois qu'il le voit. Je suis encore la grosse relou qui va en parler », ce qui peut participer à la **stigmatisation** : S15 « souvent les enfants [...] se sentent stigmatisés parce que à chaque fois qu'ils allaient chez le médecin c'était pour parler de leur poids ».

Ainsi, certains sont **réticents** à soulever à nouveau le sujet quand d'autres souhaitent l'**aborder systématiquement** : S16 « Moins hésiter à aborder le sujet parce qu'on a peur et pas hésiter à y revenir, même si ça a déjà été abordé, c'est pas grave. [S17 acquiesce]. ».

Enfin, **diversifier le contenu** de la consultation peut limiter le sentiment de focalisation sur l'obésité : S17 « rebondir sans se dire obligatoirement c'est une consult obésité. ».

(2) Médecin traitant versus intervenant ponctuel

La posture d'**intervenant ponctuel** limite l'**abord** du sujet : S7 (sur la difficulté à évoquer le sujet) : « Alors pas du tout en tant qu'interne mais en tant qu'intervenant ponctuel » et le **suivi** : S14 « Enfin moi personnellement je ne l'ai jamais revu cet enfant », notamment en cas de **patientèle appartenant à un autre médecin**. Ainsi, la place de **médecin traitant** est un facteur clé : S7 « je n'ai jamais eu de raison de m'y investir donc je me suis dit du coup je le ferai quand j'aurai ma patientèle ».

### (3) Techniques de communication

Les internes **manquent d'aisance** pour aborder le sujet : S1 « *Après niveau comm' je pense pas avoir été au top* ». Plusieurs **techniques de communication** sont évoquées pour faciliter la discussion :

- Privilégier les **questions ouvertes** : S1 « *faire des questions ouvertes pour amener le diagnostic tout simplement à nous.* » ;
- **Verbaliser** la problématique : S1 « *pas hésiter à dire qu'il y a un problème* » ;
- Utiliser le **retentissement** comme **levier motivationnel** : S16 « *s'il a déjà souffert parce qu'il court pas aussi vite que les copains ou si ça pourrait le limiter sur certaines choses pour euh pour qu'il trouve ses motivations* » ;
- Être **ferme** pour favoriser la prise de conscience : S15 « *plus les parents le bâton [Rires généraux] bon il y aura peut-être un ou deux coups de bâton je suis d'accord mais non je pense effectivement qu'il faut plus leur expliquer* », tout en **évitant la culpabilisation** : S9 « *C'était pas une grande réussite [Rires généraux]. Parce que justement, elle essayait de culpabiliser pour faire prendre conscience.* » ;
- Favoriser le **renforcement positif** : S15 « *Après je pense qu'il faut aussi du renforcement positif. Comme tu disais tout à l'heure pas prendre le bâton mais la carotte, et aussi valoriser en fait toutes les petites modifications* » ;
- **Illustrer** les proportions conseillées en **assiettes** : S5 (*vis-à-vis de l'illustration des proportions conseillées*) « *En assiettes* » plutôt qu'en grammes : S4 « *On me dit "Vous devez manger 200 grammes de légumes", j'en sais rien moi, on sait pas ce que c'est quoi* », ou en kilocalories : S2 « *Et pas en kilocalories aussi* ».

### (4) Investissement et compréhension

L'**investissement du médecin** est un prérequis à la prise en charge : S7 « *Quand t'es au stade où le parent est motivé, l'enfant est motivé, le médecin est motivé, fin c'est, là ça peut être intéressant.* ». L'obésité infantile est souvent **constatée** par le médecin **sans instaurer de prise en charge** : S4 « *Oui voilà, on le pèse, on le mesure, on voit qu'il est gros, mais on ne fait rien quoi.* » et certains ne réalisent **plus de suivi** staturo-pondéral chez l'**adolescent** : S11 « *C'est vrai qu'à 15 ans, à 16 ans, bah on fait pas, on met plus, on met plus les points sur les courbes quoi.* ».

Par ailleurs, la **compréhension de l'origine de l'obésité** est importante mais celle-ci est **difficile à explorer** : S13 « *C'est dur à creuser je trouve aussi. C'est toute, là tu*

*disais, ce qui initie un peu, peut-être l'obésité ».* Il est alors compliqué d'instaurer une **prise en charge sans étiologie déterminée** : S12 « *un des freins en tout cas, c'est quand on n'a pas l'étiologie propre parfois c'est compliqué aussi d'avancer avec l'enfant.* ».

(5) Sentiment d'incompétence

Le **suivi** de l'enfant obèse est considéré comme **important** mais est paradoxalement limité par un **sentiment d'incompétence** de l'interne : S13 : « *Donc soit j'y consacre beaucoup de temps de consultation, je le reconvoque tout le temps, mais du coup je trouve que c'est un peu au-delà de mes compétences.* », notamment dans le cadre du **suivi psychologique et diététique** : S9 « *et pas forcément les compétences psychologiques et diététiques d'un paramédical.* ».

(6) Différence intergénérationnelle

S3 met en exergue une **différence de pratique** entre les **générations** de médecins. La **formation actuelle** plus axée sur la **prévention** favoriserait l'abord du sujet : S3 « *notre formation est quand même vachement axée sur la prévention, enfin plus du moins qu'auparavant donc il y a une différence dans l'abord des consultations* ». A l'opposé, le **manque de formation des médecins plus âgés** limiterait la prise en charge : S6 « *s'ils ne se sont pas formés, ils ne sont peut-être pas à l'aise.* ».

h) Organisationnels et logistiques

(1) Intérêt d'une consultation dédiée

L'obésité infantile n'est généralement **pas le motif de consultation principal** : S3 « *ce n'est pas le premier motif de consultation.* », **freinant** souvent **l'abord du sujet** : S4 « *mais c'est pas le motif de consultation donc clairement le sujet est pas abordé* », et la **compréhension des parents**, par **manque de temps** notamment : S9 « *et on risque de donner les informations trop rapidement et les parents vont rien comprendre je pense.* ».

Il est alors important de proposer une **consultation dédiée** : S1 « *c'est de programmer, je pense, une consultation dédiée à ça. Ce serait en tout cas le proposer.* », afin de favoriser l'**aisance de l'interne** : S16 « *Moi je me sens plus à l'aise sur une consultation où le parent l'amène pour ça.* », et **répartir** les **informations données** au risque d'une **inobservance du suivi** : S8 « *après c'est peut-être même mieux de donner des*

informations petit à petit parce que peut-être qu'ils intègrent mieux après on est pas sûrs qu'il revienne. ».

## (2) Intérêt d'un temps de consultation seul

La **présence des parents** avec l'enfant semble **intimider l'interne** : S12 « et là je sais pas, le fait que ça soit ouais, un trio[...] c'est plus compliqué », et peut **limiter l'abord** de certains sujets comme le **ressenti de l'enfant** : S14 « je trouve ça difficile de poser ensuite des questions sur comment vraiment se sent l'enfant avec le parent à côté », ou le **harcèlement scolaire** : S13 « avec le parent à côté, c'est dur à aborder tout ce qui est harcèlement à l'école ».

Il est alors intéressant d'instaurer un **temps de consultation avec l'enfant seul**, de façon **systematique** pour certains internes : S3 « mettre un temps seul quoi qu'il arrive. ». Il semble **aisé** de consulter seul **avec l'adolescent** : S14 « Je trouve ça [...] plus simple chez un ado [S13 acquiesce], parce que je peux me permettre de demander aux parents de sortir », mais les internes se questionnent sur l'**âge minimum** l'autorisant : S3 « je n'ai pas trop de notions de ça quoi. Je ne sais pas si un enfant de 9-10 ans par exemple ».

Cette **demande** est perçue comme **délicate** et peut être **mal vécue par les parents** : S17 « Ça dépend des parents. Je pense qu'il y en a, ils se braquent très vite [...] il avait dit “ c'est inadmissible. Vous avez pas à demander ça à des mineurs. ” ». Il faut alors l'**annoncer dès le début** pour **préparer les parents et l'enfant** : S2 « les parents se préparent [...] dès le début, l'enfant sait qu'il pourra discuter d'autres choses dont il a envie ».

De plus, un **temps de consultation préalable avec les parents** permet de :

- Vérifier leur **acceptabilité** : S4 « sur une consult des parents eux quand ils viennent pour obésité déjà tâter le terrain sur l'acceptabilité pour aborder le sujet » ;
- Recueillir leur **vécu** : S4 « comment ils le vivent eux » ;
- **Les sensibiliser** : S7 « réussir à l'aborder à chacun, enfant quand le parent, il sent que ça le travaille, qu'il commence à y réfléchir » ;
- **Préparer l'enfant** à la consultation et **limiter le risque de stigmatisation** : S16 « ça évite d'amener l'enfant devant le médecin en mode euh “je t'amène parce que tu as un problème”, et du coup effectivement qu'il se sente stigmatisé à ce niveau-là ».

### (3) Choix du moment pour aborder le sujet

L'annonce peut être **mal vécue** si elle est **abordée trop tôt** dans la consultation : S1 « *Peut-être un peu trop tôt oui et je me suis rendu compte que ça pouvait être malvenu.* », mais il est difficile pour l'interne de trouver le **moment adéquat** : S2 « *et surtout le moment où on aborde le sujet.* ». Certains attendent un **abord spontané** du sujet par les patients : S11 « *l'ado s'il vient pas vers moi, j'oserai pas le lui en parler direct.* ». De même, le moment d'**aborder les complications** potentielles est souvent **repoussé** : S15 (*vis à vis des complications*) « *je me suis caché derrière le "on a dû leur dire"* ». Chez l'**adolescent**, l'**absence d'abord spontané** est perçue comme une **réticence** ou comme un **bon vécu du surpoids** : S11 (*vis-à-vis de l'abord chez l'adolescent*) « *c'est pas que j'oserai pas, c'est que je me dis peut être qu'il veut pas en parler ou que ça lui pose pas de problème.* ».

Certains internes proposent d'aborder le sujet en **fin de consultation** en cas de motif initial différent : S3 « *peut-être que je l'aborderai à la fin en soulevant quelques questions* », d'**amener les parents à ouvrir le dialogue** : S1 « *dire "Qu'est-ce que vous en pensez de ça ?" et amener à ce qu'ils en parlent eux-mêmes* », ou encore d'attendre le moment où l'**enfant prend conscience de son corps** : S8 « *alors que quand ils commencent à prendre conscience des formes etc de leur corps peut-être leur en parler* ».

### (4) Intérêt d'une intervention brève

Une **intervention brève** peut être utile, même en cas de **motif principal différent** : S7 « *souvent les gens viennent pour d'autres motifs, donc au moins pour une micro-intervention au moins le glisser* », ou en tant qu'**intervenant ponctuel** : S14 (*vis-à-vis d'un cas aux urgences pédiatriques*) « *on a juste fait un rappel par rapport à l'alimentation* ». Mais celle-ci peut aussi servir à **se donner bonne conscience** : S7 : « *dans ma conscience c'est bon j'en ai parlé* », et peut ne **pas avoir d'impact** : S7 « *après ils n'ont jamais réagi à ce que j'ai évoqué* ».

### (5) Intérêt d'un interrogatoire type

A la différence d'autres maladies, l'interne **manque d'un interrogatoire précis** : S11 « *j'ai pas dans ma tête comme dans certaines maladies, un interrogatoire précis.* ». Il peut **s'inspirer** de ses stages pour **construire une consultation type** : S4 (*vis à vis d'une consultation avec un maître de stage*) « *mais je vais m'inspirer de ça* », et assurer une certaine

**reproductibilité** tout en l'adaptant à sa vision : S15 « *Je ferais facilement un type de consultation que je reproduirais, qui me plairait.* ».

#### (6) Intérêt d'un contrat avec objectifs définis

Certains internes proposent de prévoir les objectifs sous forme de **contrat établi avec l'enfant** : S7 « *si vraiment tu crées ta, ton schéma de prise en charge avec l'objectif* ».

Ceci permettrait d'**inciter l'enfant** à le respecter : S18 « *Et comme c'était un contrat il se sentait un petit peu soumis au progrès* », de favoriser sa **motivation** : S15 « *des contrats en se disant : "bon on essaie de se revoir dans quelques semaines, je pense que du coup tu pourras mettre en place le sport [...] que t'as voulu faire."* Du coup essayer de le motiver comme ça. », et de l'aider à **se projeter vers l'amélioration** : S18 « *Enfin il se projetait vers le mieux.* ».

#### (7) Déterminants liés au suivi

L'obésité infantile nécessite un **suivi régulier** afin de **favoriser un climat de confiance** et la **transparence de l'enfant** : S13 « *pouvoir le voir régulièrement pour qu'il ait confiance de nous parler et qu'il soit, qu'il nous dise la vérité* », et d'éviter le risque d'**errance de la prise en charge** : S4 « *Qu'on ne reste pas des années et des années avec des enfants sans savoir quoi faire* », le **désinvestissement du médecin** : S7 « *je me suis pas investi à cause de ça* » ou encore de **l'enfant** : S13 « *on le voit que je sais pas, tous les 3 mois, si on lui demande si ça va bien et tout ça, il va dire « Oui oui et tout », alors qu'il y a le poids peut-être qui change pas.* ».

Cependant ce suivi est perçu comme **long** et **chronophage** : S15 (*vis-à-vis de la première pensée de l'interne face à un enfant obèse*) « *Qu'il y a du boulot [rires généraux], qu'il y a beaucoup de choses à revoir et que ça va être un long suivi.* », comme une **contrainte imposée à l'enfant** : S14 « *qu'il soit pas ben le gros qui va toutes les semaines voir le médecin pour voir s'il a bien fait ses efforts* ». Enfin, l'**absence de planification** peut favoriser une **rupture du suivi** : S14 « *Je pense qu'il faut qu'on leur donne le rendez-vous direct, sinon ils reviennent pas* ».

#### (8) Manque de temps et de valorisation

Le **manque de temps de consultation** est un des principaux freins évoqués : S8 « *en médecine générale on n'a pas énormément de temps entre chaque consultation* ». La plupart



des internes **méconnaissent la cotation spécifique CSO** : S8 « *Mais j'ai un doute sur le fait il n'y a pas une cotation sur la prise en charge de l'obésité ?* », mais celle-ci peut **motiver le médecin à s'impliquer** : S10 (*vis à vis de la cotation CSO*) « *46 ça fait presque le double d'une consultation ça peut te motiver à faire des consultations d'une demi-heure* ».

i) Liés à la formation de l'interne

(1) Connaissances théoriques

Les **connaissances théoriques** acquises lors de l'externat sont perçues comme **inintelligibles** : S15 « *Et il y avait cet item, voilà qui était imbuvable* », ou facilement **oubliées** : S5 « *j'étais externe donc ça commence à dater et c'est un peu flou* ». Une **méconnaissance** est évoquée vis à vis de certains points spécifiques tels que l'aspect **socio-familial** : S7 « *dans nos bouquins c'est pas forcément mis en valeur et au final bah là tu te rends compte que t'as pas : toi puis l'enfant, t'as toi puis les parents et l'enfant* » et l'abord de l'**image corporelle** : S14 « *on m'a pas appris et je me suis pas formé [S13 acquiesce] pour aborder ça avec les enfants.* ».

