Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014 **N°**

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

PERRIN Marie-Laure

Née le 21/11/1983 à Orléans

Présentée et soutenue publiquement le 6 Novembre 2014

Prévention de l'Obésité infantile Par Intervention Brève (POPIB) : Enquête de faisabilité auprès de médecins généralistes et de pédiatres dans le Loiret

Jury

Président de Jury : **Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**

Membres du jury : **Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE**
Monsieur le Professeur Régis HANKARD
Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU
Monsieur le Docteur Patrick FOUCHER

5 mai 2014

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS
Professeur Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Professeur Mathias BUCHLER, Relations internationales
Professeur Hubert LARDY, Moyens – relations avec l'Université
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine générale
Professeur François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Professeur Philippe ROINGEARD, Recherche

SECRETAIRE GENERALE
Madame Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES
Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004 Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.
LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.
METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINE - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.
RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J.
THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Regis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile

	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M.	BAKHOS David	Physiologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric	Physiologie
	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mme	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe	Nephrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	Immunologie

MM.	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie
	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage – Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M.	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la Faculté de Médecine

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier *(éthique médicale)*
M.	BOULAIN Thierry	Praticien Hospitalier *(CSCT)*
Mme	CRINIERE Lise	Praticien Hospitalier *(endocrinologie)*
M.	GAROT Denis	Praticien Hospitalier *(sémiologie)*
Mmes	MAGNAN Julie	Praticien Hospitalier *(sémiologie)*
	MERCIER Emmanuelle	Praticien Hospitalier *(CSCT)*

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
	Mme PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ,
Je vous remercie d'avoir dirigé ce travail de thèse, de vos encouragements et de votre disponibilité,
Merci d'avoir accepté de présider ce jury.
Merci aussi pour votre engagement pour la médecine générale,
Avec toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE,
A Monsieur le Professeur Régis HANKARD,
Merci de vous être intéressés à mon travail et d'avoir accepté de le juger.

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU,
Merci de votre contribution pour débuter ce travail avec mesdames les docteurs Natacha GOHARD COLETTE et Céline LEBOEUF.

Madame le Docteur Sonia VINCENT-DESLIERS
Merci d'avoir réalisé ce travail de qualité.

A Monsieur le Docteur FOUCHER, à Patrick,
Depuis les spectacles de danse, les gouters dans ta cuisine en te croisant avant que tu ne repartes en consultation, à dire qu'un jour, moi aussi…
Depuis le stage de P2,
Depuis le stage de niveau 2,
Depuis les remplacements,
Merci.
Merci pour ton engagement pour la médecine générale, merci pour cette belle perspective d'avenir à prendre ta suite.

A Stéphanie,
Merci pour cette amitié, pour nos échanges, pour ton soutien si important, professionnel comme personnel,
Merci pour ce beau projet d'installation.

A Dominique,
Merci pour tant de choses, merci pour tes encouragements depuis toutes ces années,
Merci pour tout ce que tu représentes en tant que personne et médecin,
Avec toute mon admiration, toute la fierté de devenir ta collègue.

A Assaad,
Merci pour ce projet d'installation, pour nos échanges.

Aux Dr Delarue, Dr Donce, Dr Baldesi, Dr Guérin, Dr Ferrer, Dr Klifa, Dr Gorin
Merci de ce que vous représentez,
Merci pour votre aide pour débuter, merci pour tous vos conseils et votre bienveillance.

Merci à chaque participant à l'étude.

A Marie, à Chloé, à Léa, merci mes amies de toujours, merci pour tout,

Merci de pour votre écoute, merci pour y avoir toujours cru à chaque moment.
Merci pour tous ces bons moments depuis… depuis…
Merci pour tous les bons moments à venir.
A Laetitia, à Aurélie, merci pour votre soutien et votre amitié.
A Damien, Franck, Aurélie, Guillaume.

A François,
Merci d'être là, pour tous ces moments partagés, pour ton soutien.
Merci d'y avoir cru avec moi.

A Mamie,
Merci de ton soutien et de tes encouragements,
Je pense si souvent à toi.

A mon père,
Pour cette vocation si ancienne.

A ma mère,
Merci pour tant de choses,
Merci pour tout,
Merci d'avoir toujours été là, d'y avoir toujours cru,
Merci de m'avoir tant appris et fait réfléchir sur la médecine aussi,
Avec toute mon admiration, tout mon respect pour ton courage.

Prévention de l'Obésité infantile Par Intervention Brève (POPIB) : Enquête de faisabilité auprès de médecins généralistes et pédiatres dans le Loiret

Résumé :

La prévention de l'obésité infantile est un enjeu principal du Plan National Nutrition Santé. Elle est plus efficace faite précocement et ciblée.

L'intervention brève a montré sa faisabilité et son efficacité dans différents domaines.
Ainsi, une intervention brève destinée aux parents de nourrissons de 0 à 24 mois à risque d'obésité a été créée afin de prévenir des comportements à risque. Elle a été constituée grâce à un questionnaire résultant d'une revue de littérature, soumis à un panel d'experts selon la méthode Delphi.

Les marqueurs de repérage étaient : 2 parents, mère, père, frère ou sœur obèse, poids de naissance > 4000g ou < 2500g, diabète gestationnel, faible niveau d'étude maternel.

Les conseils retenus étaient : Ne boire que de l'eau aux repas, ne pas interdire d'aliment, ne pas forcer à finir son assiette, pas de console de jeux pour les enfants de moins de 2 ans, pas de télévision dans les chambres des enfants.

Ce travail a étudié sa faisabilité en médecine ambulatoire.
26 médecins, généralistes et pédiatres ont participé sur 55 sollicités, ayant inclus 97 enfants. Ils ont réalisé l'intervention brève dans 88% des cas et 2/3 continuent à l'utiliser après l'enquête. La majorité a jugé cette intervention rapide et l'a bien acceptée. Elle leur a parue plus adaptée lors des suivis systématiques des enfants.
Ce travail a aussi pointé plusieurs obstacles comme l'oubli et le manque de temps.
Des améliorations ont été proposées : Multiplication des supports de diffusion, reformulation de l'intervention brève en supprimant les négations des recommandations, diffusion en crèche et PMI, formations pour les professionnels de santé.

Cette intervention brève va être testée par des études qualitatives auprès des parents concernés.

Mots clés : Obésité infantile, Prévention, Intervention brève, Soins primaires

Preventing chilhood obesity by brief intervention :
Feasibility study among general practitioners and pediatricians in Loiret

Summary :

Preventing chilhood obesity is one of the National Health and Nutritional Program main issue.
Prevention is more efficient when done early and targeted.

Brief intervention as shown its feasibility and efficiency in different areas.
Therefore, a brief intervention for parents of infants from 0 to 24 monthes with risks for obesity was created to prevent future risk-taking behaviors. It was defined with a questionnaire resulting from a litterature review submitted to an expert panel according to the Delphi Method.

Identifiers were : two parents, mother, father, brother or sister obese, birth weight > 4000g, and < 2500g, gestationnal diabete, mother with low education level.

Advice was : drink only water with meals, do not prohibit any food, do not force them to finish their meal, no video-games for children under age 2, no television in children's room.

This study investigates its feasibility in ambulatory medicine.
26 doctors, general practionners and pediatricians participated out 55 solicited, they included 97 infants. They delivered the intervention in 88 per cent of cases and two-thirds of participants are still using brief intervention after the investigation. Most participants thought this intervention is delivered quickly and well accepted. It seemed to be better adapted to systematic medical surveillance.
This study also highlights obstacles as oversight and time constraints.
Improvements have been suggested : to increase distribution mediums, reformulate the brief intervention by suppressing the negatives, disseminate the intervention in nursery and maternal and child health center, train health professionals.

This brief intervention will be tested throught qualitative surveys among targeted parents.

Keywords : Childhood obesity, Prevention, Brief intervention, Primary care

SOMMAIRE

1. Introduction 12

2. Matériels et Méthodes 14

2.1 Place de ce travail dans le projet global 14
2.1.1 Projet POPIB 14
2.1.2 Etude de faisabilité de l'intervention brève en médecine ambulatoire 15
2.2 Méthodologie de l'étude 15
2.2.1 Médecins participants 15
2.2.2 Population cible 15
2.2.3 Déroulement de l'étude 15

3. Résultats 17

3.1 Caractéristiques des médecins participants 17
3.1.1 Age, sexe, spécialité, mode d'exercice 17
3.1.2 Synthèse des paramètres socio démographiques 18
3.2 Résultats de l'enquête auprès des praticiens 18
3.2.1 Résultats principaux 18
3.2.2 Caractéristiques des patients inclus 19
3.2.2.1 Sexe ratio 19
3.2.2.2 Age moyen 19
3.2.2.3 Critère d'inclusion retenu 20
3.2.3 Caractéristiques de consultations ayant intégré l'intervention brève 20
3.2.4 Faisabilité et difficulté de réalisation de l'intervention brève 20
3.2.4.1 Faisabilité de l'intervention brève 20
3.2.4.2 Difficultés de réalisation de l'intervention brève 22
- ✓ Motifs de non-participation
- ✓ Freins à la réalisation de l'intervention brève

4. Discussion 27

4.1 Biais Méthodologiques 27
4.1.1 Biais de sélection des médecins participants 27
4.1.2 Taille de l'échantillon 28
4.1.3 Biais d'auto sélection 28
4.1.4 Implication des médecins dans l'enquête 28
4.1.5 Biais des nourrissons inclus 28

4.2 Analyse de résultats....28
4.2.1 Profils des médecins participants....28
4.2.2 Profils des nourrissons inclus....28
- Sexe
- Age
- Facteurs de risque identifiés
4.2.3 Profils des consultations ayant inclus l'intervention brève....30
- Motifs des consultations
- Reproductibilité de l'intervention brève
4.3 Comparaison et extrapolation de résultats....31
4.3.1 Manque de temps....32
4.3.2 Oubli....32
4.3.3 Gêne....32
4.3.4 L'outil standardisé....33
4.3.5 La rémunération et le coût....33
4.4 Perspectives d'améliorations....34
4.4.1 Multiplier les supports de diffusion....34
4.4.2 Reformulation....34
4.4.3 Associer d'autres professionnels de santé à sa mise en œuvre....34
4.4.4 Proposer des formations....34

5. Conclusion....36

Bibliographie....37

Annexe 1 : Courrier de sollicitation de participation à l'étude....40

Annexe 2 : Fiche destinée aux médecins participants résumant Intervention brève et marqueurs de risque....41

Annexe 3 : Fiche d'inclusion dans l'étude....42

Annexe 4 : Courrier à distance de l'étude....43

Annexe 5 : Entretiens individuels....45

Note :

Les nombres entre crochets [x] renvoient à une référence bibliographique.

1. INTRODUCTION

La question de l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez l'enfant est, depuis le début des années 2000, reconnue comme un problème majeur de santé publique. Les médias s'en font l'écho. De nombreuses mesures sont mises en œuvre : le Programme National Nutrition Santé (PNNS) initié en 2001, a été reconduit pour sa troisième version de 2011 à 2015, des actions sont réalisées au niveau régional, départemental et municipal, des réseaux se développent.

En France, la proportion d'enfants entre 5 et 12 ans en surpoids (≥97°percentile des références françaises) a progressé de 6% à la fin des années 70, à 13% en 1996. Depuis les années 2000 les observations montrent une stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant en Europe comme aux Etats-Unis. En 2007, la prévalence estimée du surpoids incluant l'obésité était comprise entre 14 et 17,8% chez les enfants de 3 à 17 ans, dont 2,8 à 3,5% présentaient une obésité (ENNS 2006-2007 et INCA 2).
La probabilité qu'un enfant obèse reste obèse à l'âge adulte varie selon les études de 20 à 50% avant la puberté, à 50 à 70% après la puberté [1]

Les enfants sont génétiquement inégaux devant le risque de développer une obésité. Plus de 250 gènes différents sont impliqués dans l'obésité, mais le phénotype « obèse » ne s'exprime que comme le résultat d'une interaction entre gène et environnement. Ainsi, dans un environnement obésogène identique pour tous, seuls les enfants génétiquement prédisposés développent une obésité [2].
Il n'est bien entendu pas envisageable actuellement d'agir sur des facteurs génétiques, d'autant qu'ils sont très peu élucidés. Pour prévenir le risque d'obésité, il faut donc agir sur l'environnement des sujets à risque, et cela passe par une modification des habitudes hygiéno-diététiques, au sein de la famille et lors des activités scolaires ou sociales.

Jusqu'à maintenant, les interventions de prévention de l'obésité ont principalement été des mesures collectives, s'adressant à toute une tranche d'âge sans cibler les enfants à risque (programmes dans les écoles, les crèches, lutte contre la publicité à la télévision…) Toutes ont montré leurs limites [3], voire leurs effets délétères, notamment en renforçant la stigmatisation des enfants en surpoids. Il faut donc développer des interventions ciblées sur les sujets à risque, ce qui suppose un repérage préalable.

La prévention de l'obésité doit combattre les facteurs favorisants à tous les stades de la vie, mais il faut certainement porter une attention particulière sur la petite enfance [4]. Il s'agit en effet d'une période où pourrait se moduler la susceptibilité aux facteurs obésogènes auxquels l'individu se trouvera exposé plus tard dans sa vie. De plus, les mesures thérapeutiques consistent toujours in fine, à réduire les ingesta et augmenter les dépenses énergétiques et a priori, de telles contraintes sont d'autant mieux supportées lorsqu'elles sont précocement imposées et respectées par l'ensemble de la famille [5], d'autant qu'il semble que la période préscolaire soit une période charnière pour la régulation à long terme de la balance énergétique [6]. La prévention auprès des sujets à risque devrait donc être mise en place au sein de la famille dès le plus jeune âge.

Il faudrait donc, après avoir repéré convenablement les sujets à risque, leur proposer une intervention très précoce, centrée sur les comportements alimentaires et l'hygiène de vie générale dans le cadre familial.