(2) Expériences pratiques

La plupart des internes **manquent d'expérience pratique** : S17 « *Moi j'ai pas trop été confrontée donc c'est vrai que j'ai pas trop de réponses voilà à donner.* ». L'obésité infantile est **peu rencontrée en stage**, particulièrement lors du **Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS)**, mais parfois même lors du stage **Santé de la Femme et de l'Enfant (SFE)** : S8 « *quand j'ai fait mon stage de pédiatrie, je n'en ai pas vu plus que ça finalement.* ». Le gain d'expérience est parfois **limité** par un **rôle d'observateur** : S13 « *je l'ai plus vu faire, j'étais à côté, un peu plus spectateur.* » ou, à l'inverse, une **autonomie trop précoce** : S1 « *Ça a été mal venu une fois quand je l'ai abordé en PNI, parce que j'étais déjà en autonomie* ».

(3) Contenu des cours de DES

L'obésité infantile est **peu abordée** dans les cours du DES : S6 « *Après c'est pas trop abordé, moi je me rappelle même pas du cours* » par rapport à l'**obésité de l'adulte**. Les cours sont **hétérogènes** selon les groupes : S1 « *Puis ça dépend des groupes aussi hein* », certains sont **trop centrés sur des rappels** de connaissances : S4 « *C'est des rappels...* », **ne répondent pas aux attentes** des internes recueillies en début de cours : S1 « *on évoque*

ce dont on aimerait parler, parfois il y a des questions auxquelles le diaporama ne répond pas et du coup on ne répond pas à la question. », ou manquent d'**intervenants spécialisés** : S4 « un médecin généraliste qui nous fait tout le temps un laïus pendant vingt minutes, deux heures et on a pas du tout les intervenants ».

### 3. Pistes d'amélioration évoquées

#### a) Mesures générales

Le développement de **programmes de prévention** pourrait améliorer la prise en charge : S15 « Moi j'aurais dit plus de la prévention, mais en termes de santé publique ou au niveau national. », notamment en **motivait les parents à consulter** : S13 « des annonces qui montrent aux parents plus qu'à leurs enfants qu'ils peuvent être atteints d'obésité, pour qu'ils puissent venir me voir ensuite ». De plus, les **médecins et pédiatres** devraient être **sensibilisés au dépistage**, en veillant à une meilleure **standardisation** : S18 « Mais déjà que, au moins il y ait un truc assez uniforme sur le dépistage. ».

L'amélioration de la **prise en charge pluridisciplinaire** passe par une meilleure **accessibilité** : S13 « des réseaux qui soient faciles d'accès », le développement de **parcours de soin hospitaliers** : S14 « que les parents et les enfants viennent sur des, des hôpitaux de jour comme ça, organisés », de **stages d'éducation thérapeutique** : S10 : « des stages d'éducation thérapeutique complets sur 4 jours » et la généralisation de l'**APA** : S2 (vis-à-vis du déploiement de l'APA) « Ça ce serait trop bien ça ».

Le **développement d'outils** est mis en valeur sous différentes formes, mais ces derniers sont pour la plupart **déjà existants** : à destination du **médecin** S7 « au lieu d'avoir un antibioclac avoir un obésité infantile clic », ou des **patients** : S1 « Il y a la fabrique à menus [...] Ça peut faire les courses sur une semaine ou plus. ».

#### b) Approfondir la formation des internes

Les internes souhaitent une **meilleure intégration** du sujet dans leur **formation** : S6 « c'est [...] tellement important que ça devrait être plus intégré dans notre formation de base », et avoir du **temps alloué** à celle-ci : S11 « avoir du temps pour le faire. ».

La formation idéale pour les internes réunirait plusieurs intervenants :

- Des **pédiatres** : S3 (vis-à-vis des intervenants en formation) « Les pédiatres » ;
- Les intervenants du **RÉPPOP** : S1 « Aussi des intervenants du réseau » ;

- Des **paramédicaux** : S3 « un échange avec des psychologues, des diététiciens, des coachs d'activité physique juste par curiosité pour voir comment ils travaillent. » ;
- Des **enfants obèses** ou leurs **parents** : S2 « des parents d'enfant ou des enfants mais je sais pas si éthiquement ça se fait » ;
- Des **adultes aux antécédents d'obésité infantile** : S5 « Ou des gens qui ont eu, qui ont des antécédents [...] qui a été pris en charge pour son obésité dans l'enfance ».

Le contenu pourrait comprendre :

- Une **formation pratique en consultation** : S2 « Une formation avec, assister à une consultation » ou sous la forme d'**ateliers** : S1 « des ateliers » ;
- Des **misés en situation** : S5 « Des mises en situation ou tu joues, des jeux de rôle » ;
- Des **groupes d'échange de pairs** : S3 « je trouve que faire des petits groupes comme ça entre internes où on parle, ça fait émerger pas mal d'idées » ;
- Des **techniques de communication** : S2 « La communication » ;
- Des **clés pratiques** : S2 « des cours qui donnent des clés pratiques quoi » ;
- Les **points importants** : S4 « les drapeaux rouges, les trucs vraiment phares » ;
- L'**orientation** : S1 « Et pouvoir diriger vers les bonnes personnes » ;
- Les **outils** à disposition : S2 « très vite enchaîner sur euh les outils disponibles ».

Par ailleurs, la formation semble avoir un impact sur la **représentation de l'individu obèse** par l'interne : S14 (en parlant de l'évolution de la vision de l'obésité au cours de l'internat) : « je me suis créée en tout cas une vision de [...] comment est-ce que je devais percevoir et aider les personnes qui sont en surpoids ou en obésité. ».

## C. Le codage matriciel

L'analyse matricielle est disponible en annexe n°11.

La répétition des codes catégoriels est répartie par couleur :

- Jaune clair : < 5, lorsque l'idée est très peu exprimée ;
- Jaune : de 5 à 10, lorsqu'elle est peu exprimée ;
- Orange clair : de 10 à 15, lorsqu'elle est moyennement exprimée ;
- Orange : 15 à 20, lorsqu'elle est souvent exprimée ;
- Rouge : > 20, lorsqu'elle est très souvent exprimée.

## IV. Discussion

### A. Forces et limites

Notre étude présente plusieurs forces.

Tout d'abord, elle s'intéresse à l'obésité infantile et aux internes de médecine générale, un couple qui n'a pas été étudié de cette manière à notre connaissance, et permettant d'avoir un regard plus précoce sur le sujet. En effet, les études similaires s'intéressent principalement aux médecins diplômés.

Nous avons choisi de réaliser des groupes focalisés, ce qui permet de faire interagir des sujets aux profils différents et de faire émerger un panel d'avis divergents. Cette méthodologie est pour nous la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche et celle-ci a suivi les recommandations de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research). Les entretiens ont été réalisés en présentiel, permettant une meilleure analyse du langage non verbal, mais aussi une meilleure interaction entre les sujets. Par ailleurs, nous avons évalué les connaissances des sujets de manière individuelle, afin de mieux cerner leurs profils et de limiter l'influence du groupe sur ces réponses plus factuelles. Une analyse matricielle a été réalisée, permettant de soulever des hypothèses vis-à-vis des facteurs influençant les réponses des sujets.

Par ailleurs, l'intérêt pour la problématique, évalué au sein du questionnaire préalable au groupe focalisé, était globalement fort ( $\geq 7/10$  pour 15 sujets / 5 à 6/10 pour 3 sujets). De plus, nous avons remis un questionnaire de satisfaction à la fin de chaque séance afin d'évaluer l'appréciation et d'adapter l'organisation globale de nos entretiens. La note moyenne est de 9.5/10, ce qui nous a permis de nous conforter dans l'organisation de ces derniers. Enfin, le travail en binôme nous a permis d'analyser les résultats séparément puis en commun, et de trianguler les données avec notre directrice de thèse afin d'augmenter la validité interne de l'étude.

Ce travail présente cependant certaines limites.

Il existe en premier lieu, un biais d'animation, principalement présent lors du premier groupe focalisé, lié à l'influence des questions posées par l'animateur, ainsi qu'un biais d'enquêteur, lié à la formulation trop "fermée" de certaines questions. Ces biais liés notamment à notre manque d'expérience, ont été limités par la suite, en favorisant les questions ouvertes, les silences et en modifiant le guide d'entretien.

Ensuite, il est mis en évidence un biais de sélection. Nous avons choisi de ne pas inclure les internes de première année afin d'obtenir une population plus homogène en

termes de formation (phase d'approfondissement) et d'expérience professionnelle mais au risque de ne pas analyser ce type de profil. De plus, deux sujets n'étaient plus internes depuis moins de 3 mois lors des entretiens du fait d'un décalage des dates des groupes focalisés en raison de la pandémie, mais ces derniers semblent conserver des caractéristiques similaires aux autres. La majorité des entretiens a eu lieu dans les Hautes-Pyrénées, pouvant questionner sur la représentativité de la population étudiée, mais les internes inclus sont originaires de diverses régions et ont réalisé des stages dans différents départements d'Occitanie. Enfin, cette limite est renforcée par le biais de volontariat, les sujets ont choisi de participer à l'étude et nous ne disposons pas des profils et caractéristiques des internes non participants.

D'autre part, les études qualitatives comme la nôtre sont soumises à un biais de déclaration. Les réponses peuvent ne pas correspondre à la réalité vécue, du fait de la difficulté à s'en souvenir, ou être orientées pour correspondre aux normes sociales en vigueur vis-à-vis d'un sujet sensible comme celui-ci.

Un biais de confusion est aussi possible. L'analyse du langage non verbal a parfois été difficile du fait du port du masque lors de certains groupes focalisés. Enfin, le codage matriciel est difficilement interprétable du fait du manque d'effectif de certains profils. Ainsi, cette analyse n'a été utilisée que pour émettre des hypothèses dans la discussion.

## B. Réponses aux objectifs

### 1. Le point de vue de l'interne

#### *L'obésité, l'enfant et ses parents*

D'après l'analyse matricielle, *l'interne semble se construire une représentation précise et parfois erronée du sujet*, même en cas de faible expérience professionnelle ou d'absence de confrontation personnelle. L'obésité infantile est perçue comme un seuil amenant à des complications organiques de manière inéluctable alors que celles-ci ne concernent pas tous les patients. En revanche, *les complications psychologiques ne sont que peu évoquées* alors que l'obésité est connue pour entraîner une souffrance psychologique (2), un risque de désocialisation, d'échec scolaire et une augmentation des conduites à risque (4).

*L'existence d'une prédisposition génétique est globalement occultée* alors qu'elle est systématiquement présente pour le collège national des pédiatres universitaires. Les mauvaises mesures hygiéno-diététiques et la carence d'éducation parentale sont alors

évoquées comme les causes principales, alors qu'elles ne sont en réalité que des facteurs favorisants (2,13).

*L'origine de l'obésité est différente selon l'âge de l'enfant, pour les internes :* environnementale et parentale chez l'enfant prépubère et psychologique chez l'adolescent. Cette notion n'est pas évoquée par le collège de pédiatrie (2), néanmoins la HAS suggère que la prise de poids à la puberté peut être secondaire à "une souffrance dans le rapport à soi et à l'autre qui ne peut être dite par les mots", en lien avec un phénomène d'évitement et de protection (11). D'autre part, l'enfant prépubère est considéré, du fait de son détachement du problème, comme moins impacté par la souffrance psychologique et la stigmatisation d'autrui. Pour le collège de pédiatrie, celles-ci sont présentes de manière variées dès le plus jeune âge (2).

Les internes considèrent alors l'enfant et l'adolescent comme difficiles à cadrer ou en souffrance et ses parents comme inconscients, malhonnêtes ou manquant d'autorité. ***Cette vision négative des individus obèses est fréquente chez les professionnels de santé.*** Dans une étude de A. Bocquier, 30% des sujets considéraient les personnes obèses ou en surpoids comme plus paresseuses et plus complaisantes que celles ayant un IMC normal (14). Il est à noter que cette représentation négative est aussi très présente chez les professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'obésité (15) et que ***les professionnels les moins stigmatisants seraient ceux concernés par un surpoids personnel*** (16). D'après notre analyse matricielle, les internes confrontés à l'obésité infantile dans leur entourage semblent avoir moins de préjugés envers les parents, bien que celle-ci soit difficile à interpréter du fait d'un faible effectif. Un seul interne était confronté personnellement au surpoids, rendant impossible d'évaluer cette notion.

Il en découle la croyance que le "problème" pourrait être facilement solvable et que ***la présence d'un terrain familial est secondaire à un manque d'investissement parental et à la transmission intergénérationnelle d'une mauvaise hygiène de vie.*** En 2020, la Société Française de Nutrition mettait en garde vis-à-vis d'une telle représentation, considérée comme simpliste et en inadéquation avec les connaissances scientifiques (10).

### Quelle prise en charge idéale ?

***Paradoxalement, la prise en charge idéale de l'interne est similaire aux recommandations actuelles.*** Celle-ci est basée sur les choix et la motivation de l'enfant et doit inclure toute la famille (2,4,11). Pour certains auteurs, la thérapie familiale est

indispensable et nécessite une analyse des différents dynamismes de chaque famille afin d'instaurer une prise en charge globale et adaptée (17).

Certains internes *fondent beaucoup d'espoir dans la prévention primaire, bien que celle-ci apparaisse comme inutile voire néfaste* pour le collège de pédiatrie (2). Plusieurs études dont une méta-analyse ont montré l'absence d'efficacité de ces mesures sur l'IMC, et de nombreux paramètres cruciaux comme le bien-être n'ont pas été évalués (18,19). Ainsi, les campagnes de prévention pourraient contribuer à la croyance que l'obésité infantile est causée par une simple mauvaise hygiène de vie, favoriser le développement de troubles du comportement alimentaire chez les enfants non prédisposés (2,20), et augmenter le risque de stigmatisation des enfants et adolescents obèses (21).

### Quel objectif viser ?

Bien que les internes s'accordent à dire que les objectifs doivent être progressifs, modestes et choisis par l'enfant, *les avis divergent sur l'objectif principal à viser* : l'infléchissement staturo-pondéral, la mise en place de bonnes mesures hygiéno-diététiques ou encore le bien-être. Pour la HAS et le CNPU, la perte de poids n'est pas un objectif prioritaire, sauf en cas de complications (2,11,22). Actuellement, l'impact de la prise en charge sur l'IMC est incertain (23) et la focalisation sur cet objectif risque de décourager l'enfant et sa famille. Valoriser le bien-être de l'enfant, tout en encourageant une meilleure hygiène de vie pour la famille, sans se focaliser sur le poids, semble alors plus pertinent et facilite la prise en charge (11,22,24).

*Pour certains internes, la prise en charge est urgente* afin de favoriser l'amélioration de l'IMC pour limiter les complications ultérieures. Cependant, pour P. Tounian, le retard dans la prise en charge de l'obésité durant l'enfance ou son échec ne semblent pas influencer le pronostic pondéral à l'âge adulte (20).

## 2. Réalité de la prise en charge

### Un accès et une organisation hétérogènes

La prise en charge semble déficiente, notamment pour les familles à faible niveau socio-économique ou vivant dans des zones rurales. Mais, *pour certains internes, les difficultés financières sont perçues comme un frein surmontable*. Pourtant, de nombreux auteurs mettent en exergue ces difficultés comme un déterminant majeur. Un rapport de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) souligne d'ailleurs

l'obstacle que représente le coût des aliments dont on souhaite augmenter la consommation comme les fruits et légumes (25). De plus, les programmes d'éducation thérapeutique et l'activité physique sont moins accessibles à certaines ethnies, population à faible niveau socio-économique ou vivant en milieux ruraux, alors que l'obésité infantile est paradoxalement plus fréquente dans ces populations (24–26).

Il ressort qu'il est difficile d'être le seul intervenant dans la prise en charge. Ainsi, *les internes souhaitent s'appuyer sur des centres pluridisciplinaires*, comme recommandé par la HAS, mais, pour certains auteurs, un recours systématique peut créer une rupture du lien thérapeutique et de la relation de confiance avec l'enfant (6). De plus, *les critères d'orientation et l'accès au spécialiste semblent incertains pour les internes*. En 2017, dans une étude portée en Poitou-Charentes, 28% des médecins généralistes interrogés décrivaient manquer de correspondants (27).

L'inclusion de la prise en charge dans un *réseau pluridisciplinaire tel que le RéPPOP apparaît alors comme un soutien important pour l'interne*. De plus, il semble améliorer la prise en charge de manière globale à travers des interventions sur les habitudes de vie et sur la famille (28). En 2019, une réduction de l'IMC faible mais durable était mise en avant par le réseau au niveau national (29). Cependant, *les internes soulignent un manque d'accessibilité et de sensibilisation à ces réseaux*. De façon expérimentale, une intervention est en cours de déploiement dans les Hautes Pyrénées : "Mission : Retrouve ton Cap". Celle-ci propose une prise en charge pluridisciplinaire et gratuite (bilan diététique, psychologique et d'activité physique), pour les enfants de 3 à 8 ans, en surpoids ou présentant un rebond d'adiposité précoce ou un changement de couloir rapide vers le haut. La prise en charge peut se dérouler au sein des maisons de santé pluridisciplinaires afin de soutenir le suivi du médecin traitant et de favoriser l'accessibilité (30). Néanmoins, l'impact réel de cette expérimentation, pilotée initialement par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) des Flandres, est incertain et nécessite des études complémentaires (31,32).

### Difficultés organisationnelles et logistiques

La consultation de médecine générale semble inadaptée et de nombreuses difficultés organisationnelles comme le *manque de temps sont évoquées par les internes* et semblent persister chez le médecin diplômé. D'après une thèse évaluant les pratiques et attentes des médecins généralistes et pédiatres libéraux de Poitou-Charentes, 34% des médecins déclarent manquer de temps de consultation (27). Ce manque de temps et l'absence de consultation dédiée favoriseraient le retard de dépistage et le manque d'aisance des médecins (14).



Comme évoqué lors des groupes focalisés, le guide du parcours de soins de la HAS préconise une consultation initiale par le médecin habituel de l'enfant, longue et dédiée au sujet, avec si besoin deux temps de consultation : avec les parents puis avec l'adolescent ou l'enfant seul. Ce temps de consultation seul doit être évoqué dès le début de la consultation pour préparer l'enfant et ses parents (11,33). Cependant, *l'âge à partir duquel consulter seul avec un enfant est peu consensuel*. Selon la Revue Médicale Suisse, toute consultation avec un adolescent à partir de 10 ans, doit comprendre un temps de consultation seul dont la durée dépendra de certains facteurs (34). Ces derniers peuvent être évalués avant l'âge de 16 ans, par le biais de la Gillick compétence et comprennent : l'âge de l'enfant, sa maturité, ses capacités mentales et de raisonnement et sa compréhension de la problématique et de l'information délivrée (35).

### 3. Le médecin généraliste au centre de la prise en charge

#### Quelle est sa place ?

Sa responsabilité est principalement soulignée dans le dépistage de la maladie. Pourtant, comme le met en avant F. Ronco dans une étude qualitative menée en Picardie, le rôle du médecin généraliste est central et multiple : enquêteur, conseiller familial, éducateur, régulateur, rôle de sensibilisation et d'aiguillage (36), la HAS définit d'ailleurs le médecin généraliste comme le coordinateur du parcours de soins de l'enfant (11).

En 2009, C. Pachot évoquait le sentiment d'incompétence ou d'inefficacité comme un frein à la prise en charge tels que le soulignent les sujets de notre étude (27,37). Pour l'INSERM, *certaines médecins sont "pessimistes quant à l'impact de la prise en charge et manifestent un véritable rejet du problème"* ou se sentent dépassés par l'aspect sociétal de cette problématique (25). Il existe d'ailleurs une association entre le sentiment d'efficacité et l'investissement du médecin dans les actions de prévention (38).

Les internes mettent en lumière une différence entre les générations, et le postulat que *les médecins sont actuellement mieux formés à la prévention et à l'éducation thérapeutique*. En effet, d'après le Baromètre santé médecin et pharmacien de 2003, les médecins se sentent progressivement plus efficaces dans les démarches éducatives depuis 1998. Cependant, une ambivalence est à souligner : *"le sentiment d'efficacité est plus fort pour les domaines à forte composante biomédicale tels que le dépistage des cancers ou l'éducation thérapeutique des patients [...] moins marqué dans le domaine des addictions, qui a une dimension psychologique et sociale perçue comme plus importante."* De plus, les

professionnels de plus de 50 ans évoquent plus souvent que les autres l'inefficacité de la démarche éducative, laissant supposer un manque de sensibilisation à ce sujet (38).

### Alliance thérapeutique et transparence

La relation de confiance est un prérequis à une bonne prise en charge. Pourtant, **les internes doutent parfois de la bonne foi des parents**. Cette situation peut provenir d'un déni ou d'une inconscience parentale selon le collègue d'endocrinologie (4). D'après l'étude britannique EarlyBird, un tiers des mères et plus de la moitié des pères considèrent que leur enfant obèse a une corpulence normale et seulement un quart des parents ont conscience du surpoids de leur enfant (39).

Cela pose la question de la posture du médecin et de ses représentations. Doit-il remettre en cause ou se méfier des dires de ses patients ? Certains évoquent un processus selon lequel le patient doit faire ses preuves par ses actes et sa posture lors des soins (40). Pour d'autres tels que Grob, Darien et Meyers, il semblerait que **faire confiance au patient améliorerait le diagnostic, la satisfaction du médecin, la relation médecin-patient et même l'état de santé du patient** (41).

### Comment aborder la problématique ?

**Les internes mettent en évidence un sentiment d'incompétence**, lié notamment à un manque de techniques de communication. Ils craignent que la discussion autour de l'obésité infantile et notamment le choix des mots employés, puisse blesser l'enfant ou ses parents. Plusieurs auteurs préconisent l'emploi de termes non stigmatisants (7,11), et le collègue d'endocrinologie met en garde sur l'utilisation d'un interrogatoire médical détaillé qui risque d'instaurer une barrière entre le médecin et la famille (4). De plus, les messages délivrés ne doivent pas favoriser une préoccupation exagérée vis-à-vis du poids, de la nutrition ou de la morphologie, ni la croyance que les solutions ne dépendent que de l'enfant, de ses parents ou de leur volonté (11).

**Ces difficultés sont également retrouvées chez les médecins diplômés** comme le souligne l'INSERM (25). Néanmoins, d'après une thèse évaluant les pratiques et attentes des médecins généralistes et pédiatres libéraux de Poitou-Charentes, ces derniers ne présentent pas de difficultés notables lors de l'annonce diagnostique (27).

Certains internes craignent que **l'abord trop fréquent du sujet puisse impacter négativement l'enfant**, quand d'autres souhaitent en discuter systématiquement. En effet, pour certains auteurs, cette répétition pourrait favoriser un sentiment d'échec chez l'enfant

et une impression de décevoir continuellement son entourage et le médecin (6). Cette difficulté est renforcée si le médecin n'est pas connu de l'enfant (11).

Par ailleurs, les difficultés des internes à faire comprendre et prendre conscience du surpoids aux enfants, sont renforcées si ces derniers semblent peu communicants. D'après l'analyse matricielle, *l'impression que l'enfant est en retrait en consultation semble prédominer chez les internes ayant une faible ou moyenne expérience professionnelle*, laissant supposer que cette situation proviendrait d'un manque de compétence de l'interne, comme l'illustre S15 : « *j'avais eu le souci effectivement c'était l'enfant qui était en retrait [S18 acquiesce] et j'arrivais pas vraiment à mettre un contact avec lui [...] avoir un dialogue avec lui, je sais pas.* ».

#### 4. L'enfant et son entourage

##### Âge et maturité de l'enfant

L'âge de l'enfant est considéré comme un des principaux déterminants pour l'interne. Comme évoqué précédemment, l'adolescent semble plus vulnérable psychologiquement, mais il est perçu comme moins dépendant de ses parents et plus conscient de son poids. Pour le collègue de pédiatrie, *la prise en charge est complexe "si l'enfant n'est pas motivé, soit par choix personnel, soit par l'immaturité liée à son âge"* (2). Ainsi l'évaluation de cette maturité, plus que l'âge (35), permettrait de débiter la prise en charge plus tard lorsque l'enfant est prêt (20).

##### Quelle est la place des parents ?

*Les parents sont, pour certains internes, le déterminant principal*, notamment du fait de leur attitude en consultation, ou encore de leur investissement ou compréhension. Cette difficulté est retrouvée de manière similaire dans plusieurs travaux (27,36) et perçue comme une véritable "résistance" à la prévention pour les médecins généralistes selon le Baromètre santé médecins/pharmaciens, *devant le manque de temps et le manque de formation* (38). Par ailleurs, P. Robinet a évalué les obstacles à la prise en charge de l'obésité infantile auprès de familles défavorisées. Le découragement et le manque de soutien familial sont apparus comme les deux premiers freins, suivis de la méconnaissance des parents et en dernier des difficultés économiques (42).

Par ailleurs, les internes semblent accorder une importance à *la notion de responsabilité des parents et à la nécessité de les y sensibiliser, parfois malgré une phase*

*de culpabilisation*. Au contraire, certains insistent sur la nécessité de déculpabiliser. Pour l'INPES, il ne faut pas considérer que "tout vient des parents et/ou de l'enfant" afin d'adopter plus facilement une "posture empathique et déculpabilisante" (22).

## 5. Impact des représentations

### Préjugés et stigmatisation

Ainsi, *la représentation que l'interne se construit de l'obésité infantile, de l'enfant et de sa famille est un des principaux facteurs influençant la prise en charge*. Les préjugés remplissent parfois tous ses tiroirs, et peuvent altérer son objectivité, l'interprétation des réactions du patient, limiter son empathie et son propre investissement.

La vision de l'interne peut biaiser son interprétation, notamment en cas de présence d'une obésité familiale, parfois perçue comme la traduction de parents inconscients. Après la fin d'un groupe focalisé, un interne nous a confié qu'il lui était *difficile de ne pas percevoir les familles obèses comme désinvesties de toutes leurs prises en charge médicales*, limitant alors sa volonté de les suivre. D'après SJ. Pont, R. Puhl, SR. Cook et W. Slusser, les professionnels de santé associent fréquemment l'obésité à la fainéantise, au manque de self-contrôle et à des capacités intellectuelles diminuées, et auraient tendance à diminuer le temps de consultation, à limiter les actes de prévention et à engager moins de discussion avec ces patients (7). Cependant, la stigmatisation est peu constatée par l'interne dans le milieu médical et à moindre mesure chez l'enfant prépubère. Paradoxalement, *l'aspect physique de l'enfant semble avoir un impact sur l'interne*. Certains perçoivent l'enfant comme plus vieux que son âge ou peuvent être choqués par son image corporelle.

*Les internes évoquent l'impact de la stigmatisation retrouvée dans les médias*. En effet, celle-ci peut être à l'origine d'une dévalorisation de l'image corporelle, de troubles des conduites alimentaires et d'un isolement social avec esquive des soins. Pour lutter contre cela, le quatrième Programme National Nutrition Santé (PNNS) a pour objectif de promouvoir une plus grande diversité d'images corporelles afin de favoriser l'inclusivité des individus obèses (9). Néanmoins, *certaines internes se questionnent sur le risque que cette inclusivité puisse banaliser l'obésité infantile*. Le "Body Positive", mouvement datant des années 1960 et prônant une meilleure inclusivité et variété d'image corporelle se développe depuis plusieurs années sur les réseaux sociaux. Certains auteurs soulignent qu'il peut paradoxalement renforcer plus que diminuer la préoccupation sociétale pour l'image corporelle (43,44). De plus, certains comptes d'"influenceurs", du fait d'enjeux financiers,

n'incluent pas toutes les variétés d'images corporelles et semblent dévier de leur volonté initiale vers des idéaux physiques plus standards et moins inclusifs (45).

Enfin, *la stigmatisation est particulièrement évoquée dans le cadre familial, scolaire et sociétal*. Dans le milieu familial, elle est fréquente et peut avoir un impact à long terme même à l'âge adulte (46). Dans une étude réalisée auprès d'adolescents, 37% des sujets avaient été victimes de stigmatisation de la part d'un parent (7,47). De plus, une étude a mis en lumière que les enfants de six ans décrivaient la silhouette des enfants obèses avec des termes tels que "paresseux", "sale", "stupide", "laid", "menteur" et "tricheur", et ce bien plus qu'en voyant d'autres silhouettes (8).

### Responsabilité sociétale

Comme évoqué par les internes, *l'image négative de l'individu obèse semble être un fait de société*. De plus, comme évoqué par un des sujets, l'évolution de la qualité de l'alimentation actuelle favorise un environnement obésogène. Un article du Lancet pointe du doigt cet environnement ainsi que les intérêts financiers des grandes firmes à promouvoir la consommation d'aliments riches en calories et pauvres nutritionnellement aux Etats Unis (48). Comme évoqué par le PNNS, *les enfants et adolescents sont exposés à un marketing alimentaire les incitant à consommer des aliments inadaptés* (9). Cette notion était déjà évoquée dans la thèse de P. Robinet qui cite la pédiatre M.L Frelut (2001) : « En France, l'enfant voit en moyenne 10 000 publicités par an pour de la nourriture dont 95% sont des fast-food, des bonbons, des céréales et des boissons sucrées » (42).

## 6. Le médecin généraliste, éternel étudiant ?

### Un manque de connaissances théoriques ?

Après analyse des questionnaires remis aux sujets, il nous semble que ces derniers ont des *connaissances floues et hétérogènes vis-à-vis de l'obésité infantile*.