Par analogie avec l'intervention brève sur les patients ayant un comportement nuisible pour leur santé (tabac) [7], une stratégie d'intervention brève auprès de parents sur l'alimentation et les habitudes de vie de leur enfant de moins de deux ans est susceptible de faire modifier leurs comportements, afin d'aboutir à une diminution conséquente du nombre d'enfants en surpoids ou obèses. Il n'existe pas actuellement d'intervention de ce type validée pour la prévention de l'obésité de l'enfant.

Nous cherchons à évaluer la faisabilité d'une intervention brève destinée aux parents d'enfants à risque de 0 à 24 mois et à tester sa réalisation au quotidien en consultation de soins primaires chez le médecin généraliste ou le pédiatre.
Cette intervention a pour but de prévenir l'obésité infantile en faisant adopter des règles hygiéno-diététiques visant à minimiser l'expression d'une susceptibilité individuelle essentiellement génétique, et non de corriger des comportements auxquels l'obésité de l'enfant parait attribuable.

2 MATERIELS ET METHODES

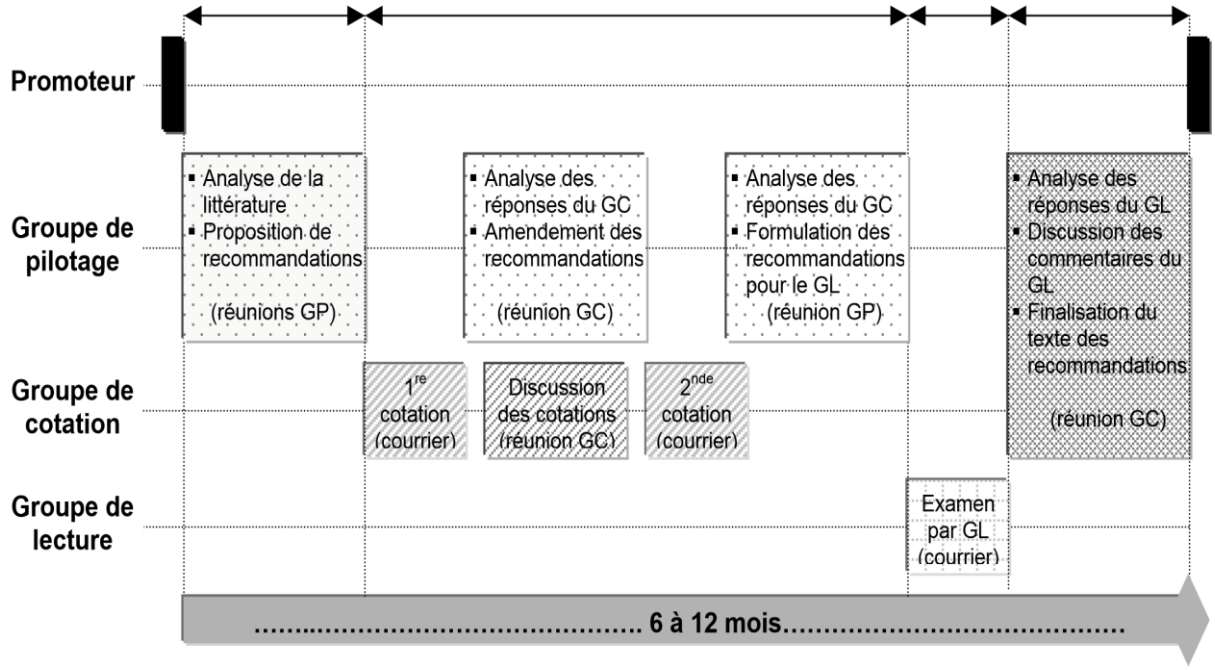
2.1 Place de ce travail dans le projet global

2.1.1 Projet POPIB

Ce travail constitue la troisième sur cinq étapes du projet POPIB (Prévention de l'Obésité de l'Enfant par Intervention Brève).

La première étape a été faite lors d'un travail de thèse de recherche bibliographique [8] pour délimiter le sujet, faire une analyse critique de la littérature, et rédiger un argumentaire bibliographique. Elle a permis de réaliser une grille de cotation qui propose les éléments du contenu d'une intervention brève de prévention de l'obésité de l'enfant et l'identification de marqueurs de risques d'obésité à retenir pour le dépistage ciblé.

La deuxième étape a permis d'élaborer le contenu de l'intervention brève [9]. Les recommandations de la grille de cotation ont été soumises à un groupe d'experts.
Un consensus formalisé d'experts selon la méthode Delphi a permis de valider certaines propositions et de déterminer le contenu de cette intervention.
Cette méthode de consensus formalisé consiste à interroger individuellement, de manière itérative, chaque membre du groupe de cotation, par un questionnaire préétabli. Le travail est effectué par mail ou courrier. Ceci permet d'éviter les phénomènes de dynamique de groupe ou de dominance d'un participant. Elle permet d'obtenir un avis final unique et convergent.



<u>Figure 1</u> : déroulement chronologique de la méthode consensus formalisé (HAS 2006, Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé) [10]. GP : Groupe de Pilotage ; GC : Groupe de Cotation ; GL : Groupe de Lecture

L'étape suivante, objet de ce travail de thèse, correspond à une étude de faisabilité de l'intervention brève de prévention de l'obésité infantile en consultation de soins primaires au cabinet du généraliste ou du pédiatre.

Cette étude sera suivie d'une étude qualitative de faisabilité et d'acceptabilité auprès des parents d'enfants à risque d'obésité.

L'intervention brève sera alors optimisée et finalisée à l'issue des phases précédentes.

2.2.2 Etude de faisabilité de l'intervention brève en médecine ambulatoire

Ce travail est une étude quantitative et qualitative, prospective, de faisabilité en médecine ambulatoire de l'intervention brève dans la prévention de l'obésité de l'enfant, intervention destinée aux parents d'enfants de 0 à 24 mois ayant au moins un des facteurs de risque identifiés.
L'enquête a été réalisée en médecine ambulatoire auprès d'un échantillon de praticiens libéraux volontaires, généralistes ou pédiatres du 02/09/2013 au 10/05/2014.

2.2 Méthodologie de l'étude

2.3.1 Médecins participants

L'étude a été proposée à 55 médecins du Loiret, pédiatres libéraux ou médecins généralistes.
Ils ont été contactés par courrier (annexe 1), puis par téléphone ou directement.
Ce travail n'était pas rémunéré.

2.3.2 Population cible

Les critères d'inclusion sont définis dans la fiche d'intervention brève (annexe 2) remise aux médecins participants, correspondant aux marqueurs de repérage d'enfants à risque d'obésité.
Tous les patients vus lors d'une consultation de soins primaires présentant un des marqueurs de risque devait être inclus dans l'étude.
Les praticiens restaient libres de délivrer l'intervention brève selon les circonstances, son ressenti ou sa disponibilité.
L'étude débutait le 2 septembre 2013 et se terminait le 10 mai 2014 avec le 97ème patient testé.

2.3.3 Déroulement de l'étude

Les praticiens ont été sollicités par courrier puis par téléphone ou à l'oral.
Un entretien individuel entre l'auteur et les praticiens participants était consacré à une information sur l'épidémiologie de l'obésité en France et dans le monde, sa définition en France et les moyens actuels de prévention.

Dans ce même entretien, un deuxième temps a permis de présenter le projet global et d'introduire le contenu de l'étude, et ses modalités de réalisation.
Une fiche reprenant les marqueurs de repérage d'enfants à risque d'obésité et les différents points de l'intervention brève a été remise aux médecins participants (annexe 2)

Une fiche de synthèse destinée aux praticiens était également remise (annexe 3), elle reprenait les données d'identification de l'enfant : prénom, date de naissance, renseignait sur le motif de consultation, le facteur de risque identifié (correspondant au critère d'inclusion).
Le médecin devait également y remplir un commentaire libre (que l'intervention brève ait été réalisée ou non) quant à son ressenti sur la réalisation de l'intervention brève et proposer une phrase Déclic car aucune n'avait été retenue à l'aide de la méthode Delphi. Cette phrase permettrait d'obtenir la prise de conscience par les parents du risque d'obésité de leur enfant et de la nécessité de changer de comportement.

La fin de l'enquête a eu lieu en mai 2014.
L'ensemble des fiches de synthèse a été placée dans une enveloppe timbrée et remis à l'auteur.
4 semaines après la fin de l'enquête, un questionnaire a été adressé par courrier à l'ensemble des médecins participants afin d'évaluer à distance l'acceptabilité et la faisabilité de l'intervention brève (annexe 4).

Puis, 4 semaines après la fin de l'étude, 5 entretiens individuels avec des médecins participants de profils diversifiés ont été réalisés (annexe 5). Ils avaient pour but de compléter l'étude quantitative afin d'aider à comprendre les comportements relationnels qui conditionnent la prise en charge médico-psycho-sociale des patients, dans le cadre de la spécificité de la médecine ambulatoire et de son approche centrée sur le patient.

Ces entretiens utilisaient quatre questions ouvertes pour laisser une expression plus libre que sur les simples commentaires des fiches de synthèse :

- Pourquoi avoir réalisé l'intervention brève/ qu'est ce qui a empêché de faire l'intervention brève ?
- Pensez-vous qu'elle est faisable en consultation de soins primaires ?
- Continuez-vous à l'utiliser à distance de l'étude ?
- Avez-vous des améliorations à proposer ?

Ces entretiens ont été enregistrés sur dictaphone au cabinet médical des 5 médecins participants et retranscrits mot à mot sur un fichier Word, analysés au fur et à mesure et comparés les uns aux autres.

RESULTATS

3.1 Caractéristiques des médecins participants

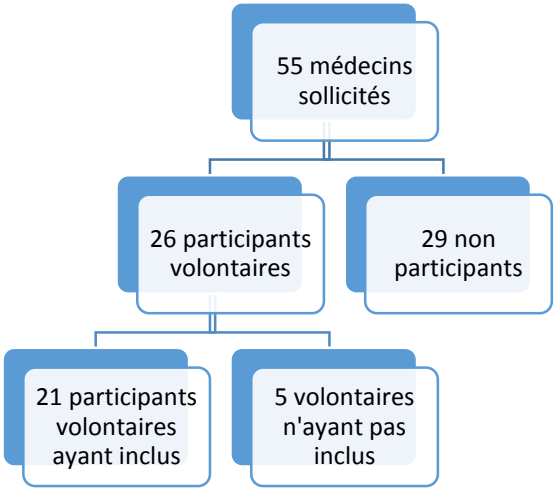


Figure 2 : Caractéristiques des médecins participants

3.1.1 Age, sexe, mode d'exercice

Médecin	Sexe	Age	Nb d'années d'exercice	Mode d'exercice	Spécialité
A	F	59	30	Semi rural	MG
B	F	31	3	Urbain	MG
C	F	40	9	Semi rural	MG
D	H	47	12	Urbain	MG
E	H	48	17	Urbain	MG
F	F	57	27	Urbain	Pédiatre
G	F	59	13	Urbain	Pédiatre
H	H	62	34	Urbain	MG
I	H	63	32	Semi rural	MG
J	H	42	12	Semi rural	MG
K	F	31	0	Remplacement fixe urbain	MG
L	F	44	8	Urbain	MG
M	H	63	35	Rural	MG
N	F	33	5	Semi rural	MG
O	H	31	2	Semi rural	MG
P	H	57	28	Urbain	MG
Q	H	61	33	Rural	MG
R	F	61	28	Urbain	Pédiatre
S	H	65	34	Urbain	Pédiatre
T	F	35	5	Rural	MG
U	F	61	28	Urbain	Pédiatre

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins participants

3.1.2 Synthèse des paramètres socio démographiques

Sexe	F=11 H=10
Age moyen	50 ans (étendue 31-65 ans)
Spécialité	5 pédiatres/ 16 médecins généralistes
Exercice médical - Urbain - Semi rural - Rural	 12 en milieu urbain 6 en milieu semi rural 3 généralistes en milieu rural
Nombre d'années d'exercice moyen	18.8 ans (étendue : 0-34 ans)

Tableau 2 : Synthèse des paramètres socio démographiques

3.2 Résultats de l'enquête auprès des praticiens

3.2.1 Résultats principaux

Les médecins participants ont inclus de 0 à 16 nourrissons à risque chacun.
Durant la période de l'étude, 26 médecins libéraux avaient accepté de participer, 5 pédiatres ayant tous inclus, 21 généralistes dont 5 n'ont pas réalisé d'intervention brève.
Les pédiatres ont réalisé 42% des interventions brèves.
Sur les 16 généralistes ayant inclus des enfants, on note une participation équivalente chez les médecins hommes et femmes, quel que soit leur âge.

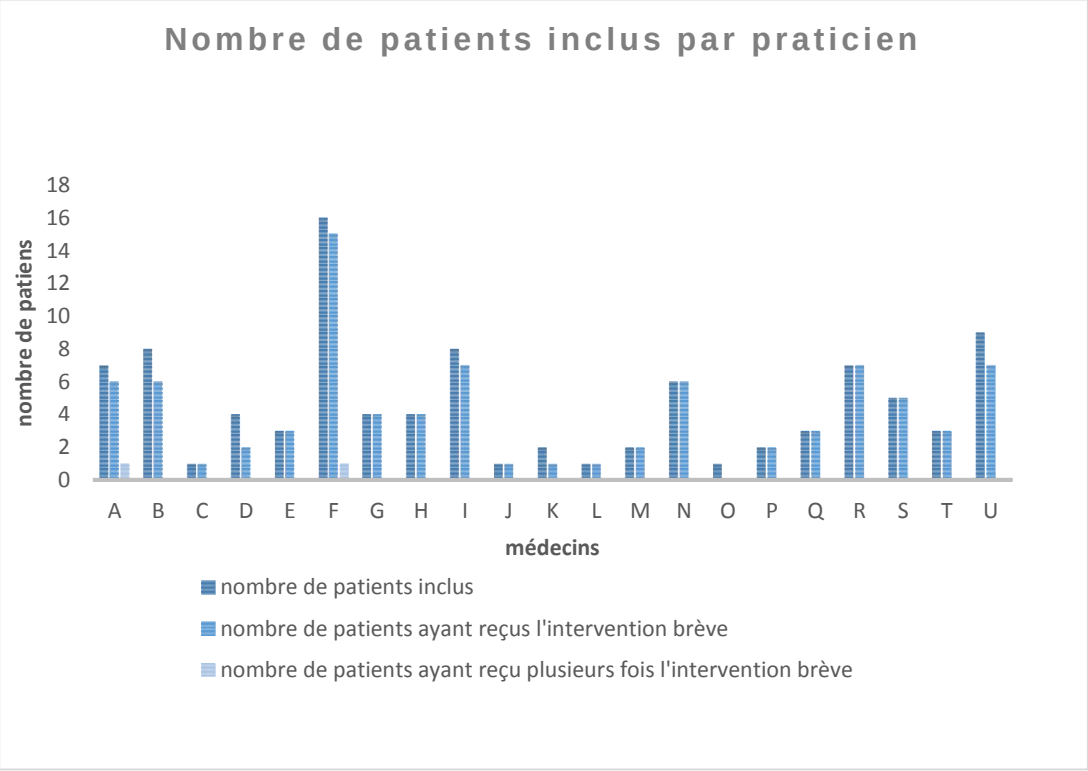


Figure 3 : Nombre de patients inclus par praticiens

88% des nourrissons inclus ont reçu l'intervention brève.
2 nourrissons ont reçu deux fois l'intervention brève.