En effet, la *prévalence est souvent mal estimée*, l'origine génétique n'est jamais considérée comme une cause de l'obésité et n'est pas systématiquement évoquée dans l'histoire naturelle ou dans les facteurs favorisants.

Les *complications potentielles semblent méconnues* pour certains sujets et le retentissement psychologique n'est pas toujours pris en compte.

La *prise en charge manque de clarté* et l'accompagnement psychologique, l'implication de la famille, l'éducation thérapeutique, le choix de l'enfant et l'absence de

jugement ne sont pas toujours évoqués. Enfin certains internes *méconnaissent les aides et réseaux locaux et régionaux*, notamment le RéPPOP.

### Rôle de la formation

Enfin, la formation apparaît logiquement comme un des facteurs clés. Les internes décrivent certaines méconnaissances théoriques développées précédemment et *considèrent que l'obésité infantile est peu évoquée* lors du DES de médecine générale. De plus, le *manque de formation pratique* apparaît de manière quasi unanime. Les stages, notamment de SFE, sont hétérogènes et les internes semblent très peu confrontés à l'obésité infantile. En 2017, L. Vimeux montrait que les médecins ayant reçu une formation spécifique sont plus enclins à dépister, utiliser les courbes comme outil pédagogique, se sentent plus autonomes dans la prise en charge et se rapprochent des recommandations de la HAS (27).

Au vu des déterminants précédents, nous nous sommes interrogés sur un *potentiel manque de savoir-être de l'interne*. Il lui semble difficile de percevoir l'enfant obèse et sa famille comme des personnes avec leur individualité et leur parcours propre sans les ranger dans la case "obésité", et ainsi ne pas se laisser envahir par ses propres représentations. *L'interne se sent ainsi isolé face à une problématique qu'il ne connaît pas*, autour duquel il s'est construit une représentation stéréotypée, pouvant ainsi l'amener à négliger la prise en charge par découragement ou par peur de nuire. Ainsi, certains internes ont une certaine réflexivité sur leur propre perception, comme l'illustre S11 : « *C'était ça qui m'avait choqué. Que j'avais été choqué de son apparence, voilà. J'aurais pas dû quoi.* ».

## 7. Pistes d'amélioration évoquées

*L'intérêt d'une formation spécifique* étant démontré (27), c'est l'axe qui semble être la piste d'amélioration la plus importante. La formation de l'interne sur ce sujet pourrait être adaptée à l'image de certains cours existants. Elle pourrait s'axer sur du savoir-faire, à travers la participation de *multiples intervenants et l'acquisition de clés pratiques*, mais surtout sur du savoir-être, à travers un *travail sur les représentations, les techniques de communication, des mises en situation réalistes et la participation à de véritables consultations* pour obésité infantile. L'importance de l'utilisation d'ateliers ou de jeux de rôles est mise en avant par l'INSERM (25). De plus l'INPES propose une fiche d'outils d'aide à la communication pouvant apporter une aide complémentaire (22). Enfin, pour G. Bloy, les stages d'internat permettent que "la crainte que les patients fassent le frais de l'inexpérience s'éloigne" et ainsi améliorer la crédibilité et légitimité de l'interne (49). Par

ailleurs, le RéPPOP, de par sa place dans l'accompagnement des enfants obèses, pourrait jouer un rôle de formation et de sensibilisation auprès des internes de médecine générale.

*Les outils souhaités par les internes sont pour beaucoup déjà existants* par le biais de différentes ressources : obélic.fr, INPES, La fabrique à menus... L'accès à ces outils pourrait être développé au cours de la formation.

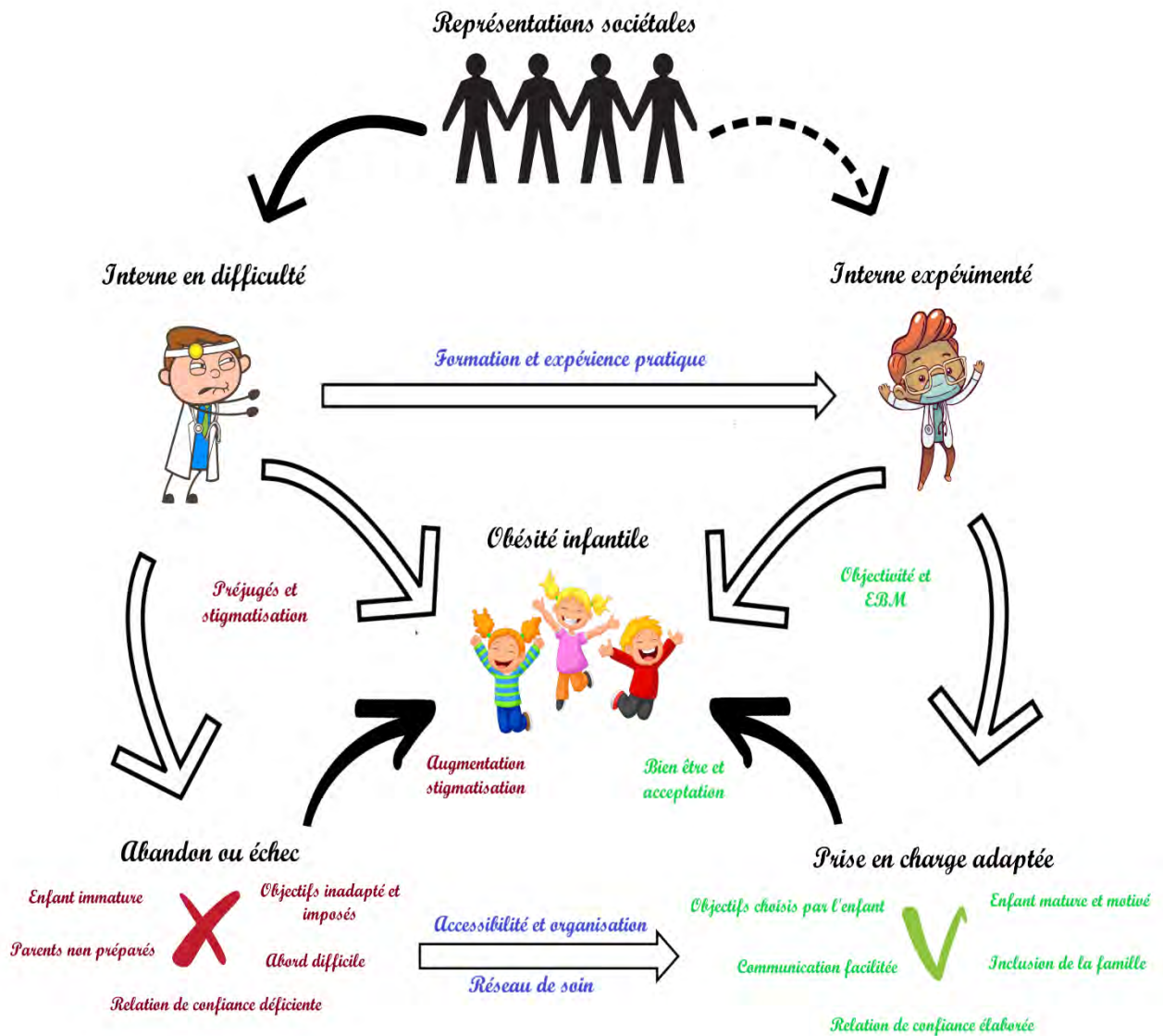
Enfin, l'accessibilité globale de la prise en charge ainsi que la réduction du marketing alimentaire sont des mesures importantes qui semblent être valorisées progressivement par les PNNS (9).

## C. Ouvertures

Au vu de ces résultats et *à l'ère de l'Evidence Based Medicine, il nous semble indispensable que la prise en charge de l'obésité infantile fasse écho aux connaissances scientifiques actuelles et que l'influence des représentations sociétales et personnelles soit limitée*, tel que le préconise la Société Française de Nutrition (10).

*Doit-on considérer l'obésité infantile comme une évolution sociétale ou comme un réel problème de santé publique ?* D'une part, elle semble avoir de réelles conséquences, augmentant significativement la morbi-mortalité et le risque cardiovasculaire à l'âge adulte. D'autre part, il semble aujourd'hui difficile d'agir sur la prédisposition génétique de ces enfants et la prise en charge actuelle basée sur les mesures hygiéno-diététiques est très peu efficace sur l'IMC. Faut-il valoriser la mise en place d'une bonne hygiène de vie auprès de tous nos patients et au niveau sociétal, sans se focaliser sur la perte pondérale ? Faut-il, comme le proposent certains auteurs, s'intéresser au développement de traitements médicamenteux et de thérapies géniques (50) ? Ou encore remanier la société elle-même, comme l'évoque P. Robinet : "L'enjeu est de lutter contre les habitudes d'une société génératrice d'obésité" (42) ?

D. Schéma synoptique





## V. Conclusion

L'obésité infantile est un sujet de santé publique toujours d'actualité. Le médecin généraliste y est **confronté durant toute sa carrière** y compris lors de sa formation initiale durant laquelle il découvre cette problématique et la conceptualise.

Notre travail a porté sur les **principaux déterminants** de la prise en charge ainsi que sur les représentations et les éventuelles pistes d'amélioration, du point de vue de l'interne. L'évaluation de ces paramètres s'est faite au moyen de groupes focalisés, réalisés auprès d'internes en phase d'approfondissement.

L'**interne de médecine générale**, futur médecin diplômé se trouve déjà **au centre de cette problématique**. Il découvre la réalité d'une prise en charge complexe, hétérogène pour laquelle la **consultation "classique" semble inadaptée**.

Son rôle voire sa légitimité lui sont incertains et il se heurte à la **difficulté d'élaborer une relation de confiance tripartite**.

L'enfant, principal acteur de sa santé, influence directement la prise en charge du fait de son investissement et de sa maturité. Son **environnement social et culturel joue un rôle déterminant** tout comme ses parents, perçus par certains comme l'obstacle premier.

L'interne est **très influencé par les représentations** qu'il se construit de l'enfant obèse et de sa famille. **L'origine même de l'obésité fait le fruit d'une interprétation erronée**. Il en découle des difficultés à comprendre les obstacles de ses patients et à rester objectif. Ainsi, certains internes se sentent incompetents et **se désinvestissent par crainte de nuire**.

Il apparaît clairement que l'interne manque de connaissances scientifiques et d'expérience pratique. **L'acquisition de savoir-faire et de savoir-être est alors cruciale** afin que l'interne développe une plus grande réflexivité et limite ainsi l'impact de ses représentations, à l'ère de l'EBM.

Cette problématique s'inclut dans un **phénomène de société**. Celle-ci favorise un environnement obésogène tout en stigmatisant les individus obèses à différents niveaux. Il nous semble qu'un changement de paradigme est nécessaire afin de mettre en avant une plus grande diversité d'images corporelles et d'**inclure les individus aux "corps gros"** sans que ces derniers ne soient systématiquement considérés comme "malades".

Vu  
Toulouse le 30/05/2022  
Le Président du Jury  
Professeur Pierre MESTRE  
Médecine Générale

Toulouse, le 02/06/22  
Vu, permis d'imprimer  
Par délégation, la Vice Doyenne  
de la Faculté de Santé  
Directrice du Département de Médecine,  
Maïeutique et Paramédical  
Professeure Odile RAUZY

## VI. Références bibliographiques

1. OMS, Organisation mondiale de la santé - Obésité et surpoids [Internet]. 2020 [cité 2 déc 2020]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Benoist G, Bourrillon A, Delacourt C, Gras-Le Guen. Item 253 - Obésité de l'enfant et de l'adulte. In : Le référentiel des Collèges de Pédiatrie. 8ème édition. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier-Masson; p. 188-95.
3. Santé Publique France. Etude ESTEBAN 2014-2016 – Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte [Internet]. [cité 19 sept 2021]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte>
4. Polycopié des enseignants en endocrinologie, diabète et maladies métaboliques, Société Française d'Endocrinologie, UE8-OT-Item 251 Obésité de l'enfant [Internet]. 2015 [cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.sfendocrino.org/item-ue8-ot-251-obesite-de-lenfant/>
5. Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith PR, Shipman SA. Screening and Interventions for Childhood Overweight : A Summary of Evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 1 juill 2005;116(1):e125-44.
6. Oderda L, Tounian P. Les complications psychologiques de l'obésité infantile [Internet]. [cité 26 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/814850/article/les-complications-psychologiques-de-l-obesite-infa>
7. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. déc 2017;140(6).
8. Staffieri JR. A study of social stereotype of body image in children. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1967;7(1, Pt.1):101-4.
9. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. PNNS, Programme national nutrition santé 2019-2023 [Internet]. 2019 [cité 3 juill 2020]. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4\\_2019-2023.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf)
10. Société Française de Nutrition, Plaidoyer concernant la stigmatisation des personnes Obèses [Internet]. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur : <https://sf-nutrition.fr/2020/03/06/plaidoyer-concernant-la-stigmatisation-des-personnes-obeses/>
11. HAS. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) [Internet]. 2022. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p\\_3320577](https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3320577)
12. Obéclic [Internet]. [cité 19 mai 2022]. Disponible sur: <http://obeclif.fr/>
13. Tounian P. Programming towards Childhood Obesity. *Annals of Nutrition & Metabolism*. 2011;58(Suppl. 2):30-41.