3.2.2 Caractéristiques des patients inclus

3.2.2.1 Sexe ratio

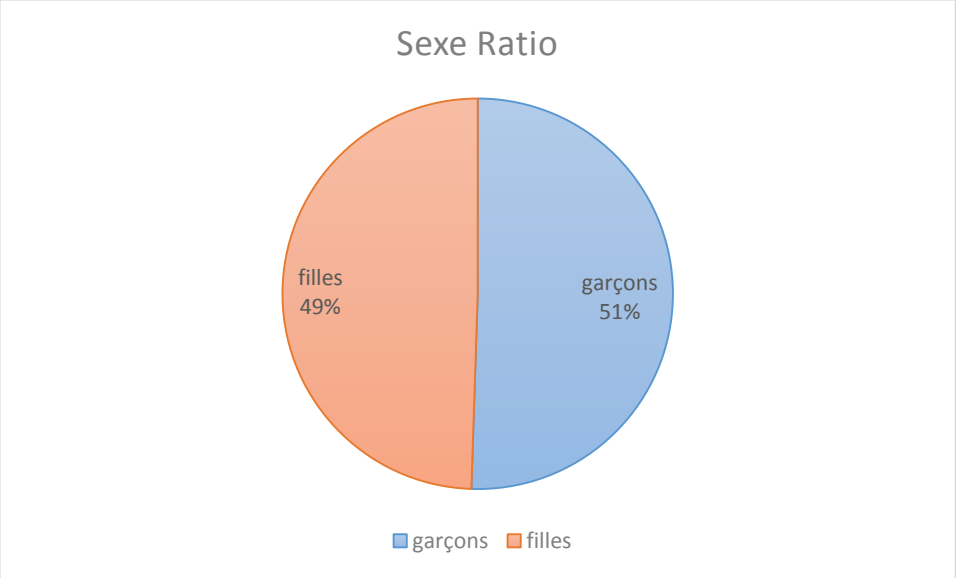


Figure 4 : Sexe ratio

3.2.2.2 Age moyen (figures 5 et 6)

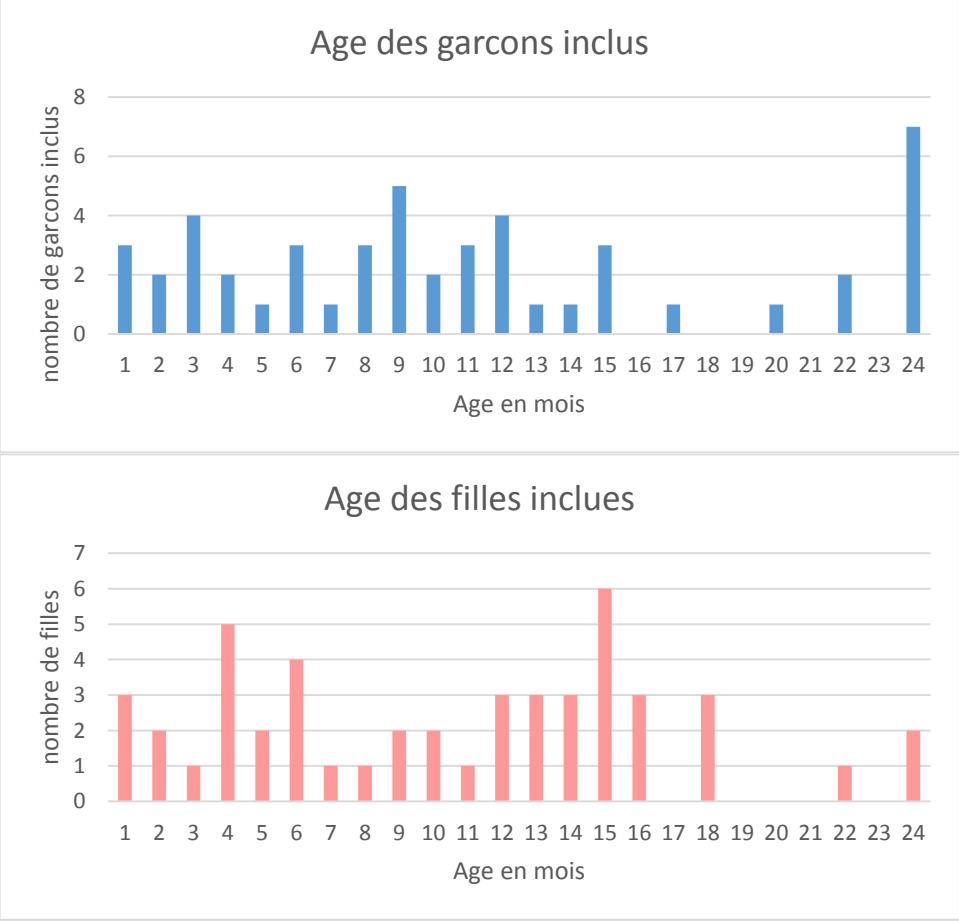


Figure 5 : Age des garçons et des filles inclus

80% des nourrissons reçoivent l'intervention brève entre 0 et 15 mois.

3.2.2.3 Critère d'inclusion retenu

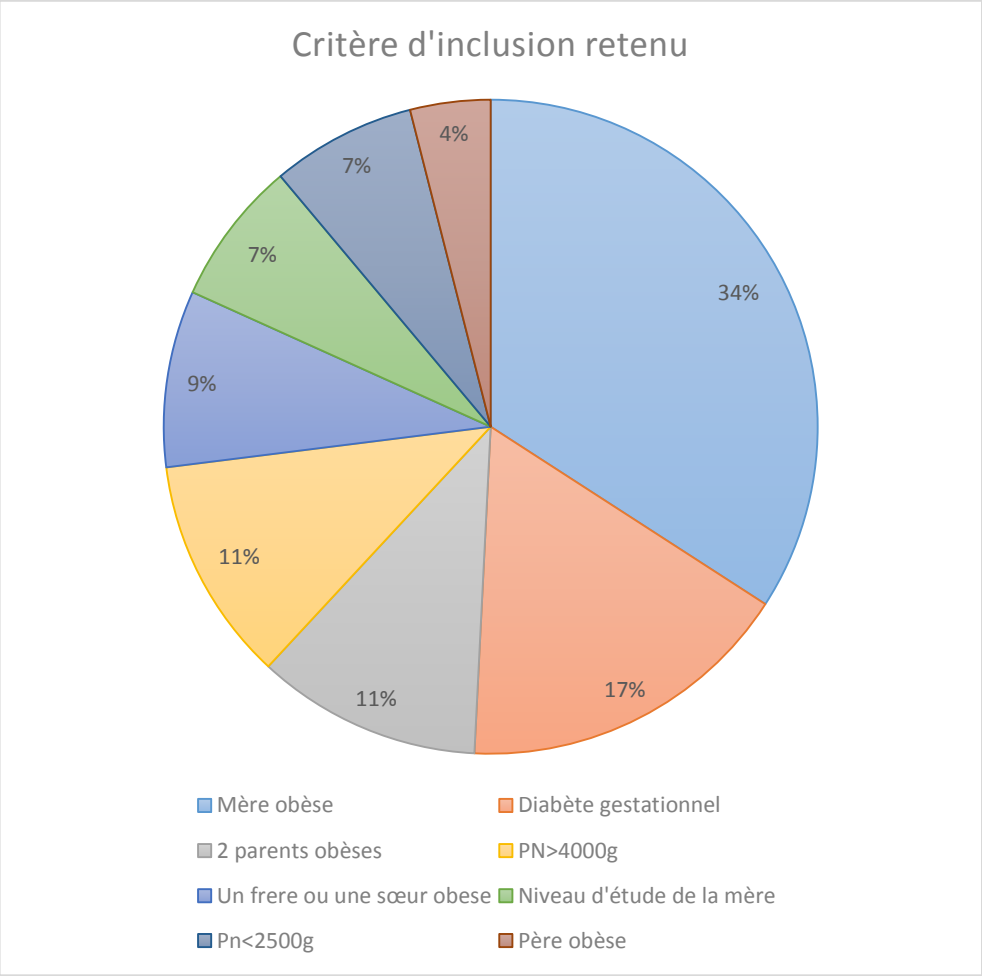


Figure 6 : Critère d'inclusion retenu

3.2.3 Caractéristiques de consultations ayant intégré l'intervention brève

Sur les 97 consultations où l'intervention brève a été faite, 63 étaient des visites de suivi systématique, soit 65%, et 31 étaient des consultations pour une pathologie intercurrente, soit 35%.
Le motif de consultation n'a pas été renseigné pour 3 visites.

3.2.4 Faisabilité et difficulté de réalisation de l'intervention brève

3.2.4.1 Faisabilité de l'intervention brève

A la fin de l'étude, l'ensemble des praticiens ayant accepté de participer y compris ceux qui n'ont pas inclus de nourrissons à risque a considéré l'intervention brève comme faisable et facile à intégrer à une consultation de soins primaires.

(Les citations sont indiquées comme suit : E pour « entretien », suivi du chiffre indiquant le numéro de l'entretien, puis L pour « ligne », suivi du numéro de la ligne dans l'entretien concerné, visible en annexe de la thèse.)

> Entretiens 1-2-3-4-5 :
> E1L22 : « *MK : oui, ça s'intègre assez facilement et c'est assez rapide à faire* »
> E2L90-91 : *« MV : ouais, ça fait partie du boulot, oh bah, c'est… c'est pas difficile, c'est pas compliqué et ça fait partie de notre travail »*
> E3L36-37 : « *MJ : La faisabilité est… n'est pas difficile »*
> E3L39 : « *MJ : Y'en a pas pour long* »

- ✓ Intérêt des participants pour le sujet

Les médecins ayant accepté de participer ont tous invoqué l'importance de leur rôle en terme de prévention et d'information du patient

> Entretiens 1-2-3-4-5
> E1L14 : *« MK : parce que ça m'intéressait de pouvoir agir aussi sur l'obésité de l'enfant »*
> E2L51 : *« MV : ça fait partie des choses importantes »*
> E2L91-92 : *« MV : ça fait partie de notre travail complètement de toute façon, c'est du domaine de la prévention* »
> E3L17 : « *MJ : Effectivement, c'était intéressant* »
> E4L14 : *« MI : Ça me parait être un enjeu de santé publique majeur… Dans l'avenir* »
> E5L65 : « *MG : C'est bien, c'est important…* »

- ✓ Rapidité de l'intervention brève

11 participants ont spontanément expliqué avoir apprécié sa rapidité et disent ne pas avoir eu de difficulté pour l'énoncer.
La plupart des participants a exprimé un intérêt pour la prévention de l'obésité et soulignent l'intérêt d'un outil de communication rapide.

> Entretiens 1-3-5
> E1L22 : « MK : o*ui, ça s'intègre assez facilement et c'est assez rapide à faire* »
> E3L49 : « *ça dure pas longtemps* »
> E5L87-88 : « *MG : ça permet de donner quelques conseils et c'est assez vite fait* »

- ✓ Intérêt d'un outil standardisé

4 participants ont apprécié le fait d'avoir un outil standardisé, réalisé par un groupe d'experts.

Entretien 4-5

E4L148-149 : *« MI : Ça met en forme les choses un peu mieux… Ça les… Ça les classifient un peu mieux* »

E5L5L74 : *« MG : Donc, c'est bien, ça permet de dire les choses et de bien poser »*

3.2.4.2 Difficultés de réalisation de l'intervention brève

- ✓ Motif de non-participation

Sur 55 médecins contactés, 29 n'ont pas souhaité participer à la réalisation de l'étude soit 52.7%.
11 médecins n'ont pas répondu au courrier de sollicitation ni au second contact,
18 médecins n'ont pas souhaité participer invoquant le manque de temps
Pour 3 d'entre eux, c'est l'impression d'inefficacité en matière de prévention de l'obésité qui a aussi été invoquée comme raison du refus de participation.

Les 6 médecins s'étant portés volontaires et n'ayant pas inclus de patient ont expliqué manquer de temps, ne pas avoir pensé à l'intervention brève lorsque des enfants à risque étaient en consultation, avoir préféré faire à leur façon la prévention de l'obésité, et pour un, s'être senti mal à l'aise de parler de prévention de l'obésité dès les premiers mois de vie.

Entretien 2 :

E2L73 : « *MV : Tout simplement, j'ai oublié* »

- ✓ Freins à la réalisation de l'intervention brève

- o Manque de temps

Le manque de temps a été le frein le plus régulièrement évoqué par chaque participant, même si beaucoup reconnaissent que l'intervention est effectivement rapide à réaliser. Ils expliquent également craindre qu'elle entraine une longue discussion autour de la prise en charge de l'obésité et du surpoids.