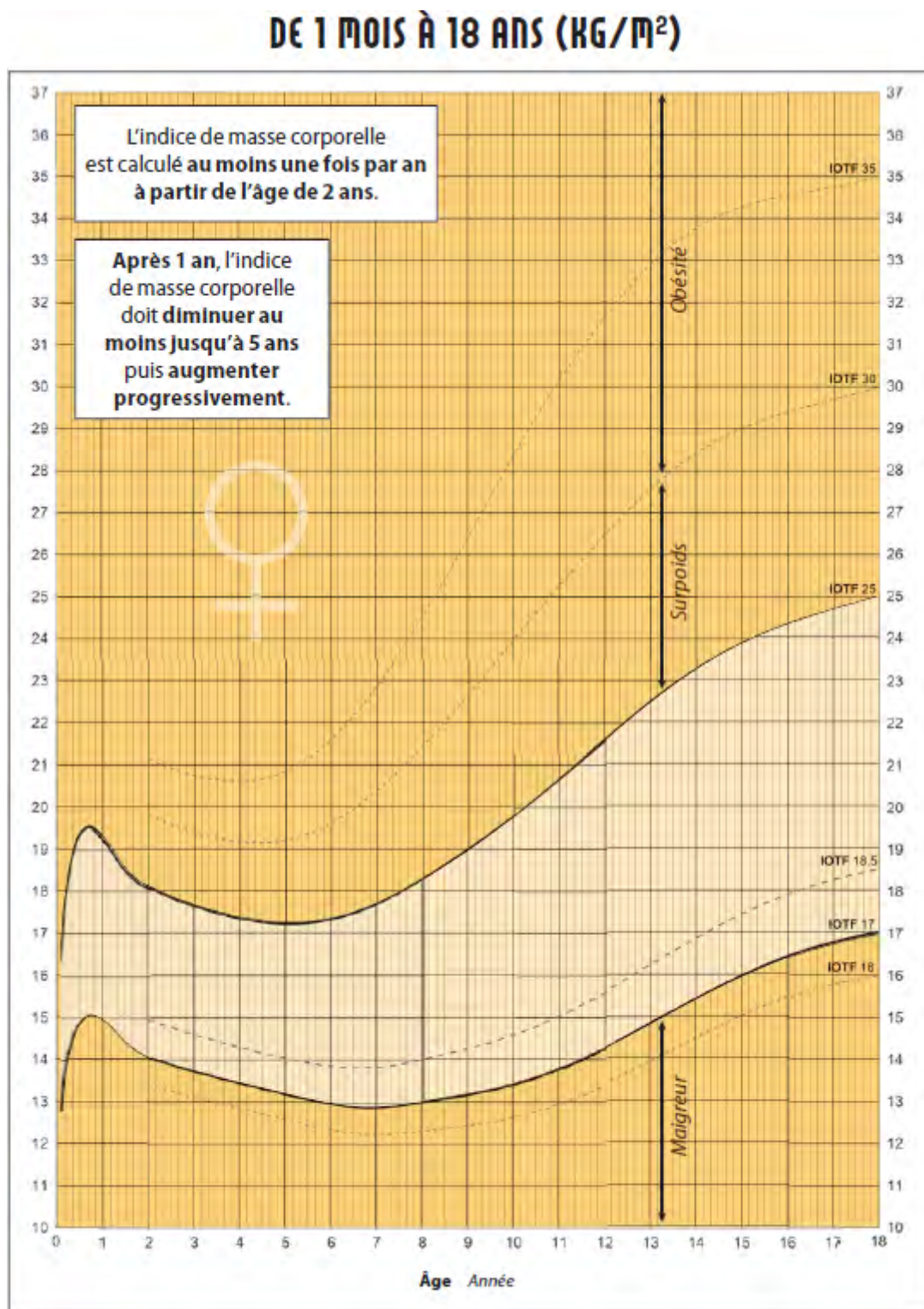
14. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and Obesity : Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France. *Obesity Research*. 2005;13(4):787-95.
15. Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obesity Research*. 2003;11(9):1033-9.
16. Zhu D, Norman IJ, While AE. The relationship between health professionals' weight status and attitudes towards weight management: a systematic review. *Obesity Reviews*. 2011;12(5):e324-37.
17. Skelton J, Buehler C, Irby M, Grzywacz J. Where are family theories in family-based obesity treatment ? : Conceptualizing the study of families in pediatric weight management. *Int J Obes (Lond)*. juill 2012;36(7):891-900.
18. Kamath CC, Vickers KS, Ehrlich A, McGovern L, Johnson J, Singhal V, et al. Behavioral Interventions to Prevent Childhood Obesity : A Systematic Review and Metaanalyses of Randomized Trials. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 1 déc 2008;93(12):4606-15.
19. Brown T, Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obesity Reviews*. 2009;10(1):110-41.
20. Tounian P. Résultats des traitements curatifs et préventifs actuels de l'obésité de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*. 1 juin 2010;17(6):656-7.
21. Collège National des Pédiatre Universitaires, Prévention primaire par la nutrition - Modifications thérapeutiques du mode de vie [Internet]. [cité 26 avr 2022]. Disponible sur : [http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/obesite\\_enfant/site/html/4.html](http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/obesite_enfant/site/html/4.html)
22. INPES. Surpoids de l'enfant, le dépister et en parler précocément [Internet]. 2011 [cité 12 févr 2022]. Disponible sur : [https://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/inpes\\_surpoids\\_enfant\\_depister\\_parler\\_precocement.pdf](https://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/inpes_surpoids_enfant_depister_parler_precocement.pdf)
23. Seema K, Aaron S K. Review of Childhood Obesity : From epidemiology, etiology, and comorbidities to clinical assessment and treatment. *Mayo Clinic Proceedings*. 1 févr 2017;92(2):251-65.
24. Brown CL, Perrin EM. Obesity Prevention and Treatment in Primary Care. *Academic Pediatrics*. 1 sept 2018;18(7):736-45.
25. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Centre d'expertise collective, France, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Obésité : bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge [Internet]. Paris: Editions INSERM; 2006 [cité 28 avr 2022]. Disponible sur : <http://ist.inserm.fr/basisrapports/obesite2006.html>
26. Murphy L, Demaio AR. Understanding and removing barriers to physical activity: one key in addressing child obesity. *Br J Sports Med*. 1 oct 2018;52(20):1284-5.

27. Vimeux L. Pratiques et attentes des médecins généralistes et pédiatres libéraux de Poitou-Charente concernant le diagnostic et la prise en charge de l'obésité pédiatrique. [Thèse d'exercice de médecine générale] Université Bordeaux 2 ; 2017.
28. Carriere C, Cabaussel C, Bader C, Barberger-Gateau P, Barat P, Thibault H. Multidisciplinary care management has a positive effect on paediatric obesity and social and individual factors are associated with better outcomes. *Acta Paediatrica*. nov 2016;105(11):e536-42.
29. Carriere C, Thibault H, Barat P, Guemazi-Kheffi F, Mellouet-Fort B, Ancillon L, et al. Short-term and long-term positive outcomes of the multidisciplinary care implemented by the French health networks for the prevention and care of paediatric overweight and obesity. *Pediatric Obesity*. août 2019;14(8):e12522.
30. CPAM - Prévention de l'obésité de l'enfant de 3 à 8 ans. Dispositif Mission Retrouve Ton Cap - Fiche de présentation [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/fiche\\_presentation\\_retrouve\\_ton\\_cap-cpam93\\_0.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/fiche_presentation_retrouve_ton_cap-cpam93_0.pdf)
31. APESAL. Expérimentation « Mission : Retrouve ton cap » [Internet]. APESAL. 2018 [cité 10 mai 2022]. Disponible sur : <https://apesal.fr/experimentation-mission-retrouve-ton-cap/>
32. CPAM, Evaluation de l'expérimentation Mission : Retrouve ton cap [Internet]. 2020 [cité 2 mai 2022]. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/evalmrtc\\_annexe\\_1\\_protocoleevaluation.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/evalmrtc_annexe_1_protocoleevaluation.pdf)
33. Jacquin P. Les parents de l'adolescent en consultation de pédiatrie : « deux temps, trois mouvements ». *Archives de Pédiatrie*. juin 2006;13(6):743-5.
34. *Revue Médicale Suisse* - La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-161/la-consultation-avec-un-adolescent-quel-cadre-proposer>
35. Griffith R. What is Gillick competence ? *Hum Vaccin Immunother*. 30 nov 2015;12(1):244-7.
36. Ronco F. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile [Thèse d'exercice de médecine]. Université Picardie Jules Verne; 2015.
37. Pachot C. Evaluation du dépistage et de la prise en charge de l'obésité de l'enfant par les médecins généralistes libéraux en milieu rural de l'aire urbaine de Paris. [Paris]: Paris Diderot; 2009.
38. Gautier A. Baromètre santé médecins-pharmaciens 2003. Saint-Denis: Editions INPES; 2007. 269 p.
39. Jeffery AN, Voss LD, Metcalf BS, Alba S, Wilkin TJ. Parents' awareness of overweight in themselves and their children : cross sectional study within a cohort (EarlyBird 21). *BMJ*. 1 janv 2005;330(7481):23-4.
40. Haberey-Knuessi V, Obertelli P. La relation soignant-malade face au risque de la confiance. *Sociologies pratiques*. 27 nov 2017;35(2):107-17.

41. Grob R, Darien G, Meyers D. Why physicians should trust in patients. *JAMA*. 9 avr 2019;321(14):1347.
42. Robinet P. Obstacles au traitement de l'obésité infantile, enquête auprès des familles défavorisées. [Thèse d'exercice de médecine]. Faculté de médecine de Grenoble; 2012.
43. #bodypositivity : A content analysis of body positive accounts on Instagram. *Body Image*. 1 juin 2019;29:47-57.
44. Fat is fashionable and fit : A comparative content analysis of Fatspiration and Health at Every Size® Instagram images. *Body Image*. 1 sept 2017;22:53-64.
45. Cwynar-Horta J. The commodification of the body positive movement on Instagram. *Stream: Interdisciplinary Journal of Communication*. 31 déc 2016;8(2):36-56.
46. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB, Brownell KD. Weight stigmatization and bias reduction : perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research*. 1 avr 2008;23(2):347-58.
47. Puhl RM, Peterson JL, Luedicke J. Weight-Based Victimization: Bullying Experiences of Weight Loss Treatment-Seeking Youth. *Pediatrics*. 1 janv 2013;131(1):e1-9.
48. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity : public-health crisis, common sense cure. *Lancet*. 10 août 2002;360(9331):473-82.
49. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels chez le praticien - le cas du stage chez le praticien. *Revue française des affaires sociales*. 2005;(1):101-25.
50. L'obésité de l'enfant : une maladie qui met en jeu le pronostic vital. *Archives de Pédiatrie*. 1 janv 2001;8(1):7-10.

## Annexes

### Annexe n°1 : Courbe de corpulence des filles de 1 mois à 18 ans (issue du carnet de santé français version 2022)

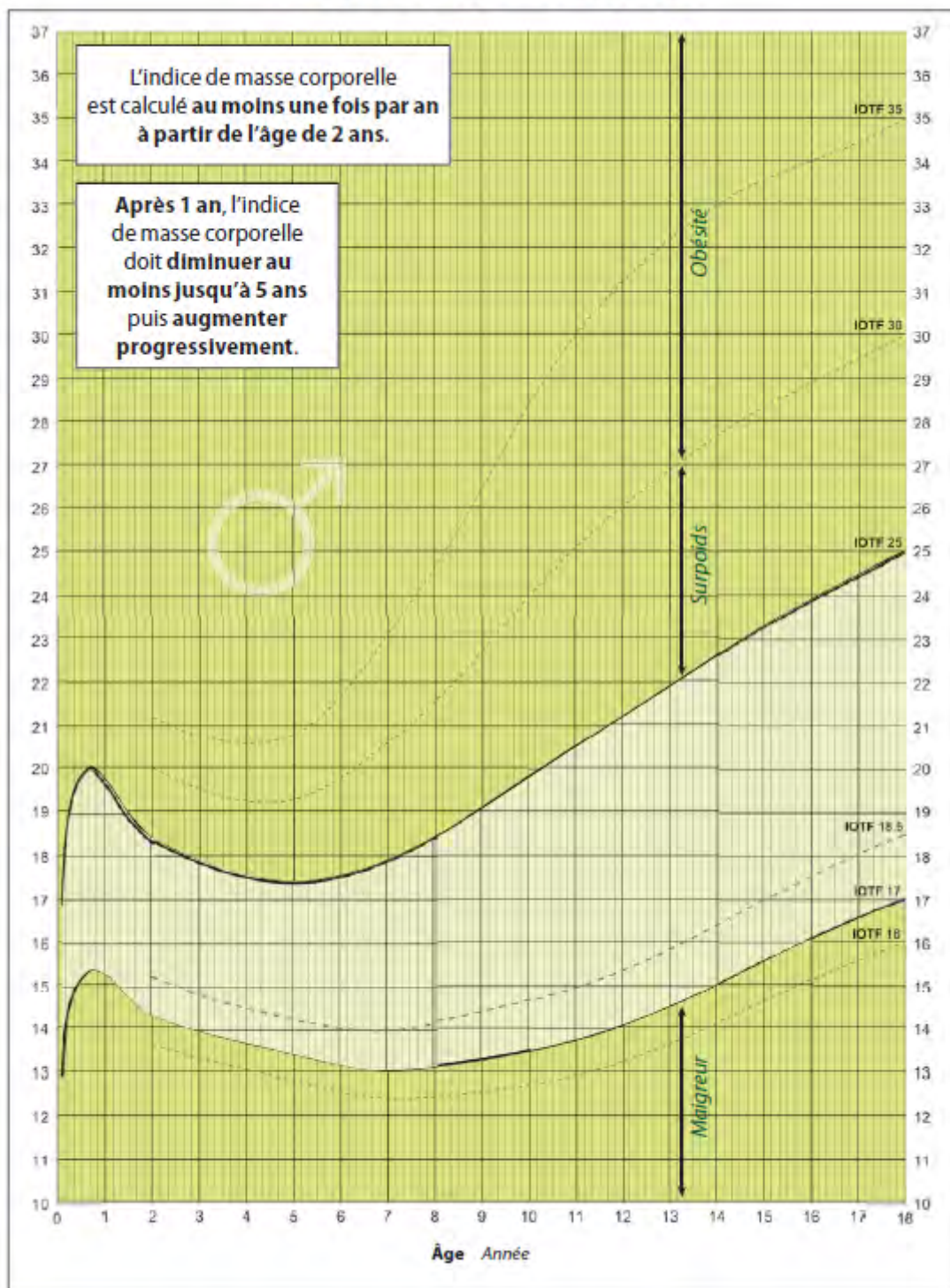


**Après 2 ans :** courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. *Pediatric Obesity* 2012.

**Avant 2 ans :** courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2 500 g suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.

**Annexe n°2 : Courbe de corpulence des garçons de 1 mois à 18 ans (issue du carnet de santé français version 2022)**

### DE 1 MOIS À 18 ANS (KG/M<sup>2</sup>)



**Après 2 ans :** courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. *Pediatric Obesity* 2012.

**Avant 2 ans :** courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2 500 g suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.

### Annexe n°3 : Talon social et questionnaire de connaissances

Nom :                      Prénom :

Caractéristiques :

- Âge :
- Genre :
- Situation familiale :
- Catégories socioprofessionnelles des parents :
  - 
  -
  
- Nombre de semestres validés :
- Faculté d'origine :
- Comment avez-vous été formé personnellement au sujet de l'obésité infantile ?  
(DU, FMC...)
  - 
  -
  
- Expériences professionnelles en lien avec ce sujet :
  - 
  -
  
- Avez-vous été confronté personnellement au surpoids ou à l'obésité ?  
Si oui :
  - Vous même :
  - Votre entourage :
  
- Quel est votre intérêt pour le sujet de 0 à 10 (0 : très peu d'intérêt / 10 : intérêt important) :



### Annexe n°3 : Talon social et questionnaire de connaissances (suite)

Connaissances générales vis-à-vis de l'obésité infantile (citez 1 à 5 mots clefs pour répondre aux questions) :

- Quelle est selon vous l'histoire naturelle de la maladie ?
  - 
  -
- Quelle est la prévalence de l'obésité infantile en France et sa tendance évolutive ?
- Quelle est pour vous la principale cause d'obésité infantile commune ?
- Citez des facteurs favorisant ou aggravant cette pathologie :
  - 
  -
- Comment posez-vous le diagnostic en pratique ?
  - 
  -
- Quelles sont les principales conséquences et complications de cette pathologie ?
  - 
  -
- Quels sont les grands principes de prise en charge selon vous ?
  - 
  -
- Connaissez-vous des structures, des outils ou des aides disponibles pour faciliter la prise en charge de l'obésité infantile ?
  - 
  -

## Annexe n°4 : Exemple de mail de recrutement envoyé aux internes du GPP de Tarbes

Chers co-internes,  
Bienvenu dans *tel département* !