Entretiens 4-5

E4L66-67 : *« MI : Il faut arriver à faire passer avec un minimum de temps, parce qu'on n'a pas toujours le temps* »

E4L69-70 : « *MI : on n'a pas un temps fou à y consacrer* »

E5L70 : « MG : je fais l'urgence et c'est tout, pas le temps pour ça ! »

- o Oubli

Beaucoup ont exprimé ne pas penser à l'intervention brève par oubli, en présence de certains facteurs de risque, au cours de leurs consultations

Entretiens 1-2-3-5

E1L31 : *« MK : quand j'y pense* »

E2L77 : « *MV : J'ai oublié parce que… parce que j'ai plein de chose à penser, parce qu'on est très pris* »

E3L41 : *« MJ : il faut qu'il y ait un certain réflexe pour y penser* »

E3L72 : « *MJ : même si y'a parfois des loupés* »

E5L47 : « *MG : Le problème c'est que j'y pense pas* »

La mémorisation intégrale de l'intervention brève était jugée comme difficile pour 12 des participants, elle a donc été effectuée partiellement ou pas réalisée lorsque le médecin n'avait pas le support écrit à portée.

Entretiens 1-5

E1L31-32 : « *MK : Quand j'y pense, j'utilise quelques questions, pas la totalité* »

E1L38 : « *MK : J'ai du mal à retenir les 5 d'un coups* »

E1L82-83 : *« MK : l'intervention avec les 5 petites questions que je retiens pas forcément, euh… j'en oublie souvent* »

E5L86 : « *MG : des fois, je pense à toi, je recase 2 ou 3 messages mais pas en entier* »

4 semaines après la fin de l'étude, 14 participants sur les 21 ayant inclus des enfants continuent à utiliser l'intervention brève, soit 66%, mais ils expliquent en garder une utilisation partielle, ou reformulée.
Le dernier tiers explique oublier de la réaliser à distance de l'étude, sans sollicitation.

Entretiens 1-2-4-5

E1L41 : « MK : *Les questions sur lesquelles les gens ont le plus tiqué ou le plus réagi. Donc, je continue à les utiliser celles-là.* »

E2L85-87 : « *MLP : - Alors, tu continues à le faire ou pas ? MJ : -Peu* »

E4L93-95 : « *MLP : - Est-ce que tu continues à le faire ? MI : - Alors, oui… pas tout le temps.* »

E5L83-87 : *« MLP : - tu continues à te servir de l'intervention brève ? MG : -Bon, des fois, je pense à toi, je recase 2 ou 3 messages mais pas en entier, mais oui, ça arrive »*

L'auteur a reçu plusieurs suggestions pour pallier à cet obstacle :
- l'intégration de l'intervention brève au logiciel
- l'intégration de l'intervention brève au carnet de santé

Entretien 3

E3L37 : *« MJ : si on devait faire ça d'une manière systématique il faudrait intégrer ça, je sais pas, sur le logiciel, enfin, qu'il y ait un pense-bête pour y penser »*

- Manque de légitimité

Un des médecins a expliqué ne pas avoir réalisé l'intervention car il a eu l'impression de manquer de légitimité, en tant que jeune homme et pas encore parent auprès d'une maman de famille nombreuse.

- Gêne

Le surpoids maternel a parfois été un frein, car le médecin n'était pas à l'aise pour introduire l'intervention brève à partir de ce facteur de risque.
Sur les 97 enfants retenus à risque, seuls 2 ont été inclus sur le seul facteur du niveau d'étude de la mère, les participants à l'étude ont fait la remarque d'un facteur de risque qui leur a semblé peu clair et difficile à apprécier, 8 des participants l'ont jugé discriminatoire.

- Mauvaise réception de la part de la famille

L'un des participants a interrompu à 2 reprises son intervention brève devant un parent non réceptif ou vexé.

- Inadaptée à certaines consultations

Les conseils portants sur les écrans ont été jugés moins pertinents par certains médecins investigateurs très précocement : 8 médecins ont souligné ce point spontanément lors de la présentation de l'étude, mais 3 des participants ont pointé l'intérêt des conseils axés sur la prévention de la sédentarité dès le plus jeune âge dans les familles où les chambres sont partagées avec un aîné.

Pour 16 des 21 médecins ayant inclus des patients, l'intervention brève était moins intéressante chez les nourrissons aux premiers mois de vie, expliquant avoir de nombreux conseils et informations à donner aux parents, plus adaptés à cette période. Certains l'ont même jugée hors de propos à cette période.

> Entretiens 1-5
> E1L52-54 : *« MK : Moi j'avais un peu du mal chez les tout-petits, les moins d'un an, pour faire les interventions parce que vraiment les parents, j'avais l'impression, ça les choquait, et je pense que moi aussi »*
> E5L35-37 : *« parce que chez les tout-petits (1 mois… 3 mois…) bon, c'est vrai hein, on a bien vos facteurs de risque en tête, mais ça sort d'où de leur parler de la télé et des consoles ? C'est tôt… c'est tôt, trop tôt quand même, non ? »*

Pourtant, ils ont été nombreux à expliquer que le facteur de risque du poids de naissance était plus facile à relever lors des premières consultations.

> Entretien 3
> E3L81 : *« MJ : j'ai plus tendance à y penser maintenant pour les nouveau-nés, parce que… MLP : bah oui ! T'as le poids de naissance ! MJ : voilà !»*

Au final, on observe une répartition assez harmonieuse des âges des enfants inclus.
Les consultations pour fièvre ou autres pathologies aigues étaient jugées moins propices à sa réalisation.
9 participants ont proposé d'intégrer cette intervention brève lors de l'examen obligatoire du 9ème mois et du 24ème mois, on remarque effectivement que 65% des interventions brèves ont été réalisées lors de visites systématiques pour le suivi des nourrissons, contre 35% lors des consultations d'urgence.

Entretiens 2-5
E2L44-45 : *« MV : Ça c'est des choses que je fais implicitement, sans référence à la thèse : quand je constate ça, quand c'est des visites systématiques ou des vaccins »*
E5L33-34 : *« MG : d'ailleurs… les vaccins au 11eme mois… moi, j'ai pas besoin de les voir au 11eme mois, alors c'est le bon moment à mon avis et puis 24eme ça permet de donner un peu de conseils pour… pour la suite »*

- Formulation inadaptée

Une participante, pédiatre libérale, a expliqué avoir modifié l'intervention brève et l'a utilisée en la reformulant, afin de retirer les négations des recommandations dans le but de faciliter la communication.
Elle pense que le message est alors mieux perçu par l'investigateur et les parents.

Entretien 5
E5L21-25 : « *MG : j'ai un gros point noir là-dessus : pourquoi toutes les phrases sont formulées par la négative ? Tous les conseils commencent par NE PAS, ça c'est pas mon truc tu vois, on pourrait plutôt être encourageant, c'est plus facile de conseiller et de faire de la prévention avec un message positif, vous croyez pas ?? »*
E5L75 : *« MG : vraiment, il faut refaire la formulation »*

Concernant sa reproductibilité, peu de participants ont délivré plusieurs fois l'intervention brève pour un même enfant, souvent par manque de temps ou car ils n'y ont pas pensé, mais un médecin a expliqué que la première intervention avait été assez difficile et mal reçue par la famille qui s'était sentie mal à l'aise et elle n'a donc pas osé recommencer.

Entretien 4
E4 L173 : « *MI : euh... On a besoin que ça puisse être reproductible donc on va des fois y passer, euh... On peut y passer un quart d'heure- 20 minutes ok, mais on peut pas passer un quart d'heure-20 minutes à chaque fois qu'on voit le gamin quoi ! »*

- Modification de l'intervention brève

Ultérieurement, les participants semblent disposés à poursuivre la réalisation de l'intervention brève en soins primaires (66%) mais la plupart des investigateurs a expliqué la modifier selon le contexte. Les participants ont tous reconnu lors de la présentation de l'étude l'intérêt d'une prévention ciblée, mais lors de la fin de l'étude,

6 médecins ont jugés dommage de la réserver uniquement aux enfants de 0 à 24 mois et sur ces seuls facteurs de risque, ils ont continué de façon plus large en réalisant parfois une intervention brève partielle ou reformulée.

Entretiens 2-3-4-5

E2L101 : « *MV : Je continuerai pareil, à ma sauce* »

E3 L102-103 : *« MJ : moi je pense qu'il faudrait que ce soit intégré dans un conseil plus global »*

E4L108 : « *MI : Mais je reprends pas automatiquement les items telles que quoi !* »

E4L115 : *« MI : d'une façon un peu instinctive, c'est surtout ça quoi. Alors, de là à reprendre les items, non !* »

E4L157 : *« MLP : est-ce que tu vois des améliorations proposer pour cette intervention brève… À ce… MI : (rit) MLP : à cette prévention ciblée ? MI : Simplification ! »*

E5L75 : *« MG : Il faut refaire la formulation »*

4. DISCUSSION

Cette étude montre une faisabilité encourageante de l'intervention brève en médecine ambulatoire du point de vue des praticiens.
En effet, l'ensemble des participants l'a bien acceptée, dans le cadre des soins primaires.
L'intervention brève dans le domaine de la prévention de l'obésité infantile semble donc être un outil intéressant, comme dans le domaine de la prévention des risques liés à l'exposition solaire [11] ou encore dans le domaine du mésusage d'alcool [12]. Là encore, différentes études de faisabilité d'interventions brèves ont également montré une bonne acceptabilité par les praticiens.

Certaines limites ont été identifiées au cours de cette étude :

4.1 Biais Méthodologiques

4.1.1 Biais de sélection des médecins participants

La sélection des participants ne résulte pas d'un tirage au sort : ils ont été sélectionnés dans l'annuaire en recherchant des médecins généralistes ou pédiatres libéraux dans le Loiret ou par connaissance au cours des stages, remplacements et formations de l'auteur de l'étude.
Ils ont été sollicités par courrier postal puis soit par téléphone, soit directement.

On ne peut donc pas extrapoler les résultats obtenus à l'ensemble de la population médicale française.

De plus, le sex-ratio des participants ne reflète pas les données des statistiques des paramètres socio démographiques publiées par le conseil national de l'ordre des médecins au 1er janvier 2014 [13].
En effet, la population médicale française compte 57% de médecins hommes et 43% de femmes, celle du Loiret compte 59% d'hommes contre 41% de femmes et dans notre étude, on compte 48% d'hommes pour 52% de femmes.

Leur moyenne d'âge est par contre proche de celle observée dans les statistiques.
L'âge moyen des médecins en France est de 52 ans, 54 ans dans le Loiret et 50 ans dans notre étude.

On ne compte que 15% de médecins participants en médecine rurale, alors que 25% de la population du Loiret vit en milieu rural en 2010 [14], mais le Loiret ne compte pas de pédiatre exerçant en dehors du milieu urbain, le taux de généralistes participants en milieu rural est donc de 19%, ce qui reste bas pour représenter l'ensemble de la population médicale générale française.

L'enquête ne compte que 5 pédiatres investigateurs, mais cela représente 45% de la population des pédiatres installés dans l'agglomération orléanaise.

4.1.2 Taille de l'échantillon

L'échantillon de 26 médecins est trop restreint pour être représentatif de la population de l'ensemble des médecins libéraux, mais il est varié.
Ce biais organisationnel aurait pu être réduit en adressant des courriers systématiques à tous les médecins généralistes et pédiatres figurant dans l'annuaire du Loiret pour augmenter l'effectif des investigateurs.

4.1.3 Biais d'auto sélection

La participation à l'étude étant basée sur le volontariat, on peut estimer que les médecins ayant accepté de participer étaient intéressés par le sujet et ont plus réalisé d'interventions brèves que la population générale de médecins libéraux ne l'aurait fait.

4.1.4 Implication des praticiens dans l'étude

Les 2/3 des participants connaissaient l'auteur de ce travail, ce qui a probablement renforcé leur motivation et leur acceptabilité pour la réalisation de l'intervention brève.

4.1.5 Biais des nourrissons inclus

Seuls 2 nourrissons ont reçus 2 fois l'intervention brève, probablement du fait de la courte durée de l'étude sur 8 mois, mais aussi par manque d'information des praticiens sur l'importance de reproduire l'information brève.

4.2 Analyse de résultats

4.2.1 Profils des médecins participants

75% des généralistes et 100% des pédiatres participants ont inclus des enfants, avec une participation équivalente selon le sexe et l'âge.
Les pédiatres ont réalisé 42% des interventions brèves, une des pédiatres investigatrices a inclus 16.5% de l'effectif des enfants.
On peut considérer que les pédiatres ont eu plus de recrutement, principalement dans le cadre des consultations de suivi systématique qui ont été plus favorables à la réalisation de l'intervention brève.

4.2.2 Profils des nourrissons inclus

- Sexe

Le sexe des nourrissons n'a pas influencé l'attitude des participants avec 49% de filles et 51% de garçons.

- Age

Si les participants ont souvent mentionné une intervention inadaptée aux très jeunes nourrissons, on constate pourtant que passé 15 mois, moins de nourrissons étaient inclus, à l'exception de la consultation systématique du 24ème mois.
En pratique, 80% des enfants inclus ont été sélectionnés entre 0 et 15 mois.
C'est l'axe ciblé sur la prévention de la sédentarité qui a parfois semblé inadapté à l'âge.
On notera sur ce point, un avis différent de la part de 3 médecins exerçant en zone défavorisée qui soulignent le fait que le nourrisson partage souvent sa chambre avec un aîné et nécessite alors qu'on énonce l'importance d'éviter les écrans.

Actuellement, la prévention de l'obésité se fait principalement chez les enfants d'âge scolaires, chez des enfants de plus de 5 ans.
Plus précocement, elles sont plus rares, menées en crèches et garderies, dans les centres de prévention sociale et par les praticiens de soins primaires, pourtant, d'un point de vue physiologique, l'âge de 0 à 24 mois est une période charnière pour la régulation à long terme de la balance énergétique [6].