Avec Valentin Soen, **nous avons besoin de vous** !

Nous sommes tous les deux internes en 3e année de médecine générale et terminons donc notre internat dans quelques semaines.

Nous réalisons notre travail de thèse sur le **point de vue des internes** de médecine générale vis à vis de la prise en charge de l'**obésité infantile**.

Pour ce faire, nous vous invitons à vous joindre à nous le temps d'une soirée afin de réaliser un groupe focalisé.

Kesako ?

Il s'agit simplement de vous réunir avec nous en **petits groupes** de 4 à 6 internes pour discuter du sujet et **recueillir vos attentes** et votre avis sur différentes questions.

Tout le monde pourra participer de manière relâchée et sans **aucun jugement**.

Nous vous proposons de vous retrouver à partir de *tel mois*, en début de soirée sur *telle ville* en fonction de ce qui vous arrange.

Vos réponses seront bien entendu anonymisées.

A la fin du groupe focalisé vous pourrez bien entendu vous sustenter auprès d'un **apéro dinatoire de qualité** (les précédents internes en redemandent encore) !

Merci de répondre à ce mail pour nous indiquer si vous souhaitez ou ne souhaitez pas participer à notre étude.

**On compte sur vous !**

Sans votre aide, notre thèse ne peut malheureusement aboutir !

A bientôt,

Alexandre et Valentin.

## Annexe n°5 : Formulaire de consentement



### Formulaire d'information et de consentement

Nous réalisons un travail de recherche, encadré par le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse, qui a pour objectif d'explorer le point de vue des internes de médecine générale d'Occitanie, concernant la prise en charge de l'obésité infantile.

Nous souhaitons, au décours de cette étude, dégager des pistes de réflexion pour répondre au mieux à cette problématique et aux difficultés que peuvent éprouver les internes de médecine générale face à celle-ci.

Pour mener à bien ce projet, nous réalisons des groupes focalisés auxquels participent 4 à 6 internes de médecine générale. La durée est variable, jusqu'à environ une heure et demie. Il est réalisé dans un lieu adapté, par les deux chercheurs, Valentin SOEN et Alexandre VERGES. Il est enregistré à l'aide d'un dictaphone pour être retranscrit fidèlement puis analysé.

Afin de préserver votre identité et la confidentialité des informations que vous partagez, tous les entretiens recueillis au cours de ce travail de recherche sont anonymisés. Aucune personne extérieure à l'étude ne peut avoir accès aux enregistrements et les extraits mentionnés lors de sa rédaction ne permettront pas de vous identifier.

Votre participation est volontaire, vous êtes libres d'y mettre fin à tout moment.

Vous serez informé, si vous le souhaitez, des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant.

Nous vous remercions par avance de l'intérêt que vous portez à notre projet.

### Consentement libre et éclairé

Je déclare avoir lu et compris le présent formulaire.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Fait à

Le

Nom :

Prénom :

Signature :

### Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et à vous informer de tout élément susceptible de modifier la nature de votre consentement.

### Déclaration des conflits d'intérêts

Les chercheurs Valentin SOEN et Alexandre VERGES déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt pour ce projet de recherche.

Fait à

Le

SOEN Valentin

VERGES Alexandre

## Annexe n°6 : Guide d'entretien première version

### Introduction

Merci à tous de votre participation, sans laquelle cette étude ne pourrait aboutir.

Cette étude porte sur le thème de la prise en charge de l'obésité infantile en soins premiers.

Celle-ci est menée dans la région Occitanie, auprès des internes en médecine générale de 2èmes et 3èmes années.

Nous cherchons à appréhender les freins que vous rencontrez en consultation, à recueillir vos représentations, et à déterminer les aides et actions requises.

Le focus group est un brainstorming autour de plusieurs grandes questions.

C'est un échange d'idées, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous souhaitons simplement recueillir votre avis et votre expérience sur ce sujet.

Nous insistons sur l'importance du principe de non-jugement, de notre part et entre vous.

Il est crucial que tout le monde puisse participer et apporter son ressenti.

Le but est de recueillir un éventail d'idées potentiellement divergentes et non pas d'obtenir un consensus.

Il nous est nécessaire d'enregistrer le débat et de prendre en note les informations.

Les données seront toutes anonymisées.

Il vous est possible à tout moment de décider de sortir de l'étude.

En tant qu'animateur, je suis garant du cadre

- J'interviendrai afin de permettre de respecter le temps de parole et les idées de chacun.
- Si jamais nous nous écartons du sujet de la rencontre, je me permettrai de vous couper et de recentrer le débat.

En tant qu'observateur :

- Je m'assure du recueil des données pendant le débat.
- J'apporterai une synthèse de ces dernières à la fin du focus group.

D'autres internes sont susceptibles de participer à cette étude. Nous vous demandons de ne pas communiquer avec vos connaissances au sujet de ce focus group avant que cette étude ne soit terminée pour ne pas entraîner de biais.

## Annexe n°6 : Guide d'entretien première version (suite)

### Informations générales

“Merci de vous présenter à tour de rôle, en précisant votre département ou région d'origine, votre semestre actuel ainsi que le stage dans lequel vous exercez actuellement”

**Vous souvenez-vous de la dernière consultation où vous vous êtes retrouvé confronté à la problématique de l'obésité infantile ?**

### Intérêt et représentations

**Que vous évoque généralement la première rencontre face à un enfant obèse ou en surpoids ?**

#### Relances :

- Que représente l'obésité infantile pour vous ?
- Quelle est la première chose qui vous passe par la tête en voyant un enfant en surpoids ou obèse en consultation ?
- Quelle est selon vous la place et la part de responsabilité des parents dans l'obésité infantile ? Et celle de l'enfant ?
- Quels sont vos principaux objectifs lors de la prise en charge d'un enfant surpoids ou obèse ?
- Faut-il aborder ce problème à tout âge ? Pour quelles raisons ?
- Quelles sont les problématiques les plus importantes selon vous, à aborder chez l'enfant ?

### Freins

**Quelles sont les difficultés ou obstacles que vous avez pu rencontrer lors du diagnostic, de l'annonce ou du suivi de ces patients ?**

#### Relances :

- Vous est-il aisé ou difficile d'aborder cette problématique avec vos patients ? Si oui, pour quelles raisons ? L'âge du patient est-il un frein pour vous ?
- Avez-vous déjà annoncé le diagnostic aux parents et à l'enfant ? Si oui, de quelle manière ? Et quel a été votre ressenti ? Celui de l'enfant et de ses parents ?
- Comment vous sentez-vous face à un enfant en surpoids ou obèse en consultation ?
- Quels sont selon vous les principaux facteurs susceptibles de mettre en échec la prise en charge ?
- Ces difficultés sont-elles les mêmes quel que soit l'âge de l'enfant ?

### Conclusion

**Comment pourrions-nous améliorer la prise en charge de l'obésité infantile selon vous ? Y a-t-il des choses que vous souhaiteriez changer dans votre pratique ?**

#### Relances :

- Est-ce que votre vision et prise en charge de l'obésité infantile a changé au cours de vos études, de l'internat ? De quelle manière ? Si oui pour quelles raisons ?
- Quels sont les outils ou les formations que vous souhaiteriez voir se développer ? Par quel biais (cours, support) ?
- Qu'est ce qui pourrait vous aider à améliorer cette prise en charge ?

## **Annexe n°7 : Guide d'entretien dernière version**

### **Informations générales**

“Merci de vous présenter à tour de rôle, en précisant votre département ou région d'origine, votre semestre actuel ainsi que le stage dans lequel vous exercez actuellement”

**Vous souvenez-vous de la dernière consultation où vous vous êtes retrouvé confronté à la problématique de l'obésité infantile ?**

### **Intérêt et représentations**

**Que vous évoque généralement la première rencontre face à un enfant obèse ou en surpoids ?**

#### **Relances :**

- Que représente l'obésité infantile pour vous ?
- Quelle est la première chose qui vous passe par la tête en voyant un enfant en surpoids ou obèse en consultation ?
- Quelle est selon vous la place et la part de responsabilité des parents dans l'obésité infantile ? Et celle de l'enfant ?
- Quelle serait votre prise en charge idéale ?
- Quels sont vos principaux objectifs lors de la prise en charge d'un enfant surpoids ou obèse ?
- Faut-il aborder ce problème à tout âge ? Pour quelles raisons ?
- Selon vous, y a-t-il une évolution des représentations dans la société et dans le milieu médical ? Si oui, de quelle manière ?

### **Déterminants**

**Quelles sont les difficultés ou obstacles que vous avez pu rencontrer lors du diagnostic, de l'annonce ou du suivi de ces patients ?**

**Ou au contraire quels facteurs ont pu vous aider dans cette prise en charge ?**

#### **Relances :**

- Vous est-il aisé ou difficile d'aborder cette problématique avec vos patients ? Si oui, pour quelles raisons ? L'âge du patient est-il un frein pour vous ?
- Avez-vous déjà annoncé le diagnostic aux parents et à l'enfant ? Si oui, de quelle manière ? Et quel a été votre ressenti ? Celui de l'enfant et de ses parents ?
- Comment vous sentez-vous face à un enfant en surpoids ou obèse en consultation ?
- Quels sont selon vous les principaux facteurs susceptibles de mettre en échec la prise en charge ? Ou au contraire de la faciliter ?
- Ces difficultés sont-elles les mêmes quel que soit l'âge de l'enfant ?

### **Conclusion**

**Comment pourrions-nous améliorer la prise en charge de l'obésité infantile selon vous ?**

**Y a-t-il des choses que vous souhaiteriez changer dans votre pratique ?**

#### **Relances :**

- Est-ce que votre vision et prise en charge de l'obésité infantile a changé au cours de vos études, de l'internat ? De quelle manière ? Si oui pour quelles raisons ?
- Quels sont les outils ou les formations que vous souhaiteriez voir se développer ? Par quel biais (cours, support) ?
- Qu'est ce qui pourrait vous aider à améliorer cette prise en charge ?

## Annexe n°8 : questionnaire de satisfaction

### Appréciation globale

Merci beaucoup pour votre participation.

Nous vous proposons d'évaluer votre appréciation globale et de nous apporter vos critiques, de manière totalement anonyme.

Celles-ci pourront nous permettre d'améliorer notre approche pour les prochains groupes focalisés.

Satisfaction globale à la réalisation de l'étude de 0 à 10 (0 : très peu satisfait / 10 : très satisfait) :

Avis divers (critiques à apporter) :

## Annexe n°9 : Exemple de codage axial

B.10 Déterminants liés à l'enfant	B.10.05 Relations amicales et intimes	Les hobbies du groupe d'amis peuvent influencer positivement la prise en charge						
B.10 Déterminants liés à l'enfant	B.10.06 Mal-être et sentiment de culpabilité	Les limitations liées au poids peuvent être source de souffrance pour l'enfant						S13 « J'ai trouvé pas facile et pourtant important à aborder, je pense parce qu'il y a, il y a un gros mal-être aussi de ça. »
B.10 Déterminants liés à l'enfant	B.10.06 Mal-être et sentiment de culpabilité	Le mal-être de l'enfant est un frein à l'abord du sujet						
B.11 Déterminants liés aux parents	B.11.01 Contexte sociofamilial	Difficultés liées au non-remboursement des diététiciens et psychologues			S9 « diététiciens et psychologues qui ne sont pas remboursés. »			
B.11 Déterminants liés aux parents	B.11.01 Contexte sociofamilial	Existence d'aides financières pour l'activité physique au sein du RéPPOP		SS « Je crois que dans le réseau justement il y a des aides. Ils proposent des aides financières pour entrer dans des clubs et tout ça »				
B.11 Déterminants liés aux parents	B.11.01 Contexte sociofamilial	Intérêt d'évaluer l'accessibilité financière du sport apprécié par l'enfant						S13 : « Pour voir et voir si les parents ont les moyens [S14 acquiesce] de le mettre dans des sports qui l'intéresse, chose comme ça. »
B.11 Déterminants liés aux parents	B.11.01 Contexte sociofamilial	Intérêt d'adapter les menus aux difficultés financières						S14 (vis-à-vis d'une prise en charge pluridisciplinaire) « et quelq'un qui est formé à ça pour essayer de leur proposer des menus, des choses comme ça adaptés à leurs finances. »
B.11 Déterminants liés aux parents	B.11.01 Contexte sociofamilial	Intérêt d'un suivi diététique si accessible financièrement				S7 « S'il y a une diététicienne pas loin et que les parents peuvent prendre la diététicienne. »		
B.11 Déterminants liés aux parents	B.11.01 Contexte sociofamilial	L'isolement géographique limite l'accès aux programmes d'éducation thérapeutique				S10 (vis à vis des programmes d'éducation thérapeutique) « Après bon je suis plus allé dans les fins fonds des départements perdus donc bon forcément. »		