Les programmes menés actuellement par le PNNS sont surtout des programmes de prévention collective à travers les collectivités locales et les écoles. L'un des objectifs du PNNS est de diminuer la prévalence de l'obésité chez l'adulte comme chez l'enfant [15]. Pour se faire, il met en place un plan de dépistage précoce, création de réseau de prise en charge et efforts de formation des professionnels de santé, notre outil de prévention s'intègre parfaitement dans cet effort et permet d'y associer les praticiens de soins primaires.

- Facteur de risques identifiés

Les participants expliquent que les facteurs de risque tels que le diabète gestationnel et le poids de naissance sont oubliés lorsque l'enfant grandit.

C'est clairement le facteur de risque de l'obésité maternelle qui est le plus fréquemment retrouvé dans 1/3 des inclusions.

Seuls 2 enfants ont été inclus sur le seul facteur du niveau d'étude de la mère, jugé difficile à évaluer, et discriminatoire pour 8 des participants. Au total, 9 des 97 enfants inclus l'ont été sur ce facteur associé avec un ou plusieurs autres.
Seule une pédiatre a inclus un enfant sur ce facteur de risque, associé à l'obésité maternelle, et a expliqué ne pas connaître le niveau d'étude de la mère dans de nombreux cas. Les médecins généralistes dits « médecins de famille » ont également témoigné de la difficulté à identifier ce facteur de risque.
Dans la thèse précédente, lors de la sélection de marqueurs de risque par les experts, l'acceptabilité de ce facteur de risque avait été débattu [8], il a cependant été conservé car jugé pertinent. En pratique, il faudra définir clairement comment identifier ce bas niveau d'étude.

Le facteur de risque le moins retrouvé est l'obésité paternelle chez les pédiatres comme les généralistes, peut-être car le père consulte moins le médecin et que c'est encore souvent la mère qui accompagne le nourrisson au cabinet médical.

4.2.3 Profils des consultations ayant inclus l'intervention brève

- Motifs des consultations

Il est certain que les médecins principalement pédiatres, mais aussi généralistes réalisent beaucoup plus facilement l'intervention brève lors de suivis systématiques : 65% des interventions brèves ont été réalisées à cette occasion.

Il a été rapporté par de nombreux participants que certaines consultations comme les viroses ou autres pathologies aigues ne se prêtent pas à une action de prévention.

On peut donc envisager d'inclure cette intervention brève lors de différentes consultations systématiques afin qu'elle soit répétée et que les médecins y pensent.

Comme dans la thèse précédente, sur l'élaboration de l'intervention brève [9], aucune phrase DECLIC n'a été proposée, l'intervention a souvent été introduite dans le cadre d'une étude de prévention de l'obésité, systématique, en abordant rarement le facteur de risque identifié.
Cela évitait au médecin de donner l'impression d'être stigmatisant.
Ainsi, le fait de délivrer l'intervention brève de façon systématique lors des consultations des premiers mois et des suivis obligatoires permettrait peut-être aux médecins de l'introduire plus facilement.

Il existe aussi une confusion chez certains participants entre les préventions primaires, secondaires, universelles et ciblées : beaucoup auraient souhaité inclure des nourrissons n'ayant pas de facteurs de risque mais sortant de courbes staturo-pondérales, certains ont regretté que la prévention par l'intervention brève s'arrête à 24 mois.
Malgré l'information sur l'intérêt d'une prévention primaire, en pratique courante, l'information de prévention du surpoids et de l'obésité est principalement délivrée chez des enfants déjà obèses, on peut proposer une amélioration de la formation sur ce point et différencier prévention et prise en charge.

- Reproductibilité de l'intervention brève

Seuls 2 enfants sur les 97 enfants inclus ont reçu 2 fois l'intervention brève, possiblement du fait de la faible durée de l'étude mais aussi du fait de l'oubli, principalement, et du manque de temps.
Une formation sur la technique de l'intervention brève, expliquant le bénéfice de la répétition des messages [16] pourrait améliorer sa reproductibilité en pratique courante.
En Australie, l'efficacité de la prévention précoce de l'obésité dans les zones défavorisées basées sur 8 visites depuis la grossesse jusqu'à l'âge de 24 mois, a mis

en évidence une différence sur l'IMC des enfants à l'âge de 2 ans ; cette prévention précoce semble donc être efficace, mais à condition d'être répétée [18].

On envisage également de nouveau l'intérêt d'un support écrit et d'une prévention ciblée systématique lors des 12 consultations systématiques remboursées par la sécurité sociale.

4.3 Comparaison et extrapolation de résultats

4.3.1 Manque de temps

La crainte du temps passé à parler de la prévention de l'obésité de l'enfant est le motif principal de non réalisation de l'intervention brève.
Même si l'ensemble des participants a apprécié la rapidité de l'intervention, ils expliquent appréhender une discussion plus détaillée sur la prévention de l'obésité, surtout quand c'est un apparenté obèse qui a été le facteur de risque identifié, et de s'engager dans une consultation sur la prise en charge de l'obésité, plus longue.

On retrouve également ce frein dans la thèse de Charlotte Ginet sur la difficulté de réalisation de la prévention de l'obésité infantile en soins primaires [17].

De même, en Australie, une autre forme d'intervention brève destinée à la prévention de l'obésité de l'enfant est pratiquée par des infirmières praticiennes, et c'est encore le temps qui ressort comme frein à sa pratique [18].

Dans l'enquête d'opinion en Aquitaine auprès de médecins généralistes [19], un tiers soulignent le manque de temps pour réaliser des actions de prévention.

Dans une enquête de pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé réalisées sur un panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur [20], ce sont les 2/3 des participants qui ont déclaré manquer de temps pour réaliser les actions de prévention.

On peut envisager l'intérêt d'élargir cette stratégie de prévention à d'autres professionnels de santé de premier recours, pour réaliser cette intervention brève comme c'est le cas en Australie.
En effet, les médecins généralistes et pédiatres libéraux comptent d'évidence parmi les premiers professionnels désignés pour diffuser l'intervention brève mais cette pratique s'adresse également à l'ensemble des professionnels qui occupent une place privilégiée au contact de l'ensemble de la population.
En France, cette intervention pourrait donc également être faite en crèche ou en consultation de Protection Maternelle et Infantile.
La réalisation d'un livret de conseils hygiéno-diététiques détaillés pour les parents de nourrissons repérés à risque, ayant reçu l'intervention brève permettrait aux médecins de synthétiser les messages essentiels et d'avoir un support écrit complet associé pour le complément d'informations nécessaire.
Cet outil permettrait de distinguer les consultations de prévention et de prise en charge et permettrait une meilleure gestion du temps.

4.3.2 Oubli

Lorsqu'un facteur de risque est identifié, l'intervention brève est réalisée dans 88% des cas, c'est donc principalement le repérage du facteur de risque qui gêne la réalisation de l'intervention, ce qui peut être amélioré en développant la formation et en multipliant les supports contenant l'intervention brève.

Certains généralistes ont proposé d'inclure l'intervention brève dans la trame des consultations systématiques, jugées plus propices.
Pour intégrer plus facilement cet outil à leurs consultations, deux médecins ont proposé de l'inclure dans leur logiciel de consultation dans les dossiers de petite enfance, d'autres ont proposé de l'inclure dans le carnet de santé, une participante, avant l'étude, avait réalisé une affiche d'information ayant 3 items communes avec l'intervention brève dans sa salle d'attente, mais cela ne cible pas les enfants à risque.
Au final, il semble intéressant de multiplier les supports pour l'intervention brève, cela permettrait aux parents d'y avoir accès facilement et pourrait servir de rappel au praticien.

On peut envisager d'ajouter l'intervention brève au début du carnet de santé des enfants sous la forme d'une fiche de conseils délivrée lorsqu'un facteur de risque est identifié chez le nourrisson.
Le graphisme de cette fiche pourrait être élaboré avec l'aide de publicistes, afin d'en faire un support attractif.
Cela est d'autant plus intéressant qu'on constate que les premiers conseils de prévention du surpoids et de l'obésité arrivent tardivement dans le carnet de santé [21].
Par ailleurs, il propose de favoriser la consommation d'eau, et d'éviter les consoles de jeux, mais on pourrait ajouter de ne pas interdire d'aliment, de ne pas forcer à finir son assiette et d'interdire la télévision dans les chambres des moins de 2 ans.

De même, le site pedia.doc, [22] traitant de la santé de l'enfant en premier recours, permet de trouver une source importante de conseils concernant l'axe de l'alimentation et de la prévention chez le nourrisson, cependant, seul le conseil de ne boire que de l'eau à table figure dans le site, les 4 autres recommandations de l'intervention brève ne sont pas présentes, on pourrait envisager de les ajouter.

Le site Abécédaire de pédiatrie [23], dans son chapitre « erreurs alimentaires », indique : « impossible de tout dire », cette intervention brève pourrait y figurer également.

4.3.3 Gêne

Dans cette étude, seuls 2 enfants à risque n'ont pas reçu l'information brève du fait de la gêne du médecin pour aborder le problème du poids, les taux décrits dans d'autres études de prévention de l'obésité sont plus importants, évalués à 20% [19] chez les médecins généralistes d'Aquitaine, on peut donc estimer que l'information brève permet d'aborder plus facilement le problème de la corpulence.

Il était également décrit dans la thèse de C.Ginet [17] une peur d'induire de la souffrance et la crainte d'être pourvoyeur de mauvaises nouvelles en parlant de surpoids chez un nourrisson apparemment en bonne santé, cela n'a pas été décrit dans notre étude.

Il a par ailleurs été montré que la plupart des patients (particulièrement ceux en surpoids ou obèses, mais pas uniquement) souhaitent d'avantage d'aide quant à leur poids quand ils consultent en soins primaires [24].

4.3.4 L'outil standardisé

Dans notre étude, 4 participants ont souligné l'importance d'avoir des outils validés lors des consultations de prévention,
De même, dans la thèse de C. Ginet sur la difficulté de réalisation de la prévention de l'obésité infantile en soins primaires [17], les médecins avaient regretté le manque de données scientifiques validées dans le domaine de la prévention de l'obésité infantile et exprimé le souhait d'avoir des référentiels scientifiques validés.

Cet outil simple et rapide explique également le fait qu'aucun médecin n'a mentionné avoir le sentiment de manquer de formation pour réaliser cette prévention contrairement aux autres études [17], [25].

4.3.5 La rémunération et le coût

Dans plusieurs études précédentes dont la thèse de C. Ginet sur la difficulté de réalisation de la prévention de l'obésité infantile en soins primaires [17] ainsi que dans une enquête d'opinion auprès des médecins généraliste d'Aquitaine [19], l'absence de rémunération spécifique a été exposée comme revendication.
A aucun moment de notre étude cette revendication n'est apparue, probablement du fait de la rapidité de réalisation de l'intervention brève.

Mais, on peut tout de même envisager un autre type de rémunération pour la formation à la prévention et à la bonne réalisation de l'intervention brève.
Des financements peuvent également être nécessaires pour l'élaboration et la diffusion de fiches reprenant les recommandations de l'intervention et de brochures d'éducation.

Il faut garder à l'esprit que ce coût semble raisonnable par rapport aux gains potentiels en terme de santé publique et modéré face à l'ensemble de la campagne de prévention réalisée actuellement.

4.4 Perspectives d'amélioration

4.4.1 Multiplier les supports de diffusion

Les investigateurs ont bien accepté la réalisation de l'intervention brève en soins primaires.
Ceux qui avaient accepté de participer et n'ont pas inclus d'enfants invoquent l'oubli plus qu'un manque de motivation ou de temps.
On peut donc envisager de multiplier les supports de diffusion de l'intervention brève sur les carnets de santé, dans les logiciels, dans les sites visant à aider les praticiens en premier recours en pédiatrie, sur des supports comme la fiche diffusée lors de l'étude avec un graphisme amélioré et par l'édition de livrets plus détaillés.

4.4.2 Reformulation

Une nouvelle formulation de l'intervention brève pourrait être envisagée afin d'améliorer la communication et délivrer les conseils sous forme positive.

On peut envisager une intervention brève reformulée sur ce modèle :

- Boire de l'eau à table
- Manger de tout, sans interdit
- Accepter de laisser dans son assiette
- Favoriser les activités physiques chez les enfants de moins de deux ans en :
    - évitant les consoles de jeux
    - les télévisions dans les chambres

4.4.3 Associer d'autres professionnels de santé à sa mise en œuvre

De la même façon qu'en Australie [18], on peut penser que des intervenants multiples, en crèche, en PMI, permettrait une augmentation de la diffusion de l'intervention brève, en association avec les médecins libéraux.

4.4.4 Proposer des formations

Lors du début de l'étude, l'objectif étant de tester en pratique courante la faisabilité d'une intervention brève de prévention de l'obésité infantile de la façon la moins contraignante possible, en soins primaires, par des médecins pédiatres et des médecins généralistes, le projet leur a donc été présenté sur leur lieu d'exercice avec une formation rapide par l'auteur de l'étude,
Ici, bien que tous les participants en début d'étude aient apprécié l'aspect précoce de la prévention, en pratique, ils ont eu des difficultés à aborder ce thème dès les premiers mois de vie.
Beaucoup utilisent l'intervention brève chez des nourrissons déjà en surpoids, confondant préventions primaires et secondaires.

L’intérêt de renforcer la formation est également recommandé dans les autres domaines d’utilisation de l’intervention brève telle que la consommation excessive d’alcool afin de vaincre les réticences pour utiliser les différents outils proposés [25], [26]. Le fait d’avoir inclus une formation initiale permettait d’augmenter l’adhésion des soignants.

Au final, il semble qu’un complément de formation pourrait aider les participants sur différents points :

- Rappeler l’intérêt de la prévention précoce,
- Identifier la différence entre prévention primaire et secondaire,
- Former à l’intervention brève.

CONCLUSION

Au total, il semble que l'intervention brève dans le cadre de la prévention de l'obésité infantile soit un outil utile et s'intègre bien au cadre de la médecine ambulatoire.

Dans notre étude, lorsqu'un facteur de risque était identifié, l'information brève était réalisée dans 88% des cas, et les 2/3 des participants ont conservé l'outil à distance de l'étude et estiment pouvoir facilement l'intégrer dans leur routine de fonctionnement. Ils ont apprécié le caractère ciblé de cette prévention en n'imposant pas à l'ensemble d'une population de modifier ses habitudes, mais en la réservant aux individus à risque même si beaucoup ont été tentés de délivrer l'information brève à un public plus large au final.

Par ailleurs, nous avons pu identifier certains obstacles à sa réalisation en soins primaires et envisager quelques modifications dans le but de l'améliorer et de favoriser sa réalisation et sa répétition auprès des familles concernées en pratique courante.

Il faut :

- Reformuler l'intervention brève en supprimant les négations des recommandations dans le but d'améliorer la communication.

- Favoriser le repérage des marqueurs de risque par le praticien en intégrant cette intervention à la trame des consultations de suivi des nourrissons et aux logiciels médicaux par exemple.

- Développer des supports attractifs contenant l'intervention brève, travaillés avec des publicistes pour favoriser sa diffusion.

- Développer des formations pour les professionnels de santé.

Une enquête de faisabilité et d'acceptabilité doit être menée auprès des parents d'enfants à risque afin de continuer à optimiser l'intervention brève.

On pourrait également suivre une cohorte d'enfants à risque d'obésité et évaluer l'impact de l'intervention brève sur les habitudes alimentaires et d'hygiène de vie de leurs familles, voire même sur l'Indice de Masse Corporelle des nourrissons par l'intermédiaire d'études qualitatives et quantitatives.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. (2011). Synthèse de recommandations de bonne pratique. Surpoids et Obésité de l'enfant et de l'adolescent.

2. TOUNIAN (2007) Obésité infantile. Ecartons nous des sentiers battus ! Cholé-doc, n°102

3. SUMMERBELL, C.D., WATERS, E., EDMUNDS, L.D., KELLY, S., BROWN, T., & CAMPBELL, K.J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database Syst Rev (3), CD001871

4. REILLY, J., ARMSTRONG, J., DOROSTY, A., EMMET, P.M., NESS, A., ROGERS, I., STEER, C.& SHERRIFF, A., (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. BMJ 330,1357.

5. TOUNIAN (2004). Régulation du poids chez l'enfant : application à la compréhension de l'obésité. Archives de pédiatrie 11 (2004) 240-244.

6. OLSTAD, D.L, & McCARGAR, L. (2009). Prevention of overweight and obesity in children under the age of 6 years. Appl Physiol Nutr Letab, 34 (4), 551-570.

7. LANCASTER, T., & STEAD, L.F. (2005). Individual behavior counseling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev(2), CD001292.

8. GOHARD-COLETTE N., LEBOEUF C. Prévention de l'obésité de l'enfant : Revue systématique de littérature. Thèse de doctorat en médecine. Tours : université de Tours, 2010, 123p.

9. VINCENT-DESLIERS Sonia. Prévention de l'Obésité de l'Enfant par Intervention Brève (POPIB) : Elaboration d'une intervention brève par méthode Delphi. Thèse de doctorat en médecine. Tours : université de Tours ; 2013, 57p.

10. HAS (2006) Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé.

11. MONTEIRO Céline, Prévention des risques liés à l'exposition solaire: étude de l'efficacité et de la faisabilité d'une intervention brève en soins primaires. Thèse de doctorat en médecine. Paris : Université de Créteil ; 2014, 73p.

12. CASTERA, P., MAURAT, F., FLEURY, B, DEMEAUX, J.L., (2007) Peut-on repérer « en routine » les mésusages d'alcool ? Médecine, Vol 3, n°7, sept 2007.
    DOI : 10.1684/med.2007.0165

13. Conseil National de l'Ordre des Médecins.
Atlas de la Démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2014
Disponible sur le site :
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf

14. CHANTREL, A.M., PIZZINA, M., Hausse modérée de l'espace urbain en région centre en dix ans,
Disponible sur le site :
http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=21&ref_id=17630

15. Programme National Nutrition santé 2011-2015, version française : http://www.sante.gouv.fr/programme-national-nutrition-sante-2011-2015.htlm

16. HAS (2013). Annexe à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

17. GINET Charlotte. Difficultés de réalisation de la prévention de l'obésité infantile en soins primaires : étude qualitative auprès de médecins généralistes, de médecins de PMI et de médecins scolaires de la Drome. Thèse de doctorat de médecine. Lyon : université de Lyon ; 2010, 219p

18. WEN, L.M., BAUR, L., SIMPSON, J., RISSEL, C., WARDLE, K., FLOOD, V., (2012) Effectiveness of a home-based early intervention on children BMI at age two years : randomised controlled trial. BMJ 2012;344,e3732

19. DUCOS, G., BASTET, M., BOISSEL, JP., (2010) Le médecin généraliste et l'obésité de l'enfant, une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes aquitains. Médecine. Volume 6, Numéro3, Mars 2010

20. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. (Décembre 2006). Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. RegardSanté N°16

21. Ministère de la Santé et des Sports. Carnet de Santé. Page 47.

22. Le suivi des enfants de 0 à 2 ans. Pediadoc [Internet]. (page consultée en juillet 2014)
Disponible sur : http://pediadoc.fr/

23. Abécédaire de pédiatrie. pediatrie.be [internet]. (page consultée en juillet 2014)
Site disponible sur : http://abecedaires-de-medecine.org/pediatrie_fr/

24. POTTER, M.B., VU, J.D., CROUGHAN-MINIHANE, M., (2001) Weight Management : What patients want from their primary care physician. Journal Of Family Practice Vol.50, Issue 6, p513-518

25. DENNEY-WILSON E, ROBINSON A, LAWS R, HARRIS MF, (2014). Developpement and feasability of a child obesity prevention intervention in general practice : The Healthy 4 Life pilot Study. J Paediatr Child Health 2014 jun 19

26. DIAZ GOMEZ, C., MILHET, M., (2005) Repérage précoce Intervention brève. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes.
Disponible sur le site : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcdk4.pdf (page consultée en septembre 2014)

ANNEXE 1 Courrier de sollicitation de participation à l'étude

Marie-Laure PERRIN
Villa Florence, Apt 42
1, avenue Alain Savary
45100 ORLEANS
Tel: 06-60-89-36-05
Mail : perrinmarielaure@gmail.com

Cher Confrère, Chère Consœur,

Afin de clore mon troisième cycle des études médicales, je prépare une thèse sur la prévention précoce et ciblée de l'obésité de l'enfant de 0 à 24 mois dans le Loiret, travail dirigé par le Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ.

Il s'agit d'un sujet d'actualité et faisant l'objet de nombreuses campagnes de prévention collective, relayées par les médias, mais jusqu'à présent, aucune campagne n'a ciblé les enfants à risque.
L'étude vise à repérer les enfants à risque d'obésité, et propose à leurs parents un conseil court, standardisé et généralement applicable sous la forme d'une intervention brève en 5 points afin de modifier un comportement favorisant l'obésité.
En France, la prévalence estimée du surpoids, incluant l'obésité était comprise entre 14 et 17,8% chez les enfants de 3 à 17 ans en 2007, il s'agit donc d'une pathologie très fréquente en médecine générale et en pédiatrie, c'est pourquoi cette étude pourrait retenir votre attention sans vous demander un temps trop important lors de vos consultations.

Afin de réaliser cette étude, j'aurais besoin de la participation de médecins libéraux volontaires, qui accepteraient, après avoir identifié leurs patients à risque d'obésité, de réaliser cette intervention brève auprès de leurs parents.

Je vous propose donc de vous rencontrer sur votre lieu d'exercice afin de vous présenter ce projet d'enquête auprès de vos jeunes patients et de leurs parents, avec remplissage d'un questionnaire simple et très court pour chaque patient.
Les données collectées permettront d'apprécier la faisabilité de cette intervention brève en pratique courante.

Si cette étude vous intéresse, vous pouvez me contacter dès à présent par retour courrier ou mail ; je vous recontacterai par téléphone pour vous présenter l'étude de façon plus approfondie.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, cher Confrère, chère Consœur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

M.L.PERRIN

ANNEXE 2 Fiche destinée aux médecins participants résumant Intervention brève et marqueurs de risque

Intervention brève de prévention de l'obésité de l'enfant destinée aux parents d'enfants à risque de 0 à 24 mois

Marqueurs de repérage d'enfants à risque d'obésité :

- 2 parents obèses
- Mère obèse
- Père obèse
- 1 frère ou 1 sœur obèse
- Poids de naissance à terme > 4000g
- Poids de naissance à terme < 2500g
- Diabète gestationnel
- Niveau d'étude de la mère

Propositions pour tenter de prévenir l'obésité :

- Ne boire que de l'eau au repas
- Ne pas interdire d'aliment
- Ne pas forcer à finir son assiette
- Pas de consoles de jeux pour les enfants de moins de 2 ans
- Pas de télévision dans les chambres des enfants

ANNEXE 3 : Fiche d'inclusion dans l'étude

Intervention brève de prévention de l'obésité de l'enfant destinée aux parents des enfants à risque de 0 à 24 mois

Date de consultation

Prénom de l'enfant, date de naissance, sexe

Motif de la consultation

Marqueur de risque identifié

- ☐ 2 parents obèses
- ☐ Père obèse
- ☐ Mère obèse
- ☐ Un frère ou une sœur obèse
- ☐ Poids de naissance supérieur à 4kg
- ☐ Poids de naissance inférieur à 2.5kg
- ☐ Diabète gestationnel
- ☐ Niveau d'étude de la mère

Intervention brève réalisée

- ☐ Oui
- ☐ Non, si non, pourquoi

Commentaire libre sur son acceptabilité

Phrase Déclic utilisée

ANNEXE 4 Courrier à distance de l'étude

Marie-Laure PERRIN
Villa Florence, Apt 42
1, avenue Alain Savary
45100 ORLEANS
Tel: 06-60-89-36-05
Mail : perrinmarielaure@gmail.com

Cher Confrère, Chère Consœur,

Vous avez accepté de participer à une étude de faisabilité d'une intervention brève préventive auprès des parents d'enfants à risque d'obésité dans le cadre de la réalisation d'une thèse de médecine générale et je vous en remercie.
Aussi, à distance de cette étude, afin de faire une analyse complète, pourriez-vous remplir un rapide questionnaire ci-joint portant sur l'acceptabilité et la faisabilité de cette intervention brève ?

Je vous remercie par avance de votre participation, et vous prie d'agréer, Cher confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

M.L.PERRIN

Quelques renseignements vous concernant :

Quel est votre nom ?

Quelle est votre date de naissance ?

En quelle année vous êtes-vous installé(e) ?

Quelle est votre spécialité médicale ?

Quel est votre milieu d'exercice : rural semi rural urbain

A distance de l'enquête :

- Continuez-vous à réaliser l'intervention brève ?

- L'utilisation de cette intervention brève vous permet-elle d'aborder plus facilement le problème ?

- Pensez-vous que l'intervention brève puisse s'inclure dans une consultation de soins primaires ?

- Quel a été le principal frein à la réalisation de l'intervention brève au cours de vos consultations ?

- Avez-vous des remarques particulières ou des améliorations à proposer concernant ce dépistage ciblé de l'obésité de l'enfant, concernant vos impressions lors de son utilisation ?

ANNEXE 5

Entretien n°1 Médecin K (MK) –ML Perrin (MLP)
Médecin généraliste
Remplacement fixe urbain
1ère année de remplacement fixe
31 ans

MLP : Donc ! Suite à l'intervention brève que t'as fait, que t'as testé sur quelques patients en consultation de soins primaires, bah du coup, je voudrais euh… pour… pour clore l'enquête récupérer tes impressions sur la faisabilité de cette intervention brève avec quelques questions auxquelles je vais te laisser répondre en essayant de pas t'influencer
Euh… Donc je voudrais te demander : pourquoi t'as fait cette intervention brève ?

MK : Parce que j'ai été sollicitée, parce que ça m'intéressait de pouvoir agir aussi sur l'obésité de l'enfant,
Moi je me sens un peu dépourvue en consultation, je savais pas trop quelle question poser, puis des questions qui soient efficaces…
Donc ç'est pour ça que du coup ça m'intéressait de participer à cette thèse

MLP : mmm,
La trouves tu facilement réalisable en consultation ?

MK : oui, ça s'intègre assez facilement et c'est assez rapide à faire

MLP : Est-ce que tu continues à utiliser l'IB ?

MK : Alors oui, (silence) je continue, je pose pas toutes les questions,

MLP : mmm

MK : euh donc du coup, donc quand j'y pense j'utilise quelques questions, pas la totalité et euh… j'utilise aussi chez les enfants de plus de 2 ans, je sais pas si c'est vraiment intéressant ou pas, si ça a une efficacité, chez les adultes aussi
Euh… Je trouve qu'il y a quelques questions, comme les aliments qui sont interdits, ou euh… le fait de finir l'assiette ou les jeux vidéo qui sont utilisables chez les enfants plus grands, et c'est vrai que facilement je pose une des 3 questions mais pas forcément la totalité parce que euh… (souffle) j'ai du mal à retenir les 5 d'un coup j'avoue et j'ai pas toujours le pense bête sous les yeux
Et puis je trouve que c'est les questions sur lesquelles les gens ont le plus tiqué ou ont le plus réagi
Donc je continue à les utiliser celles-là

MLP : mmm, d'accord, et euh, est ce que tu as améliorations à proposer ou des remarques à faire sur certaines items de l'intervention brève ?