## Annexe n°10 : Réponses au talon social et au questionnaire de connaissances

Sujets	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Caractéristiques</b>									
Âge (années) :	27	27	27	26	26	26	28	27	27
Genre (Homme/Femme/Non binaire) :	Homme	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme
Situation familiale :	Union libre sans enfant	Union libre sans enfant	Célibataire sans enfant	Célibataire sans enfant	Célibataire sans enfant	Union libre sans enfant	Pacsée sans enfant	Union libre sans enfant	Pacsée sans enfant
Catégories socioprofessionnelles des parents :	- Père : Cadres et professions intellectuelles supérieures - Mère : Cadres et professions intellectuelles supérieures	- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise - Autres personnes sans activités professionnelles	- Agriculteurs exploitants - Professions intermédiaires	- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise - Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	- Agriculteurs exploitants - Employés	- Mère : Artisans, commerçants et chefs d'entreprise - Père : Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	- Cadres et professions intellectuelles supérieures - Cadres et professions intellectuelles supérieures	- Agriculteurs exploitants - Employés	- Cadres et professions intellectuelles supérieures - Employés
Nombre de semestres validés :	3	3	3	3	3	3	6	4	4
Faculté d'origine :	Toulouse Purpan	Toulouse Purpan	Limoges	Toulouse Rangueil	Toulouse Purpan	Bordeaux	Toulouse	Toulouse Rangueil	Toulouse
Comment avez-vous été formé personnellement au sujet de l'obésité infantile ? (DU, FMC...)	Externat et internat / Pas de formation complémentaire	Externat et internat / Pas de formation complémentaire	Externat et internat / Pas de formation complémentaire	Externat et internat / Pas de formation complémentaire	Externat et internat / Pas de formation complémentaire	Externat et internat / Pas de formation complémentaire	Externat et internat / Pas de formation complémentaire	Externat et internat / Pas de formation complémentaire	Externat et internat / Pas de formation complémentaire
Expériences professionnelles en lien avec ce sujet :	- Stage externat endocrinologie pédiatrie (CHU) - Stage internat pédiatrie hospitalière (CH périphérique) - Stage internat cabinet médecine générale	- Stage internat cabinet médecine générale - Stage internat pédiatrie hospitalière (consultation pour obésité infantile)	- Stage internat cabinet médecin générale (MSU travaillant avec le réseau RéPPOP)	- Stage internat	- Stage externat cabinet médecine générale (MSU travaillant avec le réseau RéPPOP)	- Stage externat pédiatrie hospitalière (Consultations spécialisées au CHU)	- Faible	- Stage en service de nutrition - Stage en cabinet de médecine générale	- Stage à la protection maternelle et infantile
Avez-vous été confronté personnellement au surpoids et à l'obésité ? Si oui :	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non
- Vous même :			Non	Non		Non			
- Votre entourage :			Oui	Oui		Oui			
Quel est votre intérêt pour le sujet ?									
De 0 (très peu d'intérêt) à 10 (intérêt important) :	7	7	6	8	10	8	5	6	8
<b>Connaissances générales (citez 1 à 5 mots clef)</b>									
Quelle est selon vous l'histoire naturelle de la maladie ?	- Rebond d'adiposité précoce +/- macrosomie - Changement déviation standard vers obésité - Dépassement IOTF30 (courbe obésité) - Maintien	- Rebond d'adiposité précoce - Obésité commune ou secondaire - Fréquente chronicisation	- Malnutrition - Rebond d'adiposité précoce - Complications (métaboliques, organiques, psychologiques...)	- Déséquilibre alimentaire - Rebond d'adiposité précoce - Consolidation de l'obésité avec l'âge	- Rebond d'adiposité précoce - Antécédents d'obésité dans la famille - Changement progressif de couleur sur les courbes	- Héritéité - Habitudes alimentaires et manque d'activité - Complications (précoces et tardives)	- Ingestion de matières grasses - Faible élimination par activité physique - Simple métabolisme basal - Cercle vicieux	- Mauvaise gestion des ingestas - Dépenses inférieures aux apports - Activités physiques faibles - Rebond d'adiposité précoce	- Prise de poids dans l'enfance par apports supérieurs aux dépenses - 70% des enfants obèses le restent à l'âge adulte
Quelle est la prévalence de l'obésité infantile en France et sa tendance évolutive ?	Environ 10% (en augmentation)	Ne sait pas	15% (en augmentation)	10%	10% (stabilisation)	15 à 20% (en augmentation)	5%	1%	30% (en augmentation)
Quelle est pour vous la principale cause d'obésité infantile commune ?	Mode de vie (Alimentation / Sédentarité)	Erreurs diététiques	Malnutrition (absence de règles hygiéno-diététiques)	Déséquilibre alimentaire	Alimentation	Alimentation déséquilibrée	Sédentarité	Apports nutritionnels excessifs (alimentaire)	Alimentation
Citez des facteurs favorisant ou aggravant cette pathologie :	- Macrosomie - Sédentarité - Antécédents familiaux - Habitus	- Antécédents familiaux - Faible niveau socio-économique	- Antécédents familiaux - Faible niveau socio-économique - Augmentation du temps passé sur les écrans - Diminution des activités notamment depuis la crise sanitaire	- Déséquilibre alimentaire - Manque d'activité physique - Antécédents de violence physique ou verbale - Troubles du comportement alimentaire	- Sédentarité - Ecrans - Alimentation - Environnement familial	- Environnement familial / Antécédent d'obésité parentale - Difficultés sociales / financières - Habitudes de vie - Comorbidités	- Familial - Social - Nutrition - Sédentarité - Pathologie organique	- Déséquilibre alimentaire et pauvreté des activités sportives et physiques - Carence affective - Troubles endocriniens - Catégorie sociale : précarité familiale / mimétisme parental	- Carences affectives, antécédents traumatiques - Milieu social - Manque d'activité physique (sédentarité) - Education - Alimentation
Comment posez-vous le diagnostic en pratique ?	Courbe IMC	- Clinique : poids, taille, IMC - Courbes statur pondérales (carnet de santé)	- Calcul de l'IMC (selon l'âge de l'enfant) - Périmètre abdominal	- Calcul de l'IMC - Tour de taille - Tour de hanche	- IMC > IOTF30 sur les courbes - Périmètre abdominal	IMC	- Index obésité (différent de l'IMC) - Courbe de croissance statur pondérale	- Courbe de poids fille garçons - IMC > 95e percentile	- Courbe de poids - IMC - Rapport tour de taille / tour de hanche
Quelles sont les principales conséquences et complications de cette pathologie ?	- Diabète - Stéatose hépatique - Dyslipidémie - Néoplasie	- Hypertension artérielle - Dyslipidémie - Stéatose hépatique - Retentissement psychologique	- Psychologiques (mauvaise estime de soi, moqueries, harcèlement...) - Cardiovasculaires	- Complications cardiovasculaires, osseuses ou artérielles - Psychiques - Cancers	- Psychologiques - Cardiovasculaires - Rhumatologiques	- Psychosociales - Ostéoarticulaires - Métaboliques	- Psychologique - Endocrinologique - cardiologique - cutané - "pubertaire"	- Santé physique : troubles endocriniens, troubles gynécologiques, troubles ostéoarticulaires, troubles osseux - Santé mentale : grossophobie, discrimination sociale, mal être physique	- Complications métaboliques : dyslipidémie, hypertension artérielle, diabète - Rhumatologiques : arthrose précoce, dysplasie hanche - Psychologiques : stigmatisation et ses conséquences
Quels sont les grands principes de prise en charge selon vous ?	- Mesures hygiéno-diététiques +++ - Possibilité de prescription	- Eliminer causes secondaires - Dépistage et prise en charge des complications - Suivi diététique - Activité physique - Suivi psychologique	- Suivi régulier ++ - Importance des règles hygiéno-diététiques - Promouvoir l'activité physique - Diététique - Psychologie	- Dépistage - Information - Modification du mode de vie - Prise en charge psychologique si besoin - Prise en charge baratrique si sévère en deuxième recours	- Non jugement - Ecoute - Objectifs progressifs - Suivi régulier	- Prise de conscience par le patient et sa famille - Volonté de prise en charge - Rééquilibrage alimentaire - Activité physique - Prise en charge psychologique	- Psychologique - Familial - Alimentaire - Activité physique - Sédentarité	- Diététicien +++ : adapter les apports (entrées - sorties) - Suivi régulier - Informer des risques - Repérer les signes de troubles endocriniens et métaboliques - Savoir adresser si besoin	- Correction des facteurs favorisants, éducation thérapeutique - Diététique - Activité physique - Prise en charge psychologique
Connaissez-vous des structures, des outils ou des aides disponibles pour faciliter la prise en charge ?	- Service endocrinologie CHU Toulouse - Associations	- Hôpital de jour de pédiatrie (bilan diététique) - Réseau RéPPOP	- Réseau RéPPOP	- Centres locaux/régionaux de rééducation pour l'obésité	- Obélic - Réseau RéPPOP en Midi Pyrénées - Service endocrinologie pédiatrique CHU	- Réseau RéPPOP	- Centre à Toulouse	- Service de nutrition	- Réseau RéPPOP - Centre intégré de l'obésité (site internet)

## Annexe n°10 : Réponses au talon social et au questionnaire de connaissances (suite)

Sujets	10	11	12	13	14	15	16	17	18
<b>Caractéristiques</b>									
Âge (années) :	27	27	27	26	28	28	26	27	26
Genre (Homme/Femme/Non binaire) :	Femme	Femme	Femme	Homme	Femme	Homme	Homme	Femme	Femme
Situation familiale :	Célibataire sans enfant	Célibataire sans enfant	Mariée sans enfant	Union libre sans enfant	Union libre sans enfant	Célibataire sans enfant	Union libre sans enfant	Célibataire sans enfant	Union libre sans enfant
Catégories socioprofessionnelles des parents :	- Cadres et professions intellectuelles supérieures - Employés	- Cadres et professions intellectuelles supérieures - Professions intermédiaires	- Père : Cadres et professions intellectuelles supérieures - Mère : sans activités professionnelles	- Employés - Employés	- Cadres et professions intellectuelles supérieures - Employés	- Père : Employés - Mère : Sans activités professionnelles	- Père : Cadres et professions intellectuelles supérieures - Mère : Sans activités professionnelles	- Cadres et professions intellectuelles supérieures - Professions intermédiaires	- Cadres et professions intellectuelles supérieures - Employés
Nombre de semestres validés :	4	4	2	4	6	4	2	2	2
Faculté d'origine :	Poitiers	Bordeaux	Limoges	Toulouse Rangueil	Montpellier	Toulouse	Toulouse Purpan	Toulouse Purpan	Toulouse Purpan
Comment avez-vous été formé personnellement au sujet de l'obésité infantile ? (DU, FMC...)	Externat et internat / Pas de formation complémentaire	Externat et internat / Pas de formation complémentaire	Externat et internat / Pas de formation complémentaire	Externat et internat / Pas de formation complémentaire	Externat et internat / Pas de formation complémentaire	Externat et internat / Pas de formation complémentaire	Externat et internat / Pas de formation complémentaire	Externat et internat / Pas de formation complémentaire	Externat et internat / Pas de formation complémentaire
Expériences professionnelles en lien avec ce sujet :	- Stage santé de la femme et de l'enfant (PMI, pédiatrie hospitalière, IDE Azalée...)	- Stage en cabinet de médecine générale	- Stage en cabinet de médecine générale	- Stage santé de la femme et de l'enfant	- Aucune	- Stage en cabinet de médecine générale	- Aucune	- Aucune	- Stage en cabinet de médecine générale (1 seul patient)
Avez-vous été confronté personnellement au surpoids et à l'obésité ? Si oui :	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
- Vous-même :			Non		Non		Oui		Non
- Votre entourage :			Oui		Oui		Oui		Oui
Quel est votre intérêt pour le sujet ?									
De 0 (très peu d'intérêt) à 10 (intérêt important) :	10	8	10	8	10	7/8	8	8	7
<b>Connaissances générales (citez 1 à 5 mots clef)</b>									
Quelle est selon vous l'histoire naturelle de la maladie ?	- Génétique (prédisposition) - Sédentarité : accumulation masse grasse + faible masse musculaire - Perturbation cycle insuline	- Déséquilibre alimentaire - Grignotage - Sédentarité	- Une grande part génétique - Alimentation - Activité physique - Psychologique / environnement	- Rebond d'adiposité précoce - Courbe poids augmente plus rapidement que taille avec changement de couleur - Facteurs héréditaires - Mauvaise nutrition - Manque d'activité physique	- +/- Prédisposition génétique - Ne sait pas	- Génétique / Familiale - Malnutrition - Education - Pathologies	- Prédisposition génétique - Contexte familial - Hygiène alimentaire - Activité physique	- Augmentation des apports alimentaires avec grignotage - Diminution de l'activité physique - Génétique	- Rebond d'adiposité précoce / Pas de déséquilibre alimentaire - Diminution ou pas d'activité physique
Quelle est la prévalence de l'obésité infantile en France et sa tendance évolutive ?	50% (en augmentation)	En augmentation	10% (en augmentation)	15% (en augmentation)	10-20% (stable)	Ne sait pas / En augmentation	15% (en augmentation)	10% (en augmentation)	Ne sait pas / En augmentation
Quelle est pour vous la principale cause d'obésité infantile commune ?	Sédentarité	Déséquilibre alimentaire	Alimentation / Moins d'activité physique / Trop d'écrans	Mauvaise alimentation	"Mauvaise" hygiène de vie	Mauvaise éducation parentale	Alimentation	Mauvaise alimentation	Déséquilibre alimentaire
Citez des facteurs favorisant ou aggravant cette pathologie :	- Génétique - Absence activité physique - Entourage familial et amical - Harcèlement scolaire	- Mauvaise éducation des parents (cuisine, alimentation...) - Temps sur les écrans - Enfants laissés seuls - Troubles psychologiques (états dépressifs, anxiété)	- Mauvaise nourriture de notre société - Ecrans (conséquences : moins de dépense physiques chez l'enfant)	- Rebond d'adiposité précoce - Manque d'activité physique - Mauvaise alimentation (Junk food, soda)	- Génétique - Alimentation déséquilibrée - Sédentarité - Jugement social/sociétal	- Obésité parentale - Manque de sport - Précarité financière - Maltraitance	- Génétique - Habitudes familiales - Catégorie socio-professionnelle - Comorbidités	- Environnement social - Environnement familial	- Pas d'activité physique - Consommation des écrans - Habitudes familiales - Contexte socio-économique
Comment posez-vous le diagnostic en pratique ?	- Cliniquement (IMC) - Courbes carnet santé	- Courbe de poids - IMC	- IMC - Courbe stature pondérale	- Courbe pondérale en fonction de l'âge	- Observation - Poids / Taille / IMC - Analyse courbes de croissance (rebond d'adiposité précoce < 6 ans, changement de percentile)	- IMC - Bilan biologique	- Calcul IMC - Courbe carnet de santé	- Courbe du carnet de santé	- Mesures : poids, taille, IMC
Quelles sont les principales conséquences et complications de cette pathologie ?	- Diabète - Risque cardiovasculaire - Pathologies artérielles - Dépression	- Hypertension artérielle - Puberté précoce - Douleurs musculo-squelettiques	- Psychologique ++ (image de soi, souffrance) - Cardiovasculaire - Ostéoarticulaire	- Retentissement psychologique (harcèlement...) - Pathologie cardio-vasculaire - Syndrome d'apnées obstructives du sommeil - Pathologies ostéo-articulaires - Augmentation risque diabète de type 2, certains cancers - Augmentation risque obésité à l'âge adulte	- Sociales - Risque cardio-vasculaire - Troubles musculosquelettiques - Pharmacocinétique ou pharmacodynamie des médicaments	- Troubles pubertaires - Troubles ostéo-articulaires - Troubles respiratoires - Syndrome anxio-dépressif	- Hypertension artérielle - Diabète - Psychologique - Respiratoire	- Obésité adulte - Troubles musculo-squelettiques - Diabète - Syndrome d'apnées obstructives du sommeil	- Cardio-vasculaires - Articulaires - Psychologiques
Quels sont les grands principes de prise en charge selon vous ?	- Activité physique - Règles hygiéno-diététiques (alimentation, sommeil) - Suivi diététicienne +/- psychologue	- Education alimentaire - Pratique sportive	- Diététique - Activité physique - Soutien psychologique - Impliquer les proches - Suivi très régulier	- Activité physique - Mise au point alimentaire (qualitatif et quantitatif) - Prise en charge psychologique	- Ecoute sans jugement, création lien de confiance - Rééquilibrage alimentaire - Activité physique +/- prescription - Prise en charge des autres facteurs de risque cardio-vasculaire - Implication de l'entourage	- Nutrition - Sport - Entretien motivationnel - Education parentale - Réseau RéPPOP	- Recherche cause secondaire - Recherche complication - Equilibre alimentaire - Activité physique - Accompagnement psychologique	- Diététique - Activité physique - Psychologique	- Rééducation alimentaire - Favoriser activité physique - Intégrer l'entourage - Entretiens motivationnels / objectifs atteignables
Connaissez-vous des structures, des outils ou des aides disponibles pour faciliter la prise en charge	- Education thérapeutique (stage) - Outils numériques	- Réseau RéPPOP	- Réseau RéPPOP	- Non	- Réseau RéPPOP	- Réseau RéPPOP	- Réseau RéPPOP	- Réseau RéPPOP	- Réseau RéPPOP

## Annexe n°11 : Codage matriciel

Catégories	Sous catégories		Genre		Situation familiale		Semestres validés		Faculté d'origine		Expérience professionnelle		Confrontation personnelle		Intérêt pour le sujet	
	Homme (4)	Femme (14)	Célibataire (7)	Couple (11)	6 semestres (2)	3/4 semestres (12)	2 semestres (4)	Toulouse (12)	Autre (6)	Spécifique (6)	Généraliste (5)	Faible à nulle (5)	Oui (7)	Non (11)	Fort (15)	Moyen à faible (3)
Représentation de l'obésité infantile	1	28	6	23	9	13	7	14	15	8	9	12	19	10	21	8
	1	7	5	3	0	7	4	4	4	5	2	1	1	1	7	1
	22	42	16	48	9	23	32	42	22	6	29	28	39	25	58	6
	4	19	6	17	4	13	6	11	12	6	9	8	10	13	20	3
	0	7	2	5	1	3	5	2	6	0	5	2	5	5	7	0
	2	11	1	12	7	3	3	6	7	1	3	9	8	5	10	3
	0	2	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0
	9	15	10	14	2	15	7	17	7	3	14	7	7	7	23	1
	3	12	8	7	7	2	13	0	11	4	9	4	2	2	13	3
	1	0	1	3	2	2	0	1	3	0	0	2	2	2	4	0
0	4	3	1	3	0	1	2	1	3	0	2	3	3	1	4	0
0	4	3	1	3	0	4	0	1	3	3	1	0	0	4	3	1
1	5	5	1	5	5	1	0	1	5	0	1	5	5	1	6	0
2	7	9	0	9	4	0	5	9	0	0	0	9	5	4	5	4
7	8	3	7	8	1	6	4	7	4	4	4	4	4	7	9	2
2	9	4	7	11	0	4	7	11	0	3	7	7	6	5	10	1
2	9	5	6	6	2	7	2	2	9	0	9	2	4	7	11	0
8	14	5	17	8	1	13	8	19	3	5	8	9	10	12	18	4
6	9	4	11	1	13	1	1	14	1	9	4	2	4	11	14	4
2	5	3	4	2	5	0	0	5	2	0	5	2	5	7	0	0
1	20	16	16	13	7	13	0	19	2	11	2	12	3	18	9	12
3	17	10	10	2	8	10	2	18	2	3	5	12	2	8	18	2
4	5	7	2	7	0	7	2	9	0	3	4	2	2	7	6	3
9	10	4	5	10	4	4	5	9	4	2	3	8	6	7	11	2
2	5	1	6	6	0	5	2	6	1	3	3	0	2	5	7	0
8	11	8	11	3	13	8	2	8	10	2	6	5	3	6	19	0
4	9	6	7	3	8	2	0	8	5	2	6	3	5	8	12	1
7	12	15	4	10	3	10	9	17	2	4	6	9	4	15	19	0
3	6	5	4	6	0	6	3	9	0	3	3	3	0	8	9	0
1	3	2	2	2	0	4	0	2	2	4	0	0	0	4	4	0
0	3	0	0	3	0	0	0	1	2	0	0	3	2	1	2	1
1	1	1	1	1	0	2	0	1	1	2	0	0	0	2	2	0
5	7	3	9	6	1	6	5	9	3	1	6	5	5	7	12	0
4	15	8	11	4	8	7	4	15	4	5	3	11	6	13	16	3
5	12	12	5	2	2	8	7	13	4	4	4	9	3	14	15	2
0	5	0	5	0	0	5	0	1	4	0	4	0	5	0	5	0
4	25	19	8	23	8	12	6	23	6	9	3	17	5	24	19	10
11	19	12	18	19	8	19	5	19	11	13	7	10	8	22	25	5
3	5	3	5	2	3	3	3	6	2	0	3	5	3	5	7	1
32	42	33	41	5	48	21	52	22	19	31	24	28	28	46	68	6
1	3	4	0	4	0	4	0	2	2	2	2	0	0	4	0	0
2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	3	0
4	14	3	15	4	9	5	14	4	7	7	3	8	7	11	14	4
1	2	2	1	2	1	0	2	2	0	0	1	2	2	3	0	0
15	10	7	18	2	20	3	23	23	2	8	13	4	3	22	24	1
3	4	3	4	2	2	3	4	4	3	1	1	5	5	2	6	1
8	38	27	19	15	4	27	15	31	15	15	14	17	29	17	39	7
0	23	3	3	3	9	11	13	10	13	10	4	9	10	13	20	3
4	18	1	21	7	7	8	11	11	11	5	8	9	12	10	18	4
1	3	0	4	0	0	3	3	3	1	1	1	2	3	1	4	0
13	32	23	22	16	3	26	16	29	16	9	22	14	12	33	44	1
6	28	10	24	5	10	19	8	28	8	12	10	12	11	23	20	14
3	17	4	16	11	5	4	14	6	6	9	3	8	9	11	14	6
2	9	3	8	7	3	7	1	7	7	5	3	3	4	7	9	2
4	2	1	5	4	1	4	1	5	1	0	4	2	1	5	5	1

## Annexe n°11 : Codage matriciel (suite)

Catégories	Sous catégories		Genre		Situation familiale		Semestres validés		Faculté d'origine		Expérience professionnelle		Confrontation personnelle		Intérêt pour le sujet		
	Homme (4)	Femme (14)	Célibataire (7)	Couple (11)	6 semestres (2)	3/4 semestres (12)	2 semestres (4)	Toulouse (12)	Autre (6)	Spécifique (8)	Générale (5)	Faible à nulle (5)	Oui (7)	Non (11)	Fort (15)	Moyen à faible (3)	
Déterminants liés aux réseaux sociaux	1	7	1	7	3	1	4	5	3	0	1	7	6	2	8	0	
	7	13	1	13	1	1	12	13	1	0	1	13	12	2	14	0	
Déterminants organisationnels et logistiques	4	6	6	4	0	4	6	10	0	1	3	6	4	6	10	0	
	10	27	16	27	0	30	7	22	15	18	15	4	11	26	29	8	
	9	31	13	27	9	23	8	19	21	17	9	14	23	17	30	10	
	3	12	5	10	4	6	5	14	1	2	4	9	9	6	10	5	
	5	11	6	10	1	12	3	10	6	7	7	2	5	11	13	3	
	1	9	0	9	7	2	0	8	0	2	0	7	1	8	2	1	
	1	0	5	0	0	5	0	2	3	1	4	0	2	3	4	1	
	2	6	3	5	5	2	5	8	0	0	2	6	4	4	7	1	
	10	22	14	18	18	7	22	3	16	16	9	14	9	14	18	25	7
	5	28	8	28	29	6	23	4	20	13	14	13	6	14	19	24	9
Vécu de la consultation	4	24	11	17	6	14	8	16	12	7	10	11	12	16	23	5	
	4	8	1	8	2	7	0	8	1	7	0	2	0	9	7	2	
	0	3	3	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	3	3	0	
	6	18	5	19	3	9	12	17	7	4	8	12	14	10	23	1	
	1	3	2	2	0	2	2	1	3	0	4	0	2	2	4	0	
	2	15	4	13	5	6	6	10	7	5	4	8	7	10	13	4	
	7	5	4	8	0	6	6	9	3	2	7	7	5	7	12	0	
	1	18	1	18	10	2	7	9	10	1	1	8	10	10	11	8	
	8	20	11	17	22	2	22	4	25	3	14	9	5	8	20	22	6
	1	10	5	6	6	3	6	2	6	5	1	6	4	6	5	10	1
Déterminants liés au médecin	3	6	2	7	1	4	6	6	6	3	3	3	4	5	9	0	
	19	19	6	14	1	11	8	7	13	5	14	1	12	8	19	1	
	0	6	5	5	0	6	0	0	0	6	6	0	6	0	1	5	
	5	13	2	16	6	7	5	8	10	1	9	8	12	6	17	1	
	2	13	2	13	6	5	4	9	6	4	3	8	7	8	10	5	
	4	5	2	7	6	1	1	4	5	5	7	2	3	6	9	0	
	1	3	0	4	2	1	1	2	2	0	2	2	2	2	3	1	
	0	8	1	7	2	5	5	1	5	3	5	0	3	4	7	1	
	4	27	12	19	6	17	8	14	14	17	11	10	17	14	28	3	
	Déterminants liés à la formation de l'interne	19	46	27	38	12	39	14	41	24	15	28	22	27	38	51	13
7		11	8	10	3	14	1	13	5	10	5	3	7	11	17	1	
5		14	7	12	2	15	2	11	8	11	5	0	9	10	19	0	
6		16	6	16	7	11	4	11	11	4	9	9	9	13	17	5	
14		9	12	11	3	13	7	21	2	3	10	3	6	17	20	3	
9		22	18	13	1	18	12	21	10	12	7	12	12	19	28	3	
6		22	10	18	4	13	11	23	5	8	5	15	10	18	23	5	
15		51	23	43	6	38	22	40	26	16	32	18	37	29	58	8	
3		5	4	4	1	5	2	6	2	2	3	3	3	3	5	1	
2		0	0	2	0	1	1	2	0	0	0	1	1	1	2	0	
Déterminants liés aux parents	17	31	19	29	9	35	4	26	22	15	20	13	18	30	41	7	
	2	6	5	3	2	5	1	2	6	4	1	3	4	4	7	1	
	6	22	19	9	5	21	2	15	13	9	12	7	8	20	24	4	
	10	39	13	36	10	31	8	37	12	19	16	14	11	38	35	14	
	6	45	18	33	6	40	5	29	22	29	16	6	15	36	42	9	
	1	15	1	15	5	9	2	14	2	8	3	5	2	14	4	12	
	0	17	10	7	7	7	8	11	6	5	4	8	6	11	14	3	
	4	1	2	3	4	4	0	4	1	0	4	1	1	4	5	0	
	0	3	0	3	1	0	2	2	0	0	0	0	3	0	3	0	
	Pistes d'amélioration	1	3	2	2	0	4	0	2	0	2	0	2	2	2	4	0
1		5	4	2	1	5	0	5	1	0	5	1	5	1	6	0	
0		3	3	0	0	3	0	0	3	3	0	0	0	3	3	0	
14		25	14	25	4	29	6	28	11	26	4	9	13	26	25	14	
5		48	26	27	3	47	3	33	20	32	18	3	29	24	45	8	

## Abstract

### **Childhood Obesity in primary care : what determinants ?**

**The point of view of general practice interns during the second phase of residency.**

**Qualitative study in Occitania in 2021 and 2022.**

**Background** : Childhood obesity is a major public health issue in France throughout world. It has numerous consequences, not only organically but also psychologically. Stigmatization is omnipresent in society, but also within the family and the medical professions. The general practitioner has a central role in the management of the health support and the interns are the future health professionals concerned.

**Outcomes** : Our main outcome was to objectivate the determinants encountered by general medicine interns in primary care consultations. The secondary outcomes were to collect their representations and potential improvement clues.

**Methods** : We conducted a qualitative study in the form of focus groups of four to six interns. Four focus groups were organized for a total of 18 subjects. Based on the verbatim, a descriptive coding and an axial and matrix coding were performed. Our target population was the interns in the second phase of the general practitioner diploma in Toulouse.

**Results** : There are multiple determinants which may concern the physician, the child and his parents. They are related to the health system organization, the logistics and the experience of the consultation, the training of interns, and personal or societal representations. The latter have a direct influence on the image that the intern builds up of the child and his entourage, but also of his own role.

**Conclusion** : The intern in general practice is already at the center of care. He is influenced by his own perceptions of the obese child and his family. He lacks practical experience and scientific knowledge to the point of fearing his own impact or disinvesting. The acquisition of know-how and interpersonal skills would improve his reflexivity and limit the impact of his representations in the management of the child.

**Key-words** : general practice - interns - primary care - overweight - obesity - child - paediatrics - determinant - management - consultation

**UFR** : Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de santé Toulouse Rangueil  
133 Route de Narbonne 31400 Toulouse

**Thesis supervisor** : Dr Virginie QUENTIN

## Résumé

### **Obésité infantile en soins premiers : quels déterminants ?**

**Le point de vue des internes de médecine générale en phase d'approfondissement.**

**Étude qualitative en Occitanie en 2021 et 2022.**

**Introduction :** L'obésité infantile est un sujet majeur de santé publique en France et dans le monde. Ses conséquences sont nombreuses tant au niveau organique que psychologique. La stigmatisation est omniprésente dans la société, mais aussi au sein de la famille et du corps médical. Le médecin généraliste joue un rôle central dans la prise en charge et les internes sont les futurs professionnels de santé concernés.

**Objectif :** Notre objectif principal était d'évaluer les principaux déterminants rencontrés par les internes de médecine générale en consultation de soins premiers. Les objectifs secondaires étaient de recueillir leurs représentations et les pistes d'amélioration potentielles.

**Matériel et méthode :** Nous avons mené une étude qualitative sous forme de groupes focalisés de quatre à six internes. Quatre groupes focalisés ont été organisés pour un total de 18 sujets. A partir du verbatim, un codage descriptif puis un codage axial et matriciel ont été réalisés. Notre population-cible était les internes en phase d'approfondissement du DES de médecine générale de Toulouse.

**Résultats :** Les déterminants sont multiples et peuvent concerner le médecin, l'enfant et ses parents. Ils sont en lien avec l'organisation de la prise en charge, la logistique et le vécu de la consultation, la formation des internes et enfin les représentations personnelles et sociétales. Ces dernières exercent une influence directe sur l'image que l'interne se construit de l'enfant et de son entourage, mais aussi de son rôle dans la prise en charge.

**Conclusion :** L'interne de médecine générale est d'ores et déjà au centre de la prise en charge. Il est influencé par les représentations qu'il se construit de l'enfant obèse et de sa famille. Il manque d'expérience pratique et de connaissances scientifiques au point de craindre son impact ou de se désinvestir. L'acquisition de savoir-faire et de savoir-être permettrait d'améliorer sa réflexivité et de limiter l'impact de ses représentations dans la prise en charge.

**Mots-clés :** médecine générale – internes – soins premiers – surpoids – obésité – enfant – infantile – pédiatrie – déterminant – prise en charge – consultation

**UFR :** Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de santé Toulouse Rangueil  
133 Route de Narbonne 31400 Toulouse

**Directrice de thèse :** Dr Virginie QUENTIN