MK : euh… sur certains items, alors du coup moi je me demandais, le… l'acceptabilité chez les… parce que c'est pour les petits quand même : les moins de 2 ans ! et que les jeux vidéo… c'est vrai que les parents font toujours les gros yeux mais qu'en consultation c'est vrai quand même qu'on les voit toujours jouer avec le portable ou avec les jeux vidéo,
Moi j'avais un peu du mal chez les tout-petits, les moins d'un an, pour faire les interventions parce que vraiment les parents, j'avais l'impression, ça les choquait, et je pense que moi aussi
Ça me choquait, et que c'est pour ça que je le faisais pas donc c'est surtout ça en fait moi je l'aurais décalé chez les plus grands, chez plus les 2-6 ans, en sachant que j'ai aucune idée si vraiment c'est efficace, si ça a un intérêt, si c'est pas trop tard, mais c'est la seule chose, sur les 0 – 6 mois, c'est un peu dur de parler d'obésité déjà quoi

MLP : D'accord
MK : C'est ça qui m'a le plus embêtée, et qui du coup, j'avais l'impression d'embêter plus les parents mais c'était peut-être plus mon impression que du coup je, je portais sur eux

MLP : Mmm
Et par rapport au fait que ça soit une prévention ciblée, parce que du coup on a pas parlé de ca en fait, c'est sur les 0 à 2 ans mais qu'ont des facteurs de risques est ce que tu as des remarques par rapports à ça ?

MK : Euh… ca du coup, moi c'est vrai que moi je dépistais beaucoup avec les parents, l'obésité des parents, c'était la chose qui me frappait le plus, les enfants de petit poids, moi je savais du coup qu'ils étaient plus à risque d'obésité don ça m'a permis de mieux cibler après pour mes consultations après,

Euuuuhhh…..
Apres les autres critères, ils sont assez simples à retenir, donc ça ça va, mais c'est plus les
5 items, enfin… l'intervention avec les 5 petites questions que je retiens pas forcément, euh… j'en oublie souvent…

MLP : D'accord, et ben je te remercie beaucoup pour tes impressions (sourit)

MK : pas de quoi !! (sourit aussi)

Entretien N°2, Médecin V (MV)- ML Perrin (MLP),
Médecin Généraliste
Exercice urbain
26 années d'exercice
57 ans

MLP : Donc du coup je venais te voir ce matin, je vais essayer de te poser quelques questions…
Normalement je vais essayer de pas trop t'influencer, donc je vais te laisser parler...
Euh… c'était pour recueillir un peu tes impressions rapport à l'intervention brève en cinq points sur la prévention de l'obésité de l'enfant à laquelle t'avais accepté de participer.
Je voulais savoir ce qui t'avait empêché de faire intervention brève principalement en consultation.

MV : alors déjà faudrait que… Je… T'as pas le document ? Parce qu'il faudrait que je…

MLP : non, non pas sur moi

MV : parce que…

MLP : l'intervention brève c'était ciblé… sur des facteurs de risques :
Alors tu avais soit un parent obèse (mère ou père) soit les deux parents obèses, soit un frère ou une sœur obèse, soit un poids de naissance supérieur à 4 kg, inférieur à 2.5 kg , ou le bas niveau d'étude de la maman.

MV : OK.

MLP : si tu relevais un de ces facteurs de risque, tu faisais l'intervention brève en 5 points, c'est-à-dire tu leur énonçais les conseils suivants d'abord sur le plan de l'alimentation et ensuite pour une prévention de la sédentarité :
- Ne boire que de l'eau au repas,
- Ne pas interdire d'aliments,
- Ne pas forcer à finir son assiette,
- Pas de console pour les enfants de moins de deux ans,
- Pas de télévision dans les chambres des enfants de moins de deux ans.

MV : hum hum

MLP : c'était ça

MV : D'accord.
Euh... Ça... Ça c'est des choses que je fais implicitement, sans référence à la thèse : quand je constate ça, quand c'est des visites systématiques ou des vaccins, ou pour l'aptitude au sport, mais c'est une population qui malheureusement ne fait pas beaucoup de sport (ceci explique cela)
Donc, là, de toute façon, systématiquement, tu vois, ça fait partie, quand on fait le bilan anthropométrique, la conclusion, c'est , toc, c'est normal/c'est pas normal.

Donc, je… Je le fais tout le temps…euh... C'est vrai que j'ai pas participé à l'étude, à la thèse, je le fais tout le temps par ce que ça fait partie des choses importantes et puis c'est sûr que plus c'est fait tôt plus c'est efficace
Après, c'est difficile, car… mon enfant me ressemble. Donc, euh...il est normal puisque moi chuis normal, je suis gros mais on me dit rien. Donc, euh... Je ferme les yeux… Difficile… Il faudrait soigner les parents d'abord quoi en fait… C'est ça le problème…

MLP : mmm

MV : C'est... C'est une remise en cause des parents, l'enfant n'est que, n'est que le témoignage de ce que ses parents sont, donc voilà...

MLP: c'était ton principal frein, ça.

MV : non, non, c'est que je le fais spontanément

MLP : oui ça t'a pas apporté quelque chose de plus quoi ?
MV : Ouais. Ouais et puis c'est vrai que j'ai oublié ton… ton truc quoi…

MLP : (sourit) aussi !

MV : tout simplement, j'ai oublié…

MLP : c'est important aussi

MV : J'ai oublié par ce que...Par ce que…Par ce que j'ai plein de choses à penser, par ce qu'on est très pris, par ce que voilà.
Donc, je pensais pas à sortir le truc… le document... Je t'avoue que c'est plutôt ça. C'est plutôt l'oubli…

MLP : Ouais Ouais. D'accord. Et… Et qu'est-ce que tu penses par contre de sa faisabilité ? Est-ce que ça te semble faisable en consultation de soins primaires ou comme ça tout venant ça te parait pas… Enfin…

MV : ouais, oh ben ouais

MLP : voilà, la faisabilité de l'intervention en fait

MV : ouais, ça fait partie du boulot, oh bah, c'est… c'est pas difficile, c'est pas compliqué et ça fait partie de notre travail complètement de toute façon c'est du domaine de la prévention donc oui,

MLP : d'accord. T'envisage de l'utiliser par la suite ? Est-ce que… (Hésite) ou… pas plus que ça ? enfin…

MV : Euh, non, je crois que je continuerai pareil…

MLP : ouais… ouais…tu… tu fais déjà à ta façon, quoi…

MV : oui et je crois que je continuerai pareil, ouais, à ma sauce je te dis

MLP : OK

MV : bon, bon il faut reconnaître que quand même, c'est un peu...
Bon, allez, je vais prendre une parallèle : c'est comme toutes les addictions, c'est compliqué quand même d'arriver à sensibiliser les gens sur ces problèmes.
De toute façon... Euh...Ça dépend du niveau culturel, le niveau culturel c'est pas le médecin qui peut l'élever.
Ça dépend des moyens financiers, par ce que, faire bien à manger ça coûte cher, et manger peu calorique, ça coûte cher ! Donc, euh... Bon... C'est pas très drôle ce que je vais dire, mais je suis un petit peu... Un peu désabusé par rapport à cette forme d'addiction aussi, et faut avoir des objectifs mesurés par ce que sinon on est très déçu... Euh...
C'est un peu compliqué souvent hein. Bon voilà. Un peu comme celui qu'a un cancer du poumon, c'est là qu'il se met à arrêter de fumer...
C'est au premier infarctus que les diabétiques commencent à se soigner…
Bon, c'est un peu pessimiste mais c'est vraiment la réalité.

MLP : ouais ? tu… oui, vas-y…

MV : c'est une famille d'obèses, t'en a une qu'est anorexique et en fait maintenant elle va chez le psy, c'est sure qu'elle est en dessous de l'IMC normal
Voilà, voilà c'est compliqué. Les dés étaient, étaient un peu, un peu pipés au départ.

MLP: ouais, ouais, ouais, clairement. Bah, voilà, voilà pourquoi ils proposent si tôt, j'ai eu beaucoup de remarques de la part d'autres médecins comme quoi c'était tôt Ils me disaient, tu vois, les conseils, les conseils sur la télé avant deux ans, la console, ça paraît un peu démesuré alors que c'est volontaire de donner ses conseils tôt, avant que les habitudes soient prises.

MV : hum, hum…Bien sûr, bien sûr, oui, oui !

MLP : t'as des améliorations à proposer, par rapport à ça, par rapport à cette intervention brève?

MV : (souffle) le truc, le truc c'est de revoir les gens régulièrement c'est d'avoir un suivi, c'est pas hésiter à sensibiliser les parents en leur faisant faire, eux, des bilans biologiques, et si on a la chance, enfin, pour eux c'est pas une chance, si ils sont des anomalies biologiques qui sont asymptomatiques, et ben c'est quand même pas mal et puis, leur dire qu'ils les aiment leurs enfants et que c'est pour le bien-être de leurs enfants. Donc, c'est un peu… par ce… par ce biais là… Quelquefois.. bon, euh… Je veux pas… Stigmatiser… mais, dans les populations du Sud de l'Europe, bien nourrir les enfants, qu'ils soient un peu gros, un peu ronds, donc… euh…
Culturellement, il faut aussi arriver à combattre cette image-là, que les enfants un peu gros, ils sont en bonne santé, hein ? Il vaut mieux faire envie que pitié, c'est sûr que hein ? donc l'obésité est dans le sud de l'Europe, chez les hispaniques en particulier, c'est quand même un problème quoi. Les grands-parents ont tendance à trop bien nourrir les enfants

Faut leur expliquer que c'est pas les aimer, quoi, c'est pas un service à leur rendre que leur donner de mauvaises habitudes alimentaires et de les rendre obèses. C'est culturel, hein ? c'est un long travail, c'est compliqué. Après, c'est vrai que maintenant, il y a, il y a des canons de beauté et, et la notion de sport, ça aide un peu. Un peu, par ce que c'est un petit peu vendeur.
Donc, donc les ados essaie quand même de faire quelque chose pour, pour leur silhouette, quoi ! Et pour leur poids, en général. Mais bon, c'est pas le cas de tous !

MLP : t'as autre chose à ajouter?

MV : bah, non, je sais pas, non

MLP : et bah je te remercie, t'as répondu, pile à mes questions. À ce qui m'intéressait.

MV : j'ai bon ?

MLP : que dire ? Je te remercie d’avoir pris du temps pour me recevoir.

Entretien n°3 Médecin J (MJ)- ML Perrin (MLP)
Médecin Généraliste
Exercice semi rural
12 années d'exercice
42 ans

MLP : « c'est bon t'es prêt ? Alors, donc, c'était par rapport à l'intervention brève à laquelle t'as accepté de participer pour la prévention de l'obésité des enfants de zéro à deux ans. Euh, ben du coup, je voulais savoir pourquoi t'avais fait l'intervention brève ?

MJ : Pourquoi je l'ai fait ? À chaque fois pourquoi je l'ai fait, ou pourquoi ?

MLP: non, pourquoi en général, pourquoi t'as accepté de participer à l'étude?

MJ : ben, (Sourit) dès le départ… au début… c'était pour te rendre service (Rit)
Et après, effectivement c'était intéressant de savoir… bah, moi, il y a les deux aspects qui m'intéressaient, parce que toi, euh… tu voulais surtout savoir l'acceptabilité.

MLP: exactement

MJ : moi ce qui m'intéressait, c'était les 2 aspects, de savoir comment j'arrive à caser ça.

MLP: oui.

MJ : Et comment la réaction se fait en face. Bon, même si c'est pas toujours facile d'y penser quand on est bousculé, quand parfois… après on dit : oh! mince! Celui-là, on l'a loupé…

MLP: mmm…
Et, du coup, justement, par rapport à l'acceptabilité, en ce qui te concerne, sa faisabilité en consultation.

MJ : alors, la faisabilité, pour moi, elle est, elle était... Pour moi, la faisabilité est… n'est pas difficile mais faudrait intégrer ça, si on devait faire ça d'une manière systématique il faudrait intégrer ça, je sais pas, sur le logiciel, enfin, qu'il y ait un pense-bête pour y penser, parce que y'en a pas pour long, mais, euh... Il faut que ça soit..., comme, bon, y a des réflexes qu'on a, on prend.... Le poids, la taille, le PC etc… Et il faut qu'il y ait un certain réflexe, pour, pour y penser, et, je dirais, bon, c'est pas valable que pour ça, mais ça peut être valable pour moi, pour d'autres choses…
Et c'est pour ça, comment l'intégrer ? Pour ne pas louper certaines fois.

MLP: systématiquement ? Sur les examens, euh... Systématiques ?

MJ : voilà, voilà, c'est plus cet aspect-là, qui, qui était un frein pour moi. Plus que l'histoire de que ça dure longtemps ou pas, parce que, ça dure pas longtemps... (secoue la tête)

MLP: hum hum... donc voilà, pour toi, à faire... Enfin, la faire c'est pas le problème, c'était d'y penser.

MJ : Voilà.

MLP : Tu continues ou pas à la faire ?

MJ : Bah...ben hier j'y ai pensé justement...

MLP : je sais c'est pour ça que je rigole

MJ : par rapport à…ha ha ha!!!

MLP : ouais…

MJ : par rapport à un bébé. Bon, de base, l'occasion se présente pas (hésite) énormément

MLP : ouais ?

MJ : bon même si y'a parfois des loupés, mais je dirais: j'ai plus tendance à y penser maintenant pour les nouveau-nés, par ce que…

MLP : bah oui ! T'as le poids de naissance !

MJ : voilà !

MLP: des fois les deux parents…

MJ : voilà ! T'as les deux parents, que pour les autres, expliquer à 20 mois, tu te remets pas forcément dans le contexte.

MLP : hum hum...
Alors, tu continues à le faire ou pas?

MJ : peu

MLP : peu. D'accord.

MJ : non, y'a pas eu beaucoup de nouveau-nés non plus.

MLP : oui, c'est vrai, Ha ha ha !

MJ : Ha ha ha !

MLP : (hésite)
Tu vois des améliorations à proposer ou pas par rapport à ça ?

MJ : alors, euh... Moi, alors… (Souffle), mon avis personnel, euh... Je... Oui… alors,

est ce qu'on gardera l'aspect intervention brève ? Mais moi je pense qu'il faut que ce soit intégré dans un conseil plus global par ce que je trouve que là, les cinq ou six items

MLP : (le coupe) cinq.

MJ : voilà, c'est un peu rapide et j'ai l'impression qu'ils sont… Il y a un aspect, euh... Moi, l'impression que ça me donne, hein? C'est un peu décousu par rapport au reste et que les parents, euh... Parfois, ils ont envie qu'on parle du reste, parce que bon, on va leur dire, voilà, ne pas boire… Ensuite on passe à la télé, etc. Eux, ils sont encore sur autre chose, ils ont envie de… Qu'on détaille parfois, ceux, ceux qui sont intéressés, hein?

MLP : ouais

MJ : ils ont envie qu'on détaille peut-être plus l'aspect diététique alors que nous, on a une question on se... On… On… (s'arrête)

MLP : hum hum

MJ : alors moi je pense, effectivement, c'est des critères à retenir mais, euh.... Alors, comment faire ? Pour pas trop alourdir

MLP : oui...
C'est ça, oui

MJ : alors, je sais pas comment mais, j'ai l'impression que… Y'en a qui restent sur leur faim où il y en a, euh... Ils ont l'impression que… Ils vont divaguer, en parlant de leur PC, je sais pas, ça dépend sur qui on tombe, voilà.

MLP : oui.
MJ : c'est cet aspect-là que j'ai... Cette impression là que ça m'a… (S'arrête)

MLP : d'accord.

MJ (hésite) tu vois, ça dépend, il y en a qui veulent qu'on parle de diététique, et pour eux c'est l'occasion par ce qu'ils ont envie d'en parler.

MLP : ça peut être une amorce comme le tabac avec…

MJ : (coupe) Voilà et, euh... À d'autres, ils te regardent un peu, genre… Oui oui oui ! oui oui ! de toute façon, bon les ordis… machin... (rit, puis s'arrête)

MLP : OK, je te remercie, c'était surtout ça, récupérer ton… ton impression à toi après ta participation, je t'en remercie du reste ! (sourit)

Entretien n°4, Médecin I (MI)-ML Perrin (MLP)
Médecin Généraliste
Exercice semi rural
32ème année d'exercice
63 ans

MLP : alors, je vais t'enregistrer si tu n'y vois pas d'inconvénient ?
Donc, c'est un entretien rapide après l'intervention brève à laquelle t'as participé sur la prévention de l'obésité chez les enfants de zéro à deux ans.
Moi j'avais quelques questions à te poser par rapport à sa faisabilité, à l'acceptabilité de ton point de vue à toi en consultation.
Déjà, pourquoi pour (bafouille) pourquoi, t'as fait l'intervention brève ?

MI : bah, ça me paraît être un problème de santé publique majeur... dans l'avenir, et surtout chez les gamins.

MLP : Mmm

MI : On voit… Euh…Se majorer... Considérablement, le nombre de gamins qui, très tôt, se retrouvent…… En surpoids, quoi !

MLP : ouais.
MI : et donc, euh... A mon avis, plus vite, hein, on va euh... Dans l'âge de la vie…poser le problème…euh... Plus vite on aura les bonnes réactions, par ce que souvent, les... les...les...les mères, en particuliers, n'ont pas toujours les bonnes réactions.

MLP : oui, oui oui, oui c'était ça.
Bah, c'était le but de faire une prévention ciblée (insiste) sur les nourrissons à risque et puis voilà, de commencer, tôt ! (silence)
Sa faisabilité ? Son acceptabilité ? De ton point de vue, hein ?

MI : alors, acceptabilité, c'est de (je sais pas si j'ai le droit de faire référence à ce que je t'ai écrit tout à l'heure) mais,

MLP : oui oui, bien sûr !

MI : sa faisabilité, moi, pour moi, y a deux écueils : je vais dire ça comme ça, je sais pas si ça correspond à ce que tu souhaites mais bon…
Le premier écueil… C'est… Aussi bizarre que ça puisse paraître, c'est les familles elle-même.
Les mères ne voient jamais leur nourrisson comme nous, on les voit.

MLP : oui ?

MI : c'est-à-dire, soit qu'elles s'imaginent euh... Qu'il est trop gros de principe, et en particulier si elles sont elles-mêmes, un petit peu obèse ou ce genre de choses

MLP : mmm mmm…

MI : et à ce moment-là, en est obligé un petit peu de les rassurer, en leur disant : mais non ! Il reste dans les limites etc. et puis, y en a d'autres…euh... Bah c'est l'inverse, c'est-à-dire que… Elles veulent pas voir quoi! Un beau bébé, c'est un bébé qu'est bien rond, bien… bon.
Donc, déjà, c'est ça, c'est la perception, euh... De la relation…

MLP : oui !

MI : de la relation… Mère enfant. Que ça suppose, que ça implique et donc, la deuxième des difficultés c'est le fait qu'il faille y consacrer un petit moment quand même.

MLP : Mmm...Mmm... Oui ?
MI : parce qu'on parle, effectivement, d'intervention brève etc. etc. (minimale !) N'empêche qu'il faut arriver à faire passer avec un minimum de temps, parce qu'on n'a pas toujours le temps. Surtout quand il s'agit des visites habituelles qui sont déjà bien encombrées de vaccins, de mesure, et caeteri et cætera... Alors, euh... Euh... C'est aussi l'autre difficulté que j'y vois, moi c'est que bah... On n'a pas un temps terrible à y consacrer.

MLP : d'accord.

MI : même si c'était éventuellement important, par ce que, parce qu'il faut de la salive.

MLP :mmm...mmm...

MI : il faut… Il faut… Du parler. Faut voir comment, comment la mère ressent la chose…

MLP : oui.

MI : essentiellement…euh...
Le gamin, c'est pas sur lui qu'on va agir. Euh... Du tout petit enfant…

MLP : ah bah clairement !

MI : c'est clair ! Donc c'est-à-dire que uniquement, dans la perception de la mère. Donc on intervient sur quelqu'un, et par l'intermédiaire de quelqu'un d'autre.

MLP : oui (silence)
Est-ce que tu continues à le faire?

MI :… Alors… Oui ! (S'esclaffe)… Pas tout le temps ! (Sourit) pas tout le temps.

MLP : d'accord, ça t'arrive ou pas ?

MI : oui, ça m'arrive

MLP : d'accord…

MI : Si si ! Mais, mais je pense que je le faisais déjà instinctivement avant si t'aimes mieux.

MLP : d'accord. Ouais, tu, tu le fais à ta façon tu reprends pas pile les items?

MI : mais je reprends pas automatiquement les items telles que, quoi! Bon, Pfff... Peut-être, à mon avis, dans les générations futures, faudra y avoir des items, bien établies etc. et ta thèse, ça servira probablement, peut-être à ça. Mais nous on a appris à le faire euh...

MLP : mmm?

MI : d'une façon un peu instinctive, c'est surtout ça quoi. Alors, de là à reprendre les items, non ! Ça, je vais dire, non ! Non, moi, de toute façon, on a tellement, on a tellement de… de… De classement, de normes, de… De machins… etc. que moi je fini par abandonner tout ça euh...
À la limite, je fais encore peut-être, des MMS et encore… simplifiés.

MLP : et les facteurs de risque, tu les utilise encore pour cibler l'intervention ?

MI : ah oui ! Les facteurs de risque, oui !

MLP : ça oui ? D'accord.

MI : Ca, oui ! Oui, mais ça, je les utilise, comme des éléments si t'aimes mieux de l'interrogatoire normal, et puis euh...euh...
Je les formalise pas, je les formalise pas sous forme d'un questionnaire.

MLP : oui, oui, en fait, tu… tu vas retenir les critères d'inclusion et tu vas refaire une intervention à ta façon? C'est ça, c'est ça que tu veux me dire ? J'ai bien compris ?

MI : ouais.

MLP : ouais ? D'accord.

MI : tout à fait.

MLP : tu vois des améliorations ?

MI : coupe.
Par ce que nous, depuis le temps, si t'aimes mieux la...la... Euh... Effectivement, on s'est fait un petit peu son truc, et… (Souffle) euh... Voilà quoi !

MLP : oui.

MI : alors, c'est vrai que ça met en forme les choses un peu mieux… Ça les... Ça les classifie un peu mieux.

MLP :mmm...

MI : euh... Mais euh...
(Silence) non, je pense que on s'est tous fait un petit peu de ses propres critères dans la tête, quoi. Et puis voilà.

MLP : est-ce que tu vois des améliorations proposer pour cette intervention brève… À ce…

MI : (rit)

MLP : à cette prévention ciblée ?

MI : Simplification !

MLP : d'accord, encore.

MI : parce que… On n'a pas un temps fou à y consacrer !

MLP : mmm...mmm... Ok.

MI : euh... On a besoin que ça puisse être reproductible donc on va des fois y passer, euh... On peut y passer un quart d'heure- 20 minutes ok, mais on peut pas passer un quart d'heure-20 minutes à chaque fois qu'on voit le gamin quoi !

MLP :mmm mmm...

MI : c'est ça le problème, c'est pour ça qu'on a besoin de simplification.

MLP : d'accord, bon, et bah je te remercie.

MI : ça suffit ?

MLP : oui. Ça suffit.

MI : bon bah c'est les visites maintenant !

E**ntretien n°5 Médecin G (MG) – ML Perrin (MLP)**
Médecin Pédiatre
Exercice urbain
13ème année d'exercice
59 ans

MLP : Bonsoir, merci beaucoup de… d'avoir pris le temps de participer à ma thèse et de me recevoir ce soir.

MG : Non, c'est bien de discuter… de participer à des études comme ça.

MLP : Tout d'abord, je voulais savoir pourquoi vous aviez utilisé l'intervention brève ?

MG. : Bah… c'était l'objet du truc non ??

MLP : Ah oui… non ! Je veux dire : qu'est ce qui a fait que vous y avez pensé ? Que vous l'avez utilisé en consultation ? En fait, mon objectif, c'est de savoir si c'est faisable en soins primaires, lors de votre pratique courante …

MG : (coupe) Ok ok, bon, j'ai un gros point noir là-dessus : pourquoi toutes les phrases sont formulées par la négative ? Tous les conseils commencent par NE PAS, ça c'est pas mon truc tu vois, on pourrait plutôt être encourageant, c'est plus facile de conseiller et de faire de la prévention avec un message positif, vous croyez pas ??

MLP : Oui, c'est vrai qu'en fait je me suis pas posée la question mais c'est… ben oui, c'est vrai !

MG : Non, parce que ça m'a gêné tous ces conseils, ne pas faire ci… ne pas cela… Apres, ça se fait vite, bon, moi, je ne l'ai utilisé que pour les 11emes mois et 24emes mois parce que c'est des consult un peu vides, d'ailleurs… les vaccins au 11eme mois… moi, j'ai pas besoin de les voir au 11eme mois, alors c'est le bon moment à mon avis et puis 24eme ça permet de donner un peu de conseils pour… pour la suite, parce que chez les tout-petits (1 mois… 3 mois…) bon, c'est vrai hein, on a bien vos facteurs de risque en tête, mais ça sort d'où de leur parler de la télé et des consoles ? C'est tôt… c'est tôt, trop tôt quand même, non ?

MLP : bah, c'est vrai que j'ai eu ce retour, mais le but, c'est d'essayer d'intervenir vraiment tôt dans le cadre de la prévention.

MG : oui ! Je vois…

MLP : Euh… et… euh… est ce que ça vous semble pouvoir s'étendre à la pratique courante ?

MG : Mmm… mouais… bon, tu sais (rit), j'ai eu un peu de mal à penser à toi, on se tutoie ou pas au fait ?

MLP : oui, bien sûr, j'osais pas, je savais plus !

MG : bon, tu vois, le problème, c'est que j'y pense pas, comme je t'ai dit l'autre fois, c'est bien en systématique, faudrait le mettre avec les suivis obligatoires du carnet,

MLP : Mmm…ok…

MG : Apres, on fait ça en suivant, avec le reste et là, ok on… on va y penser, c'est possible comme ça, après, en routine, quand… quand je les reçois en urgence pour le rhume, la fièvre, les boutons, … tu vois... là, non ! Je fais l'urgence et c'est tout, pas de temps pour ça !

MLP : Mmm

MG : Mais c'est bien, c'est important, on découvre des choses…
Enfin quand même, tu sais, la mère d'un des petits, là, que j'ai inclus, 11 mois, elle ne donne que du sirop à boire ! Elle a fait un diabète gesta., suivi par l'hosto, elle a vu les diét., elle s'est bien prise en charge, mais le gamin n'aime pas l'eau !! 11 mois !! J'étais… sciée !!
Non, c'est bien, c'est des choses que je n'aurais pas dites, c'était…

MLP : (coupe) Evident ?

MG : Ouais ! Donc c'est bien, ça permet de dire les choses et de bien poser, mais vraiment, il faut refaire la formulation !

MLP : oui, c'est vraiment intéressant comme… comme …. Comme remarque, je le noterai dans la conclusion, je n'y avais pas du tout pensé mais en y réfléchissant, c'est vraiment… oui, ça serait mieux de… de … d'enlever la négation !

MG : Mmm…

MLP : et… enfin, du coup, vous… euh… tu continues à te servir de l'intervention brève ?

MG : bon… des fois je pense à toi, je recase 2 ou 3 messages mais pas en entier mais oui, ça arrive, c'est vrai que ça permet de donner quelques conseils et que c'est assez vite fait ouais
Mais je l'ai utilisé aussi pour des plus grands, tu vois, je dis : on s'arrête quand on n'a plus faim ! On peut manger de tout, on boit de l'eau à table !

MLP : ouais, c'est vrai, ça passe mieux, merci, c'est vraiment une bonne réflexion

MG : oui, c'est pour ça que tu nous as demandé non ?

MLP : Ha ha ! oui ! je vous remercie beaucoup d'avoir participé, et pour l'entretien,

MG : je t'en prie, désolée, j'aurais pu en inclure plus mais j'ai eu du mal à y penser !

MLP : Non, non ! c'est justement intéressant aussi à savoir !! tout ce qui fait que l'intervention, on la réalise ou pas !! en tout cas, je vous… te souhaite une très bonne soirée, et peut être à bientôt !

MG : Oui, et bon courage hein !! C'est un sujet intéressant que t'as pris !

MLP : Oui, je suis contente d'avoir pu bosser là-dessus, c'est un sujet qui me tient à cœur, particulièrement, et merci beaucoup pour tout ! A bientôt !

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen