



**HAL**  
open science

**Pour une meilleure prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile : préparation et élaboration d'un protocole pluridisciplinaire au sein d'une équipe de soins primaires, exemple de la MSP de Retiers**

Charlotte Gourvenec

► **To cite this version:**

Charlotte Gourvenec. Pour une meilleure prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile : préparation et élaboration d'un protocole pluridisciplinaire au sein d'une équipe de soins primaires, exemple de la MSP de Retiers. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01755771

**HAL Id: dumas-01755771**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01755771v1>**

Submitted on 6 Jun 2018

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

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



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Charlotte GOURVENEK**

Née le 01/08/1984 à Dreux

---

**Pour une meilleure prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile :  
Préparation et élaboration d'un protocole pluridisciplinaire au sein d'une équipe de soins primaires.  
Exemple de la MSP de Retiers**

**Thèse soutenue à Rennes  
le 3 novembre 2016**

devant le jury composé de :

**Patrick PLADYS**

*PU-PH - CHU Rennes - Président du jury*

**Françoise TATTEVIN**

*PU Associé – CHU Rennes – Examineur*

**Frédéric SCHNELL**

*MCU-PH - CHU Rennes – Examineur*

**Béatrice ALLARD-COUALAN**

*Médecin Généraliste - Directrice de thèse*

**Valérie FERRANDO-TESSÉ**

*Médecin Généraliste - Co-directrice de thèse*

## Liste des PU-PH

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités en surnombre"	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CHALES Gérard Professeur des Universités émérite	Rhumatologie

CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités émérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur des Universités associé	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DELAVAL Philippe	Pneumologie; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine

GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités émérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Biophysique et médecine nucléaire

Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale

Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

Cardiologie

Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

Chirurgie digestive

Maladies infectieuses; maladies tropicales

Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

Anatomie

Ophthalmologie

Biochimie et biologie moléculaire

Biologie cellulaire

Ophthalmologie

Génétique

Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique;  
addictologie

Rhumatologie

Pédiatrie

Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale

Histologie; embryologie et cytogénétique

Neurochirurgie

Anatomie et cytologie pathologiques

Parasitologie et mycologie

Biophysique et médecine nucléaire

Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

Immunologie

Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement;  
addictologie

Chirurgie générale

Immunologie

Maladies infectieuses; maladies tropicales

Nutrition

Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

Chirurgie orthopédique et traumatologique

Pédopsychiatrie; addictologie

Médecine et santé au travail

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Neurologie

Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Néphrologie

Chirurgie infantile

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie

Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

## Liste des MCU-PH

Nom Prénom	Sous-section de CNU
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LE RUMEUR Elisabeth	Physiologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Raphaël	Cardiologie
MASSART Catherine	Biochimie et biologie moléculaire

MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MENER Eric	Médecine générale
MILON Joëlle	Anatomie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
MYHIE Didier	Médecine générale
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
ROPARS Mickaël	Anatomie
SAULEAU Paul	Physiologie
TADIÉ Jean-Marc	Réanimation ; médecine d'urgence
TATTEVIN-FABLET Françoise	Médecine générale
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
VINCENT Pascal	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

## REMERCIEMENTS

### **A Monsieur le Professeur Patrick PLADYS**

*Professeur des Universités, Praticien Hospitalier en Pédiatrie*

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

### **A Madame le Professeur Françoise TATTEVIN**

*Professeur associé des Universités, Médecin Généraliste*

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres du jury. Veuillez croire en ma profonde et sincère reconnaissance.

### **A Monsieur le Docteur Frédéric SCHNELL**

*Maitre de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier en Cardiologie et Médecine du Sport*

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Pour l'intérêt porté à mon sujet, soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon profond respect.

### **A Madame le Docteur Béatrice ALLARD-COUALAN**

*Médecin Généraliste, ancienne directrice médicale de l'URPS*

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger mon travail, je t'en suis infiniment reconnaissante.

Merci pour ton aide et ton soutien.

### **A Madame le Docteur Valérie FERRANDO- TESSE**

*Médecin Généraliste*

Merci d'avoir accepté de co-diriger ma thèse qui vient compléter la liste déjà longue de celles réalisées sur la MSP. Merci de ta pertinence dans ce travail. Sois assurée de toute ma reconnaissance et de mon amitié.

**A mes parents**

Pour votre amour, votre soutien infaillible au cours de mes études et des épreuves de la vie, pour les valeurs que vous m'avez inculqué. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir permis de devenir celle que je suis aujourd'hui.

**A ma sœur « Chota » et à mon frère « Jacomino »**

Quelle chance d'avoir de tels frère et sœur ! Merci pour tous ces moments de complicité partagés et ceux à venir ! Votre présence à mes côtés m'est très précieuse.

Une grosse pensée pour Pauline et mon neveu Jean !

**A Thomas**

Presque deux ans que tu partages ma vie et encore plein de beaux projets à venir, en commençant par notre voyage au Brésil ! Merci pour tes précieux conseils et d'avoir supporté mes sautes d'humeur ces derniers mois. Que la vie est simple et douce à tes côtés...

**A mes grands parents et Julien** : Désolée d'avoir trop attendu, j'aurai aimé vous avoir à mes côtés en ce jour si particulier

**Aux tous les autres membres de ma famille** qui ont encore du mal à réaliser que je suis « toubib »

**A la famille Gicquel** : Merci de votre accueil !

**Aux Briochines** : Matouche, Adeline, Jeanne, Marie, Sandie, Laure, Nanie et Monia

Quelle Team de folie ! Toutes différentes mais parfaitement complémentaires ! Merci d'être à mes cotés au quotidien, pour tous ces repas et apéros en ville ainsi que les séances d'aquacycling au 36 !

**A Magali**

Mon double blond, « ma rencontre » de l'internat. On se comprend d'un regard. Je te souhaite tout le bonheur possible et inimaginable aussi bien dans ta vie personnelle que professionnelle ! Jtmf

**A ma Sassa**

Mon binôme de toujours, depuis les bancs de Jean-Baptiste de la Salle en P1 à mon rôle de témoin l'année dernière. Tu es à mes côtés depuis plus de 10 ans maintenant et j'espère que ce n'est pas prêt de s'arrêter ! Tu comptes énormément pour moi.

**A la Team des Anciens Lorientais et colocataires** : ma Schreckyta, Lise et Daminou, Fannoche, Léo, Sosso, Laureen, Aline, Stéphane, Emilie, Sam et Popo, sans oublier Cactus Mahieu !

Merci pour tous ces moments partagés et je mets Daminou au défi de nous trouver un endroit encore plus fou que celui de cette année pour nous retrouver l'été prochain !

**A tous mes copains d'internat, d'externat et des sessions ski:** Les Rouennais (Pierrot, Max et Audrey, Courbit, Stiou...) et les Rennais (Clairette, Elise, Agnès...), la Sosso, Bobo et Marie, Steph et Malou, Pierre...

**A tous les professionnels de la MSP de Retiers :** les Docteurs Benoit Tessé, Arnaud Goulard, Gildas Chauvel et Paul Velut ; Estelle Boriès, Anne et Marie Pincemin, Elisa Pourel, Nina Lorotte, Catherine Beccan et Valérie Tiriau, Yann Erhel et Stéphane Langouet.

Merci de me supporter depuis 3 ans maintenant !

**A mes maîtres de Stage et au Dr Pascal Le Houerou** mon tuteur.

## TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	14
<b>TABLES DES FIGURES</b> .....	15
<b>TABLES DES TABLEAUX</b> .....	16
<b>1. Introduction</b> .....	17
<b>2. Matériels et Méthodes</b> .....	20
<b>2.1 Entretien de groupe semi dirigé</b> .....	20
<b>2.2 La MSP de Retiers</b> .....	20
<b>2.3 Les participants</b> .....	21
<b>2.4 Le guide d'entretien</b> .....	21
<b>2.5 Recueil des données</b> .....	22
<b>2.6 Enregistrement et transcription</b> .....	23
<b>2.7 Analyse des données</b> .....	23
<b>3. Résultats</b> .....	24
<b>3.1 Résultats quantitatifs</b> .....	24
3.1.1 Caractéristiques générales .....	24
3.1.2 Caractéristiques d'exercice .....	24
3.1.3 Caractéristiques d'exercice pédiatrique des médecins .....	25
3.1.4 Caractéristiques universitaires .....	25
3.1.5 Données de participations des professionnels de santé .....	26
<b>3.2 Résultats qualitatifs</b> .....	26
3.2.1 Identification des problèmes de prise en charge de l'obésité infantile à la MSP .....	26
3.2.2 Définitions des objectifs de la nouvelle prise en charge au sein de la MSP .....	29
3.2.3 Conception et structuration du protocole .....	30
3.2.4 Formalisation du protocole .....	37
<b>4. Discussion</b> .....	39
<b>4.1 Limites et biais de l'étude</b> .....	39
4.1.1 Liés à la population .....	39
4.1.2 Liés aux entretiens semi dirigés .....	39
4.1.3 Liés à l'analyse des données .....	39

<b>4.2 Spécificités de la MSP de Retiers</b> .....	40
4.2.1 Profil de la MSP.....	40
4.2.2 Le projet « protocole obésité infantile» au sein de la MSP .....	41
<b>4.3 Freins et leviers à la mise en place du protocole pluridisciplinaire</b> .....	42
4.3.1 Freins à la mise en place du projet .....	42
4.3.1.1 Liés à l'équipe.....	42
4.3.1.2 Liés aux patients.....	45
4.3.2 Leviers à la mise en place du projet.....	45
4.3.2.1 Liés à l'équipe.....	45
4.3.2.2 Liés aux patients.....	46
<b>4.4 Perspectives</b> .....	47
<b>5. Conclusion</b> .....	48
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	49
<b>ANNEXES</b> .....	54
Pré questionnaire avant consultation d'inclusion .....	55

## LISTE DES ABREVIATIONS

**ADMR** : Aide à domicile en milieu Rural  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**ASIP** : Agence des Systèmes d'Information Partagés  
**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins  
**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
**ECHO** : Commission on Ending Childhood Obesity  
**EPODE** : Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants  
**ENMR** : Expérimentation aux Nouveaux Modes de Rémunération  
**ENNS** : Etude Nationale Nutrition Santé  
**ETP** : Education thérapeutique du Patient  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**HPST** : Hôpital, Patients, Santé et Territoire (Loi du 21 juillet 2009)  
**IMC** : Indice de Masse Corporelle  
**IOTF** : International Obesity Task Force  
**IRDES** : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé  
**MNT** : Maladie Non transmissible  
**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire  
**NMR** : Nouveaux Modes de Rémunération  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**PMI** : Protection Maternelle et Infantile  
**PNNS** : Plan National Nutrition Santé  
**PS** : Professionnels de Santé  
**RéPPOP** : Réseau de Prévention et de Prise en Charge de l'Obésité Pédiatrique  
**SASPAS** : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé  
**SCM** : Société Civile de Moyens  
**SISA** : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires  
**SROS** : Schéma régional d'Organisation des Soins  
**USEN** : Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle

## TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Courbes de corpulence des filles de 0 à 18 ans diffusées dans le cadre du PNNS (Références françaises et IOTF).....	18
Figure 2 : Composition du focus group.....	21
Figure 3 : Guide d'entretien.....	22
Figure 4 : Algorithme décisionnel de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile à la MSP de Retiers.....	38

## TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des participants.....	24
Tableau 2 : Proportions de la patientèle pédiatrique par médecin de la MSP.....	25
Tableau 3 : Nombre de PS invités et présents au 1 <sup>er</sup> focus group et taux de présence.....	26
Tableau 4 : Nombre de PS invités et présents au 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> focus groups et taux de présence.....	26

## 1. INTRODUCTION

L'obésité infantile est considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme l'un des plus grands défis pour la santé publique du 21<sup>ème</sup> siècle et l'obésité en général, comme un facteur de risque de maladie non transmissible (MNT) qui fait l'objet d'un plan de lutte mondiale depuis 2013 et ce jusqu'en 2020 (1).

Le nombre de nourrissons et de jeunes enfants de moins de 5 ans en surpoids ou obèses dans le monde est passé de 32 millions en 1990 à 42 millions en 2013, notamment dans les pays en voie de développement où les enfants obèses sont désormais plus nombreux que dans les pays développés. En 2014, 48% des enfants en surpoids ou obèses vivaient en Asie et 25% en Afrique. Si l'évolution actuelle se poursuit, leur nombre atteindra 70 millions en 2025.

A la demande de l'OMS, la Commission de haut niveau pour mettre fin à l'obésité de l'enfant (ECHO) (2), composée de pédiatres et nutritionnistes, de spécialistes de santé publique et en sciences sociales ainsi que d'économistes, a été créée en 2014 afin de fournir un rapport indiquant les approches et les possibilités d'interventions en fonction des différents contextes présents dans les pays (3).

Ce rapport rendu en janvier 2016 au terme de deux années de travail, propose six recommandations aux gouvernements à travers le monde pour inverser la tendance actuelle (4). Il met en avant un manque d'engagements de la part des dirigeants mondiaux pour lutter contre cette épidémie, proposant entre autres la promotion de bonnes habitudes alimentaires en milieu scolaire et au domicile, le suivi psychologique des jeunes obèses, la pratique d'une activité physique et une taxation des aliments sans valeur nutritionnelle.

En France, selon les résultats de l'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS) de 2006, réalisée par l'Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN), la prévalence du surpoids est passée de 6% à la fin des années 1970 à 18%, incluant 3,5% d'obésité, chez les enfants de 3 à 17 ans (5), même si on note une stabilisation depuis les années 2000 comme dans d'autres pays (6).

La probabilité que les enfants en surpoids ou obèses le reste à l'âge adulte est d'environ 50% (7). Ils sont alors susceptibles de contracter des maladies cardiovasculaires à un âge précoce, des troubles musculo squelettiques, ou même certains cancers (endomètre, sein et côlon) (2,8).

Une politique nutritionnelle a vu le jour il y a maintenant quinze ans en France, avec la mise en place en 2001 du premier Plan National Nutrition Santé (PNNS), qui a été prolongé par la suite en 2006 et 2011 (9). Le PNNS a « *pour objectif principal, l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition* », tout en prenant en compte « *la triple dimension biologique, symbolique et sociale* ».

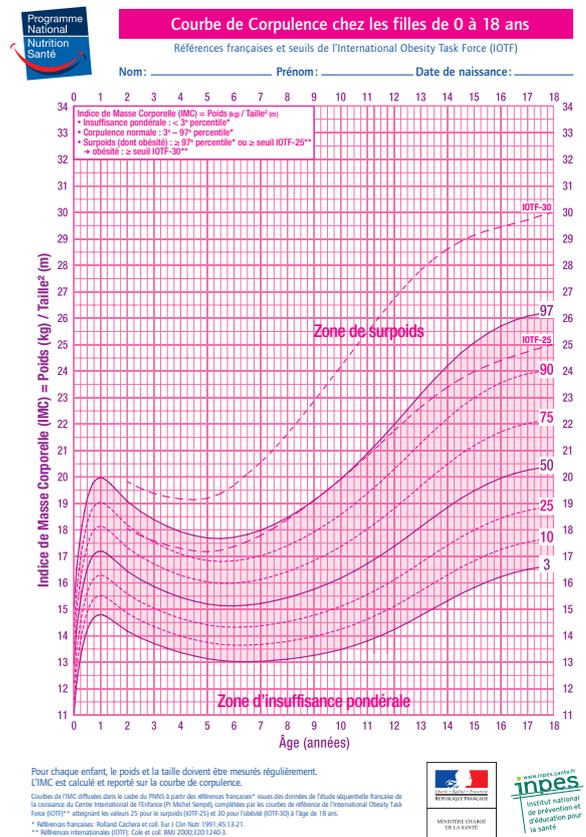
Les objectifs des PNNS successifs ont été regroupés selon quatre grands axes (9,10). L'axe numéro un portait notamment sur la diminution de 15 % en moyenne sur 5 ans de la prévalence globale du surpoids et de l'obésité, chez les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans (et une diminution d'au moins 15% chez les enfants de milieux défavorisés).

Le deuxième axe correspondait à la promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité avec pour objectif d'avoir au moins 50% des enfants et adolescents de 3 à 17 ans pratiquant une activité physique d'intensité élevée, 3 fois par semaine, pendant au moins une heure et de diminuer d'au moins 10% de le temps moyen journalier passé devant les écrans.

Les courbes de corpulence, élaborées en 1982, ont été modifiées en 2003 dans le cadre du premier PNNS (et réactualisées en 2010 avec l'apparition de deux degrés d'obésité distinguant ainsi le surpoids (incluant l'obésité) pour un Indice de Masse Corporelle (IMC)  $\geq 97^{\text{ème}}$  percentile ou  $\text{IMC} \geq$  seuil IOTF-25 (International Obesity Task Force) et l'obésité pour un  $\text{IMC} \geq$  seuil IOTF-30 (11). Ces seuils sont issus à la fois des références françaises et des références de l'IOTF élaborées en 2000 à partir des IMC de six pays ayant de larges échantillons représentatifs.

L'IOTF a considéré que le risque majeur pour un enfant en surpoids ou obèse, en matière de morbi-mortalité, était de conserver un surpoids ou une obésité à l'âge adulte. Les courbes constituées en centiles atteignent donc respectivement 25 et 30  $\text{kg}/\text{m}^2$  (valeurs respectives du surpoids et de l'obésité à l'âge adulte). On notera que la courbe IOTF-25 est proche de la courbe du  $97^{\text{ème}}$  percentile française.

Chez l'enfant, l'IMC augmente la première année, diminue jusqu'à l'âge de 6 ans, et augmente à nouveau jusqu'à la fin de la croissance. Le rebond d'adiposité est le point le plus bas de la courbe de l'IMC, juste avant l'ascension de la courbe. Normalement, le rebond d'adiposité physiologique se situe vers l'âge de 6 ans. S'il survient avant, on parle de rebond précoce. Plus le rebond d'adiposité est précoce, plus le risque d'obésité à l'âge adulte est élevé.



La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande, depuis 2003, un dépistage précoce chez les enfants de 28 jours à 6 ans, avec la mesure du poids et de la taille, le calcul de l'IMC, la retranscription sur les courbes du carnet de santé (au minimum 3 fois par an avant 2 ans puis au minimum 2 fois par an jusqu'à l'adolescence) ainsi que la recherche d'un rebond d'adiposité précoce (12).

Le médecin généraliste, de part sa position centrale dans le parcours de soins, joue un rôle majeur dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile. D'après un rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) datant de 2007, les enfants de moins de 16 ans constituent 13% des consultations des médecins généralistes, 88% de ces enfants consultant dans le cadre d'un suivi régulier (13).

L'HAS a réaffirmé cette place de premier recours lors de l'actualisation des recommandations en septembre 2011 dans le cadre de la prévention, du dépistage, de la prise en charge initiale, du suivi et de la coordination des soins. Le rapport d'experts définit trois niveaux de prise en charge et place le médecin généraliste en tête de la prise en charge du surpoids ou de l'obésité commune non compliquée, dans un contexte familial favorable, sans problème psychologique ou social majeur (7).

Néanmoins, si le dépistage ne présente pas de difficulté majeure aux généralistes (14,15), il n'en est pas de même concernant la prise en charge (16). Certains médecins mettent en avant une peur de heurter ou culpabiliser aussi bien l'enfant que les parents, un manque de temps pour la prise en charge, un manque d'implication des parents, mais aussi une absence de remboursement des consultations chez les diététiciennes.

Dans certaines régions ou départements, des réseaux de prise en charge de l'obésité infantile ont vu le jour, c'est notamment le cas des RéPPOP (Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique) depuis 2006 en Alsace, Aquitaine, Franche-Comté, Rhône, Ile-de-France, Midi-Pyrénées, Nord-Cotentin, Ardèche et Isère.

La Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) de Retiers compte environ 340 enfants en surpoids dont 70 enfants obèses. Il n'existe actuellement aucun réseau de prise en charge de l'obésité infantile en Ille et Vilaine, même si la ville de Vitré, située à 30 km de Retiers, fait partie depuis 2010 du programme EPODE (Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants) avec 9 autres villes pilotes en France. Devant l'impression d'inefficacité de la prise en charge du surpoids proposée actuellement à ces patients, les professionnels de santé se sont interrogés sur la manière d'y remédier. La MSP dispensant déjà depuis deux ans des séances d'éducation thérapeutique aux patients (ETP) diabétiques de type 2, l'idée d'un protocole pluriprofessionnel (17,18) de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile a vu le jour.

Ce protocole permettrait de formaliser et d'harmoniser les pratiques des professionnels, en s'appuyant sur leurs expériences et compétences, tout en prenant compte des données actualisées de la littérature et les ressources existantes de l'HAS (7). Ceci permettrait de proposer une prise en charge optimale et de proximité de cette pathologie chronique.

L'objectif principal de l'étude est d'explorer les expériences et les pratiques des professionnels médicaux et para-médicaux formant une équipe de soins primaires au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, concernant la prise en charge de premier recours du surpoids et de l'obésité chez l'enfant.

## **2. MATERIELS ET METHODES**

### **2.1 Entretien de groupe semi dirigé**

L'enquête, qualitative, a été menée à partir de focus groupes.

Il s'agit d'une technique d'entretien d'un groupe de discussion, menée de manière semi dirigée, avec pour but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies auparavant (19). Cette technique est très utilisée dans les pays anglo-saxons dans les travaux de recherche en soins primaires.

La méthode des focus group repose sur la dynamique de groupe. Elle permet d'évaluer des besoins, des attentes, de recueillir les expériences de chacun, de confronter les différents points de vue par la discussion, chacun défendant ses priorités et préférences. L'expression libre et directe des participants permet parfois de faire émerger de nouvelles idées que l'investigateur n'avait pas envisagées (20).

Les échanges du groupe sont dirigés par un modérateur accompagné normalement d'un observateur. Le modérateur a pour fonction d'animer le groupe. Ayant une connaissance du sujet tout en gardant une attitude la plus neutre possible, il guide la discussion, recentre les échanges des participants vers le sujet principal assurant une certaine fluidité au débat. Il doit avoir une attitude d'écoute active tout en réfléchissant en même temps. Il peut être amené à faire préciser un point de vue ou reformuler pour avoir confirmation de ce qui a été dit.

L'observateur quant à lui, gère le matériel d'enregistrement, l'accueil des participants avec le recueil des questionnaires quantitatifs concernant leurs caractéristiques, ainsi que la prise de notes servant à la retranscription des enregistrements.

Dans notre cas, l'observation « participante » est dite « explicite » quand l'animateur s'intègre dans la vie du groupe étudié. L'écoute active a été associée à d'autres stratégies d'interventions comme la relance, les consignes et la contradiction.

### **2.2 La MSP de Retiers**

La MSP a été créée en 2011 par les Docteurs Ferrando, Tessé et Goulard. Elle se situe à Retiers, commune semi-rurale située à 35 min de Rennes sur l'axe Rennes-Angers, à la limite de la Loire Atlantique. La commune regroupe 4188 habitants selon le dernier recensement de 2016 mais avec un bassin de population de 8000 habitants en tenant compte des communes limitrophes.

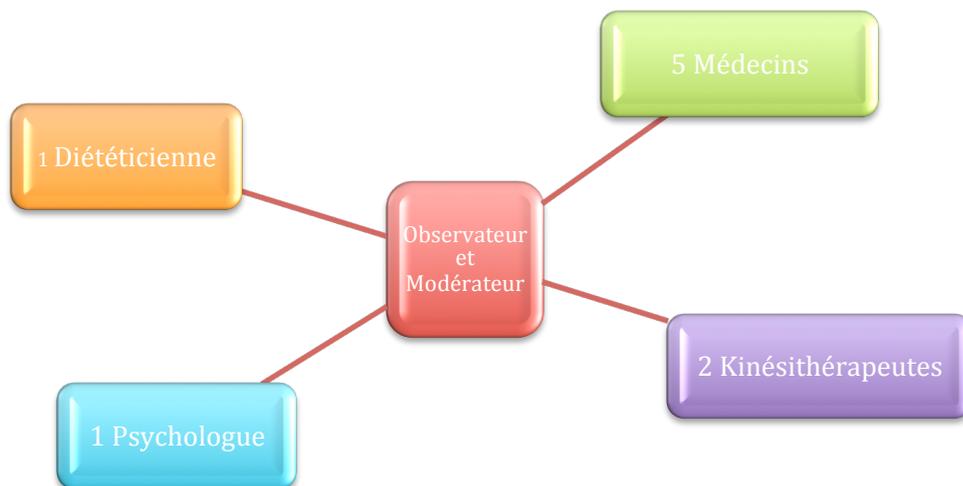
Le nombre d'enfants scolarisés sur la commune, dans les 2 écoles maternelles et élémentaires ainsi qu'au collège et lycée, est de 1563 (21).

### **2.3 Les participants**

Les participants ont été sélectionnés en fonction des objectifs de l'étude et de leur possible implication dans la prise en charge de l'obésité infantile, au sein de la MSP.

L'effectif comprenait trois médecins installés, deux médecins collaborateurs, une diététicienne, une psychologue, et deux kinésithérapeutes. Des internes en cours de stage praticien de premier niveau ainsi que des internes en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) ont pu participer à certains entretiens.

Le premier contact a été effectué de manière informelle lors de déjeuners en salle de pause au cabinet puis par mail, expliquant l'objet de notre travail, afin de fixer une première date d'entretien.



**Figure 2. Composition du focus group**

### **2.4 Guide d'entretien**

Un guide d'entretien semi structuré ou « scénario du focus group » permet de définir le déroulement de la séance. Le nôtre comportait huit questions courtes et ouvertes. Ces questions étaient basées en partie sur les différentes étapes d'élaboration d'un protocole de soins primaires définies par l'HAS.

Ce guide était précédé d'un questionnaire quantitatif permettant de recueillir les caractéristiques des participants tels que le sexe, l'âge, la profession, le mode d'exercice, l'année d'installation au sein de la MSP, les activités au sein et en dehors de la structure.

**GUIDE ENTRETIEN**

Nom :

Age :

Profession :

Date 1<sup>ère</sup> installation :

Mode d'exercice précédent :

Date d'adhésion à la MSP :

Activités au sein du cabinet :

Activités en dehors du cabinet :

Type de structure dans laquelle vous exercez (SCM, SCP,...)

PRISE en CHARGE de L'OBESITE INFANTILE au sein de la MSP :

1. Population incluse, quelles limites d'âge ?
2. Avec quels critères et outils de dépistage ?
3. Réalisation d'une consultation d'inclusion spécifique ?
4. Orientation systématique ou non vers les professionnels paramédicaux ?
5. Quel rythme de suivi et durée du suivi envisagés ?
6. Participation des parents ? Si oui, sous quelle forme ?
7. Standardisation des consultations ?
8. Utilisation de supports techniques ?
  - pour les professionnels ?
  - pour les patients ?

**Figure 3. Guide d'entretien**

## **2.5 Recueil des données**

Les entretiens, au nombre de trois, ont été réalisés dans la salle de réunion de la MSP, à un mois d'intervalle environ, entre la fin du mois de mars et la fin du mois de mai (les mercredi 23 mars, mardi 26 avril et mardi 31 mai 2016), sur le temps du déjeuner.

Les secrétaires du cabinet avaient bloqué pour chaque réunion, un créneau horaire de une heure entre 13h30 et 14H30, décalant si besoin les visites à domicile non urgentes et les rendez-vous du début d'après-midi.

Ces trois entretiens ont duré entre 30 minutes et 1 heure. Les dates et horaires de réunion ont été décidés en fonction de la disponibilité du plus grand nombre, en communiquant par mail.

Médecin généraliste remplaçant de manière régulière dans cette MSP depuis novembre 2013, j'ai moi-même pris la place d'observateur ainsi que de modérateur.

Le premier focus group a permis de réexpliquer l'objet de notre travail et de recueillir l'adhésion de chacun quant à la pertinence du projet et leur participation active. Nous avons défini les problèmes rencontrés quant à la prise en charge de l'obésité infantile par les professionnels de la MSP.

Le guide d'entretien a été remis aux différents participants à la fin de cette première réunion et récupéré quinze jours après.

Lors du deuxième focus group, les réponses de chacun ont été exposées et débattues pour trouver un consensus à chaque item.

A partir de toutes ces réponses, nous avons élaboré le protocole sous forme d'un algorithme décisionnel, qui a été de nouveau commenté lors du troisième focus group pour arriver à la version finale. Cette dernière a été adoptée après réalisation des dernières corrections, par chaque professionnel de santé via email.

J'ai également rencontré le 25 avril 2016, dans l'intervalle entre les deux premiers focus groups, deux membres (un médecin et la podologue) du « Pôle de Santé des Estuaires » à Corsept en Loire Atlantique. Je les avais contacté suite à la découverte lors de mes recherches bibliographiques, de l'existence d'un protocole sur l'obésité infantile créé par leur pôle de santé en 2014. Ils m'ont accordé un entretien d'une heure.

## **2.6 Enregistrement et transcription**

L'intégralité des entretiens a été réalisée au moyen du dictaphone de l'iPhone et retranscrite mot pour mot sur Word, après chaque interview de groupe à partir de l'enregistrement et des notes prises pendant les focus groups. Nous avons également annoté les données non verbales, dans le respect de l'anonymat.

Aucun participant ne s'est opposé à l'enregistrement des données.

## **2.7 Analyse des entretiens**

Des thèmes généraux ont d'abord été identifiés. Le verbatim a ensuite été catégorisé puis classé par idées. Une analyse descriptive de notre échantillon a également été réalisée.

### **3. RESULTATS**

#### **3.1 Les résultats quantitatifs :**

##### 3.1.1 Caractéristiques générales :

Les caractéristiques générales des PS (sélectionnés pour les focus groupes) sont résumées dans le tableau 1. Sur les neuf participants :

- cinq étaient des femmes : un médecin, la diététicienne, la psychologue et les deux kinésithérapeutes
- deux avaient 50 ans et plus, trois avaient entre 35 et 45 ans et les quatre derniers moins de 35 ans
- les trois médecins installés étaient à l'origine de la création de la MSP en juillet 2011, les deux médecins collaborateurs ayant rejoint le cabinet en mai 2013 et mars 2015.
- deux médecins exerçaient en libéral depuis les années 90, un autre s'était installé en 2005, enfin l'installation du reste des participants s'était faite après 2010.

	Age	Sexe	Année de la 1ère installation	Date d'adhésion à la MSP
Médecin 1	56	M	1990	Juillet 2011
Médecin 2	50	F	1995	Juillet 2011
Médecin 3	42	M	2005	Juillet 2011
Médecin 4	36	M	2013	Mai 2013
Médecin 5	29	M	2015	Novembre 2014
Diététicienne	33	F	2011	Décembre 2011
Kinésithérapeute 1	29	F	2013	Juillet 2014
Kinésithérapeute 2	25	F	2014	Avril 2015
Psychologue	35	F	2012	Janvier 2014

**Tableau 1 : Caractéristiques des participants**

##### 3.1.2 Caractéristiques d'exercice :

Parmi les médecins :

- Le médecin 1 est coordinateur de la MSP.
- Le médecin 2 pratique l'hypnose au cabinet.
- Le médecin 4 (collaborateur du médecin 3) est responsable du programme d'éducation thérapeutique (ETP) diabète au sein de la MSP, en partenariat avec la diététicienne. Il est aussi médecin référent de la crèche multi-accueil de Janzé.
- Le médecin 5 (collaborateur du médecin 1) ayant signé le « contrat d'engagement de service publique » durant son externat, exerce un jour par semaine chez une autre médecin installée seule dans une commune environnante.

Concernant les professionnels paramédicaux :

- La diététicienne exerce à 80% au CH de Vitré et de la Guerche de Bretagne et un mercredi tous les quinze jours à la MSP.
- La psychologue exerce la majeure partie du temps dans un cabinet libéral à Vern sur Seiche et 3 demi journée à la MSP.

### 3.1.3 Caractéristiques d'exercice pédiatrique des médecins

Les caractéristiques d'exercice pédiatrique des médecins sont résumées dans le Tableau 2. Nous observons qu'au sein de la MSP, près de 30% de la patientèle a moins de 16 ans.

	Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3	Médecin 4	Médecin 5
Nombre total de consultations en 2015	5956	7336	4756	4498	2231
Nombre de patients de moins de 2 ans (CMNO)	219	678	233	311	129
Nombre de patients de moins de 6 ans (CMGE)	299	698	361	360	146
Pourcentage de patients de moins de 16 ans	27%	34%	28%	32%	25%

**Tableau 2 : Proportions de la patientèle pédiatrique par médecin de la MSP**

### 3.1.4 Caractéristiques universitaires

Les médecins 1 et 2 sont maîtres de stage à la faculté de médecine de Rennes.

Le médecin 4 est en cours de DU d'échographie.

### 3.1.5 Données de participation des professionnels de santé

La psychologue n'a pu participer qu'au premier focus group en raison d'un départ en congés maternité de mi-avril jusqu'à la fin du mois d'août.

Certains médecins ont été absents du fait de leur jour de congés habituel ou en raison de réunions professionnelles à l'extérieur. Ces derniers ont demandé à avoir un résumé de ce qui avait été dit durant l'entretien manqué, apportant certaines remarques complémentaires.

La 2<sup>ème</sup> kinésithérapeute a été absente aux trois réunions du fait de soins à domicile. Elle a néanmoins pu se joindre à nous sur la fin du 3<sup>ème</sup> entretien. Sa collaboratrice lui a fait un résumé de chaque réunion. Elle n'a pas été comptabilisée dans les statistiques, de même que l'interne présent lors du 1<sup>er</sup> focus group.

La présence des différents PS aux focus groupe est indiquée dans les tableaux 3 et 4.

	Médecins	Diététicienne	Psychologue	Kinésithérapeutes
Invités (I)	5	1	1	2
Présents (P)	4	1	1	1
% P/I	80%	100%	100%	50%

**Tableau 3 : Nombre de PS invités et présents au 1<sup>er</sup> focus group et taux de présence**

	Médecins	Diététicienne	Psychologue	Kinésithérapeutes
Invités (I)	5	1	1	2
Présents (P)	3	1	0	1
% P/I	60%	100%	0%	50%

**Tableau 4 : Nombre de PS invités et présents aux 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> focus groups et taux de présence**

## 3.2 Résultats qualitatifs

### 3.2.1 Identification du problème de la PEC de l'obésité infantile à la MSP

#### ➤ Pratiques et dépistage au quotidien

Le dépistage de l'obésité infantile ne semble pas poser de problème à l'ensemble des médecins : « repérer les enfants en surpoids et à risque d'obésité morbide, c'est pas très dur » (médecin 1, entretien 1), « ce n'est pas le repérage de l'enfant en surpoids qui pose souci, parce que ça c'est hyper facile » (médecin 2, entretien 1).

Tous les médecins pratiquent au moins un dépistage annuel, au moment de la rédaction des certificats de non contre indication sportive, ou lors de consultations pour simple virose au cours de l'année.

L'ensemble des praticiens reporte la taille, le poids dans le dossier entraînant le calcul direct de l'IMC de l'enfant par le logiciel informatique. Un des médecins s'est créé une « alerte obésité » dans le dossier de l'enfant quand il identifiait un surpoids (*médecin 5, entretien 3*). Le report des informations dans le carnet de santé est quasi systématique.

➤ Difficultés de prise en charge ressenties par les professionnels

○ Manque d'outils

Néanmoins les médecins de la MSP jugent leur prise en charge par la suite inefficace et ressentent une sensation d'échec : « on n'arrive pas à une prise en charge réellement efficace et adaptée de ces enfants là » et « *on constate avec déception que l'IMC ne fait que s'aggraver, en tous cas ne s'arrange pas* » (*médecin 1, entretien 1*).

Les médecins ont l'impression qu'une fois la porte du cabinet de consultation franchie, malgré les conseils donnés, « *on a rien* » (*médecin 5, entretien 1*).

Ils jugent de pas avoir les outils nécessaires pour proposer une prise en charge correcte et viable : « *rien à leur proposer de concret et faisable... le fait de ne pas avoir au niveau local une offre à proposer, c'est un manque* » (*médecin 5, entretien 1*), « *pas franchement de choses à proposer dans l'immédiat, en tous cas, rien pour donner une accroche* » (*médecin 4, entretien 1*).

Les essais de prise en charge auprès de spécialistes, en libéral ou en centre hospitalier, se soldent souvent par un échec : « *Quand on essaye d'organiser des choses, les adresser à des médecins nutritionnistes, c'est soit sur Rennes ou Vitré, pour l'instant je sais que je n'ai aucun patient qui a donné suite* » (*médecin 5, entretien 1*).

○ Manque de temps

Un médecin évoque également la nécessité d'avoir du temps : « *le frein ça va être le suivi avec le temps que vont prendre les différentes consultations... faut rabâcher un peu la même chose, c'est que comme ça que ça fonctionne...* » (*médecin 3, entretien 1*) mais aussi le fait de ne pas penser à aborder le sujet quand il voit l'enfant pour un autre motif et qu'il manque de temps.

○ Coût de la prise en charge

L'aspect financier est également mis en avant, avec des patients ne donnant pas suite à la première consultation compte tenu de l'absence de remboursement : « *les gens viennent une fois et après... se*

*pose le problème financier » (diététicienne, entretien 1), « on leur propose des choses mal remboursées, le suivi diététique et psychologique, c'est compliqué » (médecin 2, entretien 1).*

➤ Difficultés vis à vis des patients

○ Déni parental

Le principal obstacle à la prise en charge évoqué par l'ensemble des professionnels de la MSP est la méconnaissance de l'obésité par les parents et surtout leur déni souvent majeur : *« j'ai très souvent des dénis parentaux importants du surpoids, du problème alimentaire et de la sédentarité » (médecin 4, entretien 1)*

Un des médecins juge que le principal : *« c'est clairement de repérer l'enfant en surpoids à qui on va pouvoir proposer quelque chose parce qu'il n'y a pas de déni derrière... il y a les parents qui sont immédiatement dans le déni, tu le vois tout de suite, et là clairement on peut rien faire » (médecin 2, entretien 1).*

Souvent les parents n'ont pas pleinement conscience de la situation : *« les patients viennent une fois en disant que le médecin a dit que l'enfant était un peu en surpoids, qu'il a un peu paniqué pour rien... ils minimisent la situation, ils viennent forcés, tu les vois une fois pour dire au médecin qu'ils m'ont vu et cela va s'arrêter là » (diététicienne, entretien 1).*

Dans d'autres situations, les parents rejettent l'entière faute sur l'enfant : *« moi ceux que j'estime dans le déni, c'est ceux à qui tu montres la courbe et qui regardent direct l'enfant, en lui disant : t'as vu, j'arrête pas de te dire que tu manges trop, c'est lui de toutes les façons, j'arrête pas de lui dire mais il ne veut pas... et tu vois l'enfant en train de prendre son goûter dans ton bureau avec trois brioches à la main » (médecin 2, entretien 1).*

Le choix des familles à qui proposer cette prise en charge a été débattu par les PS. La majorité était pour une prise en charge de l'ensemble des patients détectés en situation de surpoids ou d'obésité, en évoquant *« une tentative de prise de conscience, en les informant sur les risques de l'obésité infantile et sur ce que cela engendre » (médecin 4, entretien 1)*, en leur *« laissant le bénéfice du doute » (médecin 1, entretien 1).*

○ La motivation des parents et des enfants

Un autre aspect évoqué est le manque de motivation des parents à suivre une prise en charge sur plusieurs mois mais aussi le manque de motivation de l'enfant : *« il ne faut pas minimiser la motivation de*

*l'enfant, parce que des parents ultra motivés avec des enfants qui s'en fichent royalement quand ils sont en consultation... l'enfant n'en est pas du tout à ce stade là, ça ne lui pose pas de souci, et bien tu arrives difficilement à quoi que ce soit » (diététicienne, entretien 1).*

La situation où les parents consultent directement un spécialiste en nutrition est beaucoup plus rare : *« cela m'arrive, ils n'ont pas forcément eu une orientation par le médecin traitant... ce sont eux qui viennent spontanément car ils se sont inquiétés d'eux même » (diététicienne, entretien 1).*

- Peur de faire culpabiliser

Certains médecins ont également mis en avant la peur de heurter ou faire culpabiliser l'enfant et les parents : *« le frein, c'est un peu d'évoquer devant l'enfant son problème de surpoids, d'essayer de ne pas juger non plus les parents qui sont à côté, avoir une crainte que ce ne soit pas bien pris, que l'enfant se renferme » (médecin 5, entretien 1 bis), « si tu veux avoir une chance... c'est déjà de ne surtout pas les culpabiliser... je passe mon temps à leur dire : voilà bon c'est pas grave, mais maintenant on peut peut-être essayer de faire quelque chose » (médecin 2, entretien 1).*

### 3.2.2 Définition des objectifs de PEC de l'obésité au sein de la MSP

Face à ces difficultés, les professionnels de la MSP ont été amenés à réfléchir à une prise en charge plus appropriée, qui pourrait s'inscrire dans le cadre de la mise en place d'un protocole de soins pluri-professionnel, avec un possible partenariat de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne.

En effet la MSP est depuis 2 ans déjà, en relation avec l'ARS en tant que Pôle de Santé dispensant des séances d'ETP pour le diabète de type 2 et percevant ainsi un budget annuel, alloué au titre de l'indemnisation pour perte de ressources des professionnels libéraux membres de l'équipe. Ce budget est versé à la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) qui le redistribue aux professionnels de santé ayant participé aux différentes actions.

- But d'une prise en charge pluri-professionnelle

La mise en place d'un protocole pluri professionnel permettrait ainsi *« d'avoir une filière où orienter assez rapidement l'enfant et les parents, pour qu'il y ait déjà au moins quelque chose d'accessible rapidement, pour que cela accroche plus facilement » (médecin 4, entretien 1), « d'avoir quelque chose de concret à proposer » (médecin 5, entretien 1), en offrant une prise en charge nutritionnelle par les médecins et la diététicienne, une prise en charge psychologique si besoin, et en luttant contre la sédentarité avec l'aide des kinésithérapeutes.*

➤ Participation financière de la SISA

Devant l'identification de l'aspect financier comme difficulté à la prise en charge, les professionnels ont évoqué une participation de la SISA à un certain nombre de consultations, en rejetant l'idée que tout soit gratuit : « *c'est probable que pour que cela marche, il faut que ce soit gratuit. Mais d'un autre côté des fois, ce qui est gratuit fonctionne moins bien que ce qui est payant* » (médecin 1 entretien 1), « *Il ne faut pas que cela soit complètement gratuit... tout gratuit, ils ne sont pas motivés, ils viennent par curiosité* » (médecin 2, entretien 1), « *tout gratuit, ils viennent pas, c'est pas grave...mais il faut pas que ca soit un frein* » (diététicienne, entretien 1).

Les différents professionnels souhaiteraient mettre rapidement le projet en route, cependant ils ne disposent pour l'instant pas d'un budget officiel tant que l'ARS ne l'a pas validé. Ainsi il a été envisagé de récupérer les subventions restantes de l'année passée, notamment pour la prise en charge des séances de kinésithérapie : « *on prescrit quelque chose qui peut être prise en charge par la caisse ou on finance par le SISA ?* » (médecin 2, entretien 2), « *est ce que ca peut être la prise en charge sécu et effectivement c'est minime, et une rémunération complémentaire par le SISA ?* » (diététicienne, entretien 2).

### 3.2.3 Conception et structuration du protocole

➤ Age d'inclusion

L'ensemble des professionnels à l'exception de deux, ont d'emblée fixé la limite d'âge supérieure à 16 ans, limite à laquelle les deux médecins ayant proposé 18 ans initialement, se sont ralliés spontanément.

La limite d'âge inférieure a nécessité plus de discussion.

- 5 professionnels n'avaient pas mis de limite inférieure sur le guide d'entretien.
- 3 avaient mis entre 2 et 3 ans
- 1 avait mis 4 ans

Le fait de prendre en charge les enfants très jeunes, mais surtout en prenant en charge leur famille, permettait selon la majorité de prévenir un rebond d'adiposité précoce et de donner de bonnes habitudes alimentaires : « *à 6 ans, les choses sont presque déjà figées... c'est vraiment en prenant en charge très précocement dès que les habitudes alimentaires se mettent en place... que l'on peut avoir une efficacité sur le long terme* » (médecin 5, entretien 2), « *les vraies obésités, pas les IMC limites, c'est déjà plié* » (médecin 2, entretien 2), « *à partir du moment où les enfants sont scolarisés en maternelle... Vitry est une ville qui fait partie d'un programme sur l'obésité infantile...ils font des activités pour les enfants en maternelle... sur le développement du goût* » (diététicienne, entretien 2).

Finalement, d'un commun accord, il a été décidé d'inclure les enfants à partir de 3 ans.

➤ Critères et outils de dépistage

Tous les professionnels ont donné la même réponse, mentionnant :

- le poids en kg
- la taille en cm
- l'IMC en kg/m<sup>2</sup>
- les courbes de poids, taille et IMC dans le carnet de santé
- le diagnostic de surpoids et/ou obésité pour un IMC > 97<sup>ème</sup> percentile

➤ Consultation d'inclusion

L'ensemble des professionnels a été favorable à une consultation d'inclusion.

La majorité d'entre eux avaient envisagé que celle-ci soit effectuée par le médecin traitant ou le médecin coordinateur du programme.

○ Consultation chronophage, délégation de tâches

Néanmoins, comme a pu le stipuler un des médecins, cette consultation risquait d'être chronophage.

La diététicienne ayant des disponibilités de rendez-vous plus importantes et surtout des créneaux de consultations plus longs, il a été décidé de lui déléguer cette consultation d'inclusion, appelée également « diagnostic initial » dans le cahier des charges de l'ARS.

Elle effectuerait alors l'enquête alimentaire et en fonction des différents problèmes soulevés lors de la consultation proposerait une orientation vers d'autres PS si besoin (psychologue, kinésithérapeute).

○ Passage préalable par le médecin traitant

Les professionnels ont également reconnu que même si le recrutement pouvait être fait par n'importe lequel d'entre eux, il était préférable que l'enfant voit son médecin traitant habituel avant de rencontrer la diététicienne.

Cette consultation avec le médecin traitant avait plusieurs objectifs :

- confirmer le surpoids ou l'obésité, si l'enfant n'avait pas été recruté par son médecin, et avoir un premier recueil du poids, de la taille et de l'IMC
- tester la motivation de l'enfant et des parents
- recueillir leurs consentements
- distribuer un pré questionnaire

*« moi ce que j'avais dit, c'était recrutement par tout le monde et qu'il passe par la case médecin pour la 1<sup>ère</sup> courbe d'IMC, et là je pensais plutôt médecin traitant qui connaît le patient et qui est le plus à même de le motiver » (médecin 2, entretien 2), « je pense que le plus fréquent, ça va être orientation par le*

*médecin traitant à mon avis... si on se base sur le diabète, j'ai 100% de recrutement par les médecins traitants » (diététicienne, entretien 2).*

- Réalisation d'un pré questionnaire (annexe)

Afin de gagner du temps lors cette consultation initiale par la diététicienne et par la même occasion de tester la motivation des patients, les PS ont opté pour la réalisation d'un pré questionnaire rempli au domicile par les parents et regroupant :

- les données administratives
- les antécédents personnels de l'enfant (poids et taille de naissance, antécédent de prématurité, allaitement maternel, antécédent de prise en charge du surpoids, autres pathologies)
- les antécédents familiaux (poids et taille des parents, présence de facteurs de risque cardiovasculaires (hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie), origine géographique, situation des parents (en couple, séparés, autres), rang dans la fratrie, notion de surpoids ou obésité chez les frères et soeurs)
- la vie scolaire : niveau scolaire, redoublement, déjeuner à la cantine
- les activités sportives extra scolaires et en famille
- l'histoire de la prise de poids

Ce pré questionnaire « *permettrait de faire gagner du temps... parce qu'ils peuvent y réfléchir... parce que des fois on leur pose des questions « est ce qu'il y a des problèmes dans la famille en ce moment ? », ils vont dire non et puis 15 jours après « oui y a un truc qu'on vous avait pas dit » ou alors ils n'ont pas envie de répondre devant l'enfant » (médecin 2, entretien 2).*

Un délai de 15 jours à 3 semaines, entre la consultation chez le médecin avec la remise du pré questionnaire et la consultation chez la diététicienne, a été décidé pour laisser un temps de réflexion aux parents mais aussi pour ne pas perdre de vue l'enfant.

- Patients n'appartenant pas à la MSP

Une des kinésithérapeutes a soulevé la question concernant la prise en charge d'enfants suivis par des médecins en dehors de la MSP ou adressés par la PMI ou les médecins scolaires : « *certains enfants peuvent venir d'autres médecins ? » (kinésithérapeute 1, entretien 2), « il faut leur demander d'en parler à leur médecin traitant pour lui dire que c'est quelque chose qui est proposé en complément... ils auront le compte rendu » (médecin 2, entretien 2).*

Compte-tenu des difficultés soulevées pour le financement du projet, les PS ont décidé de se restreindre aux enfants suivis au cabinet : *« si on n'a pas de financement et qu'on est en budget restreint, est-ce que dans un premier temps, on se focaliserait pas sur la patientèle des médecins traitants de la MSP avant de s'étendre à d'autres ? On ne sait jamais si cela fait boule de neige... »* (diététicienne, entretien 2).

- Discussion concernant le bilan sanguin

La réalisation ou non d'un bilan sanguin a été débattu par les différents PS.

La majorité des médecins était contre, arguant d'une dépense de santé inutile devant des bilans qui allaient tous être normaux et d'une médicalisation de la prise en charge : *« vous les faites à l'heure actuelle ? »* (diététicienne, entretien 2), *« jamais, absolument jamais... ça m'énerve de dépenser beaucoup d'argent pour des trucs inutiles surtout que ça médicalise, ça dit tout de suite « Vous êtes malade... on va commencer par vous piquer ! »* (médecin 2, entretien 2).

Le médecin plutôt favorable argumentait quant à lui sur le fait que c'était le seul moyen de dépister une obésité secondaire : *« tout à l'heure, on parlait d'obésité secondaire en exclusion du protocole. C'est quoi une obésité secondaire ? C'est forcément rechercher des trucs »* (médecin 3, entretien 2).

Il a été décidé de prescrire le bilan sanguin au cas par cas, en cas d'antécédents familiaux de diabète ou de dyslipidémie familiale avérée.

#### ➤ orientation vers les autres PS

- Vers la diététicienne

Comme attendu, tous les professionnels étaient d'accord pour une orientation systématique vers la diététicienne. Avec la délégation de tâches, c'est même elle qui réalisera le bilan initial à l'entrée du protocole.

- Vers les kinésithérapeutes

Les PS se sont accordés sur le fait qu'une consultation avec les kinésithérapeutes pourrait être proposée en systématique, surtout dans le but de convaincre les enfants et parents les plus réticents, en rompant avec le côté strictement médical : *« Je pense que la kiné serait une bonne clé d'entrée... ils se sentiront moins culpabilisés... l'activité physique comme porte d'entrée pour ceux qui sont moyennement motivés ou ceux qui sont un peu sur la défensive »* (diététicienne, entretien 2), *« proposer de manière systématique, cela peut être ludique »* (médecin 2, entretien 2).

L'autre point abordé lors du 2<sup>ème</sup> entretien, a été celui de la réalisation ou non d'une prescription médicale pour ces séances. Il n'existe à priori aucune cotation pour ce type de prise en charge par les

kinésithérapeutes et la séance « classique » serait considérée comme très peu rémunérée compte tenu du temps passé avec le patient.

Après vérification de la kinésithérapeute, il serait possible de prendre en charge trois enfants lors de la même séance durant 1h30 et de coter des séances de renforcement musculaire ou de rééducation à l'effort. Les autres PS étaient d'accord pour accorder une rémunération supplémentaire par le SISA en attendant les financements officiels (entretien 3).

Enfin, même le cabinet des kinésithérapeutes dispose du matériel suffisant pour leur pratique quotidienne, il ne serait pas forcément adapté pour ce type de prise en charge, notamment en petit groupe : *« il faut que je réfléchisse aussi sur le côté logistique... l'intérêt serait d'aller sur les équipements de Retiers mais c'est à voir avec la mairie... y a plein de trucs qui peuvent être mis en place, après le souci, c'est que nous ici on a pas spécialement d'équipement pour »* (kinésithérapeute 1, entretien 2).

- Vers la psychologue

Les PS étaient tous d'accord pour une orientation au cas par cas vers la psychologue, et non, systématique. L'idée d'un financement complémentaire par le SISA a également été abordée. La psychologue avait précisé que l'idéal était une séance par semaine puis tous les 15 jours avec un total de 10 séances, pour les patients nécessitant une prise en charge.

- Rythme de suivi

- par le médecin traitant

La deuxième consultation avec le médecin traitant a été fixée à 3 mois (M3), les PS trouvant qu'un délai de 6 mois était trop long pour une prise en charge optimale : *« moi j'avais dit 3 mois, car je trouve que 6 mois c'est long, surtout si on est dans un objectif de voir si notre protocole marche... moi quand je vois des IMC limites en ce moment, je fais pas revenir les gamins au bout de 6 mois »* (médecin 2, entretien 2).

Cette consultation à M3 sera entièrement dédiée au suivi de la prise en charge initiale, les parents ne pouvant pas amener l'enfant en consultation pour un autre motif médical. A la sortie du protocole, l'enfant sera revu par son médecin traitant habituel à 9 et 12 mois.

- par la diététicienne

L'idéal aurait été de voir l'enfant tous les mois. Comme cela a déjà été soulevé à plusieurs reprises, le non remboursement des consultations risquait d'être un frein à la prise en charge et un motif d'interruption précoce du suivi : *« ... dès qu'il va falloir donner de l'argent, les gens vont lâcher le truc »*

(médecin 3, entretien 2), « pour l'ETP diabète, on en a aucun ayant fait plus de séances que ce qui était pris en charge » (diététicienne, entretien 2).

Les PS se sont mis d'accord sur :

- une deuxième consultation de diététique à 1 mois (M1) du diagnostic initial : « ce serait quand même bien de faire 2 consultations à 1 mois d'intervalle au début... parce que généralement ils ont vite des questions qui leur viennent après la consultation et si tu mets ça trois mois après, ils sont un peu dans le flou » (diététicienne, entretien 2).
- une troisième à 3 mois (M3), concomitante avec celle chez le médecin traitant.
- une quatrième à 6 mois (M6) avec la réalisation du bilan final.
  - par l'équipe pluri professionnelle

La durée totale du protocole a été fixée à 6 mois, notamment pour une question de financement.

Les professionnels de santé ont souhaité mettre en place une réunion inter professionnelle, à 3 mois du début du protocole pour juger de sa viabilité : « autant qu'on rectifie tout de suite si besoin, car si on loupe nos inclusions... » (médecin 2, entretien 2).

Les PS se sont également mis d'accord pour la réalisation d'une réunion avec l'intégralité des intervenants de la MSP et l'ensemble des enfants et familles ayant suivi le programme, 12 à 18 mois après le début de la prise en charge.

Cette réunion permettrait alors :

- de voir si certains enfants ont « décroché » et de leur proposer de réintégrer une seconde fois le programme s'ils le souhaitent (médecin 2, entretien 2)
- de faire savoir aux patients qu'on ne les a pas « lâché » ou « abandonné » (diététicienne, entretien 3)
- de permettre aux enfants et à leur famille de poser des questions qui leur seraient venues en tête durant l'intervalle (diététicienne, entretien 2 et 3)

#### ➤ Participation des parents et séances collectives

La participation des parents a paru indispensable à l'ensemble des PS.

Au cours de la consultation d'inclusion, l'enfant pourra s'il le souhaite rester seul avec la diététicienne.

Les PS envisageaient la participation des parents surtout au cours de la réalisation de séances collectives : « ça permet quand même de poser les bases, ça permet aux gens de se rendre compte qu'ils rencontrent les mêmes difficultés » (diététicienne, entretien 2).

Dans l'idéal, ces séances collectives seraient au nombre de trois et animées par au moins 2 intervenants : « *tu dois avoir un nombre d'encadrants par participants ?* » (kinésithérapeute, entretien 3), « *c'est bien d'être au moins deux, comme pour le diabète* » (diététicienne, entretien 3) :

- une séance « information générale » sur les risques et complications à long terme de l'obésité
- une séance « atelier nutrition » : analyse nutritionnelle des étiquettes (calories, lipides, glucides, protéines), après avoir demandé aux enfants de découper celles des aliments consommés régulièrement à la maison ; élaboration d'une liste de courses type. Les PS auraient souhaité faire un atelier cuisine mais ils ne disposent pas des équipements nécessaires sur place. Il a été évoqué la possibilité de disposer de la cuisine de la maison de retraite après accord du directeur (démarches non réalisées pour l'instant) : « *ils ont une cuisine en haut à Retiers où ils font déjà des ateliers cuisine avec les résidents* » (kinésithérapeute, entretien 2).
- Une séance « activité sportive », en organisant par exemple une sortie marche dans la campagne environnante.

➤ Supports et outils

○ Pour les professionnels

Il a été décidé de créer un formulaire spécial dans le logiciel Axisanté®, dans le dossier de chaque patient inclus dans le protocole. Ce formulaire serait consultable par les PS impliqués dans la prise en charge.

Cette tâche sera probablement dévolue aux deux médecins collaborateurs, maîtrisant le logiciel et ayant déjà créé un formulaire identique pour les patients de l'ETP diabète : « *faudrait que ça suive les étapes du protocole : consultation chez le médecin traitant. On met le poids, la taille, l'IMC, pré questionnaire donné, recueil signature ok. Puis consultation diététicienne, etc...* » (médecin 2 , entretien 3), « *Faudra qu'on puisse cocher les séances collectives* » (diététicienne, séance 3).

Néanmoins cette tâche risque d'être plus compliquée que prévue. La MSP a, en début d'année, donné son accord pour tester la nouvelle version « Maisons de Santé » de ce logiciel. Depuis la mise à jour, les PS ont constaté qu'elle était moins polyvalente qu'auparavant et certains professionnels, dont les kinésithérapeutes, n'ont plus accès à cette partie du dossier patient.

Des demandes de correction ont été adressées à l'organisme de maintenance informatique.

Les PS pourront communiquer entre eux via la messagerie sécurisée du logiciel.

Une liste des patients inclus dans le protocole sera également créée sur le serveur de la MSP, consultable par tous, après une déclaration auprès du CNIL : « *moi j'ai fait une déclaration à la CNIL pour mes dossiers patients (...) que j'ai des coordonnées patients sur mon ordinateur (...) après je ne les diffuse jamais par mail ou autre (...) ça prend 5 minutes sur leur site, c'est vraiment simple* » (diététicienne, entretien 3).

- Pour les patients

Un des médecins souhaitait distribuer un livret de suivi aux patients, fait de manière ludique afin de « *sortir de la routine* » (médecin 5, entretien 3).

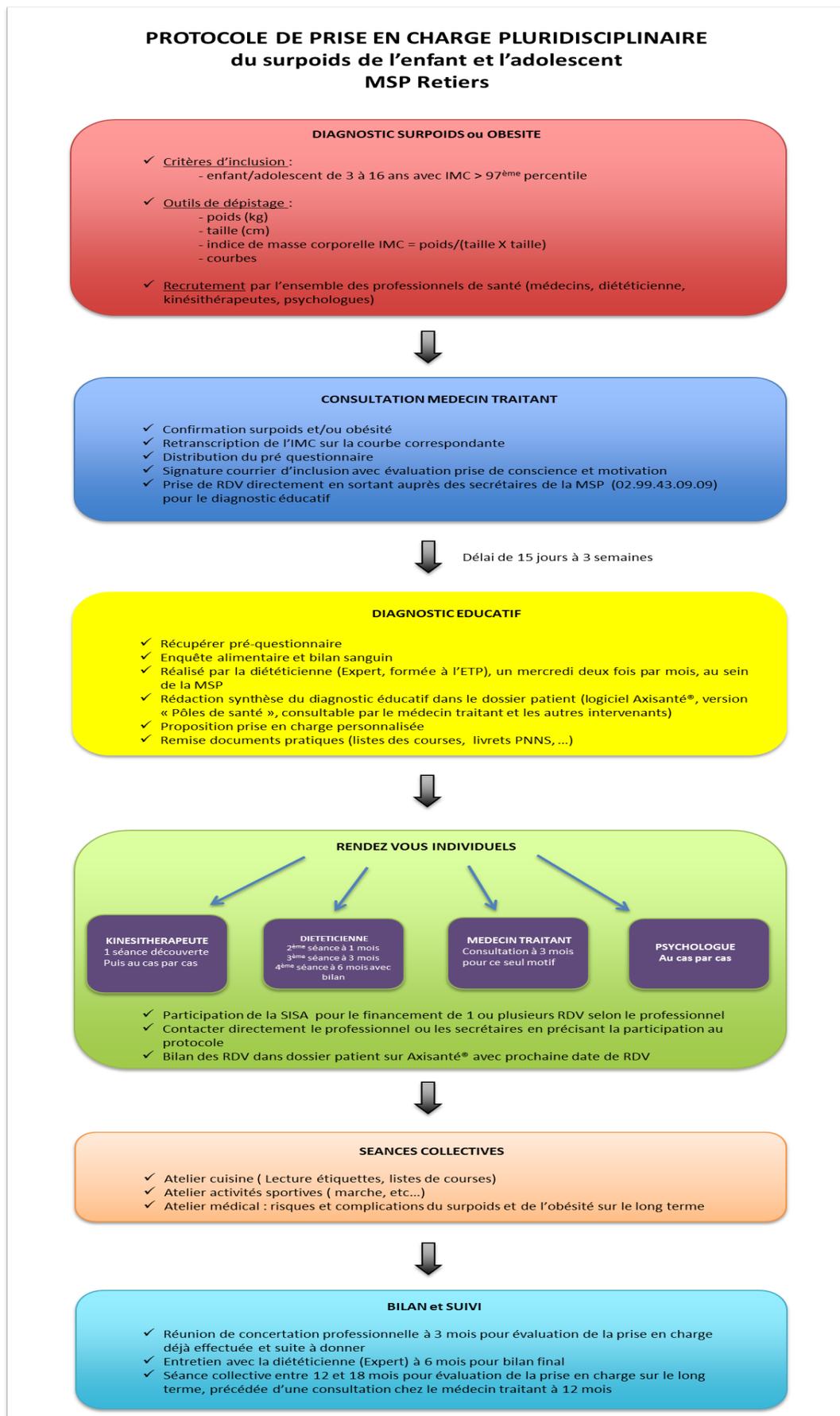
Les autres intervenants n'étaient pas de cet avis, un médecin trouvant qu'il y avait un risque de culpabilisation, un autre jugeant que les patients investissaient peu ce type d'outils.

Il a été décidé de distribuer aux patients, notamment au cours de la consultation initiale :

- les livrets du PNNS concernant l'alimentation et l'activité physique, commandés sur le site
- des outils créés avec la diététicienne : liste de courses, liste des aliments à privilégier / à limiter / à éviter.

#### 3.2.4 Formalisation du protocole

L'ensemble des résultats a permis d'obtenir l'algorithme décisionnel correspondant à la Figure 3.



**Figure 3: Algorithme décisionnel de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile à la MSP de Retiers**

## **4.DISCUSSION**

Cette étude a permis d'analyser la mise en œuvre d'un protocole de soins pouvant être assimilé à de l'ETP, avec pour sujet l'obésité infantile, par une équipe de soins primaires.

### **4.1 Limites et biais de l'étude**

#### **➤ 4.1.1 Liés à la population étudiée**

Il existe un biais de représentativité. Les trois focus groups étaient constitués des mêmes professionnels de santé, c'est à dire les cinq médecins, la diététicienne, la psychologue, et les deux kinésithérapeutes de la MSP. Parmi eux, plusieurs ont été absents à un, deux ou même la totalité des entretiens.

La kinésithérapeute, qui sera responsable de la partie activité physique du protocole et qui n'a jamais participé à des séances d'ETP, n'a pu se rendre disponible pour aucune des trois réunions.

Le seul médecin de la MSP, ayant validé la formation ETP, a quant à lui été absent aux deux derniers entretiens.

Néanmoins, tous les autres professionnels avaient déjà réalisé des séances individuelles ou collectives au cours des deux dernières années dans le cadre de l'ETP diabète. Ils ont pu apporter leur ressenti et exprimer les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ce type de programme. Les médecins absents ont également demandé à avoir un compte rendu de chaque focus groupe manqué et ont pu ajouter des commentaires ce qui montre leur intérêt pour le projet.

#### **➤ 4.1.2 Liés aux entretiens semi dirigés**

Les entretiens ont été réalisés par un seul et même enquêteur. Ce dernier était à la fois modérateur et observateur ce qui a pu influencer à son insu le discours des professionnels interviewés et compromettre la neutralité des entretiens. Pour essayer de limiter ce biais, l'enquêteur a essayé de laisser parler librement les professionnels interrogés jusqu'à épuisement de chaque question. L'enquêteur étant également acteur dans le projet observé, il existait un risque que son objectivité soit limitée mais cela lui a aussi permis de recueillir de nombreuses informations et d'avoir une parfaite connaissance des problématiques rencontrées.

#### **➤ 4.1.3 Liés à l'analyse des données**

L'analyse des entretiens a été réalisée par une seule et même personne. Un travail à plusieurs aurait probablement amélioré la fiabilité des résultats. Pour éviter toute subjectivité, les propos des PS dans la partie « Résultats » ont été illustrés par des citations pour rester fidèle à la pensée et au discours de chacun.

## **4.2 Spécificités de la MSP de Retiers**

### ➤ 4.2.1 Profil de la MSP

La santé, son financement et la qualité des soins prodigués font partie des préoccupations majeures des français. En 2014, la France comptait 90 630 médecins généralistes inscrits en activité régulière. Leurs effectifs diminuent actuellement de 1% sur un an et avaient chuté de 6,6% entre 2007 et 2014. Ils ne seront plus que 86 203 en 2020 (22). Parallèlement la prévalence des maladies chroniques augmente. Cette décroissance de la démographie médicale a poussé les instances publiques à faire évoluer l'offre de soins notamment au niveau ambulatoire.

La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, et Territoires) du 21 juillet 2009 avait permis de définir les soins de premier recours et introduit un volet ambulatoire au Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) géré par les ARS (23,24).

Ce volet ambulatoire indiquait les besoins en implantation, pour l'exercice des soins de premier recours, des professionnels libéraux ainsi que des maisons et pôles de santé. Il déterminait également les zones de mise en œuvre des mesures afin de favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels.

Selon le dernier observatoire de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) datant de mars 2015, il existait 1023 MSP en France (616 en fonctionnement et 407 projets sélectionnés) (25). Ces MSP étaient implantées pour une faible majorité (55%) en milieu rural. Leurs effectifs comprenaient environ 5,1 médecins et 9,2 paramédicaux. La région Bretagne comptait 84 MSP en 2015 et faisait partie des trois régions les mieux dotées avec les Pays de la Loire et la région Rhône-Alpes.

Les médecins généralistes, considérés comme le pivot des soins de premiers recours, ont pour mission de contribuer à l'offre de soins ambulatoire (en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi de ses patients) (26). Ils ont également la charge de coordonner les soins prodigués à leurs patients ou encore de « *veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient* » (27).

Avec les autres professionnels de santé présents dans les MSP, ils forment les équipes de soins primaires. Ces équipes sont définies selon le Code de Santé Publique, comme un ensemble de professionnels de santé constitué, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premiers recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent (28). L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Le projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'équipe de soins primaires de la MSP de Retiers, située en milieu rural, a été créée le 19 avril 2011, avant même l'emménagement au sein des locaux le 1<sup>er</sup> juillet. Elle regroupait à l'origine les occupants du site : 3 médecins généralistes regroupés en SCM (Société Civile de Moyens), un cabinet de 3 infirmiers libéraux, un masseur kinésithérapeute, un ostéopathe, et l'association ADMR gestionnaire d'un centre de santé (avec une infirmière coordinatrice, 7 infirmiers salariés et une secrétaire) et d'un SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) de 48 places. Ces professionnels avaient par la suite désigné un des médecins comme coordinateur de l'équipe.

Depuis son inauguration, elle s'est enrichie au fil des ans de deux médecins collaborateurs, d'une diététicienne, d'une pédicure podologue, d'une psychologue et de deux nouvelles kinésithérapeutes ayant remplacé celui installé à l'origine.

Au vu de ces éléments, nous pouvons considérer que la MSP de Retiers correspond parfaitement au profil type des MSP françaises.

#### ➤ 4.2.2 Le projet « protocole obésité infantile » au sein de la MSP

##### ○ Choix des PS participants au projet

Dans cette étude et pour l'élaboration du protocole, nous avons choisi de sélectionner les professionnels de santé auxquels les patients et les professionnels eux-mêmes, ont le plus souvent recours pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité c'est à dire les médecins traitants des enfants, la diététicienne, la psychologue et les kinésithérapeutes.

Selon les recommandations de l'HAS (7), nous aurions pu également faire participer des intervenants extérieurs tels que les infirmiers de PMI (Protection Maternelle et Infantile) et les infirmiers de l'Education Nationale qui participent au repérage et au dépistage, les pharmaciens de la commune (deux officines sur Retiers) ou un psychomotricien. Nous aurions également pu envisager la participation d'usagers mais il n'existe pas d'association nationale de parents d'enfants obèses. Ces intervenants peuvent améliorer la qualité des interventions et être un plus en terme d'attractivité du programme envers les patients.

Selon l'ancien cahier des charges de l'ETP, au moins un des intervenants devait justifier de compétences en matière d'éducation thérapeutique ou d'une expérience de deux ans dans un programme d'ETP. La formation comporte plusieurs journées ou demi journée pour totaliser 40 heures au total.

Au moment de notre étude, seuls deux professionnels de la MSP, un des cinq médecins et la diététicienne, étaient formés à l'ETP. Ce cahier des charges a été modifié en 2015 et complexifie la mise en place de nouveaux projets.

- La promotion du protocole

La promotion du protocole ne se fait actuellement qu'oralement au moment des consultations.

Il est envisagé de faire comme pour l'ETP diabète et de réaliser des affiches qui seront placées en salle d'attente et dans les bureaux des différents intervenants.

- La patientèle pédiatrique, en surpoids ou obèses, de la MSP

D'après le rapport de la DREES de 2007, les enfants de moins de 16 ans constituaient 13% des consultations des généralistes en France (13).

Dans notre étude, nous avons pu constater que les moins de 16 ans représentaient entre 25 et 34% de la patientèle des médecins de la MSP (moyenne régionale à 22%). Cela s'explique en partie par le fait que les premiers pédiatres libéraux ou hospitaliers exercent à 30 kilomètres environ, sur Rennes, Vitré ou Châteaubriant. De même la population de la commune de Retiers est en constante augmentation depuis le début des années 2000 avec l'arrivée de nouvelles familles et d'enfants en bas âge.

Le chiffre de 340 enfants en surpoids dont 70 enfants en situation d'obésité est une estimation qui a été faite à partir des IMC rentrés dans les dossiers informatiques pour les enfants ayant consulté sur une année. Ces chiffres peuvent avoir été sur ou sous estimés.

### **4.3 Freins et leviers à la mise en place du protocole pluridisciplinaire**

#### ➤ 4.3.1 Freins à la mise en place du projet

##### 4.3.1.1 Liés à l'équipe

- Le financement

En 2014, l'équipe pluridisciplinaire de Retiers a choisi de mettre en place un projet d'ETP pour les patients diabétiques de type 2, pour lequel elle a reçu l'accord et le financement de l'ARS dans le cadre du module 2 des ENMR (Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunérations).

Jusqu'en 2009 et la loi HPST, la rémunération des professionnels de santé libéraux en France reposait quasi intégralement sur le « paiement à l'acte », c'est à dire que chaque acte donne lieu à une rétribution dont le montant est fixé par convention entre l'Assurance Maladie et les syndicats de professionnels. Ce mode de rémunération ne permet pas une prise en charge globale du patient. C'est pour cette raison que les ENMR ont vu le jour en 2010 suite à la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2008 (29). Elles visaient à cofinancer le fonctionnement des maison, pôles ou centres de santé sur la période de 2010 à 2013. Elles ont été prolongées jusqu'en décembre 2014 au vu des premiers résultats.

Les ENMR comprenaient 3 modules dont la coordination des soins, les nouveaux services aux patients (dont l'ETP fait partie) et la coopération entre professionnels avec la délégation d'actes prévus dans l'article 51 de la loi HPST.

Ces ENMR se sont généralisées en NMR (Nouveaux Modes de Rémunération) dans le cadre de l'arrêté du 23 février 2015 portant sur l'approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité (30). Les sites souhaitant bénéficier du dispositif devaient remplir plusieurs critères définis par le règlement arbitral dont :

- Se constituer en SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires), la SISA signant le contrat avec la CPAM et l'ARS (contrat tripartite). La SISA a pour objet de pouvoir mettre en commun des revenus entre les associés de différentes professions de santé ou de facturer à l'Assurance Maladie des prestations coordonnées, mais également de partager avec le consentement exprès des patients, l'information médicale.
- Favoriser le travail en équipe pluri professionnelle avec l'élaboration de protocoles pluri professionnels pour les patients concernés par certaines pathologies listées par les instances.
- Mettre en place un système informatique partagé, labellisé niveau 1 ASIP Santé (Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé)

Début 2010, dix-sept maisons de santé libérales et vingt-cinq centres de santé de six régions (Bretagne, Bourgogne, Franche-Comté, Ile-de-France, Lorraine et Rhône-Alpes) avaient démarré les ENMR. Une extension de l'expérimentation à l'ensemble des régions françaises et volontaires avait été décidée par la Ministre de la Santé permettant à 149 sites d'en bénéficier entre 2011 et 2014. Devant des résultats significatifs, une extension à 160 nouveaux sites avait eu lieu en 2014 (29).

La MSP de Retiers, après avoir rempli tous les critères d'éligibilité en 2014, avait pu obtenir des financements pour l'ETP des patients diabétiques pour une durée de un an, reconductibles les deux années suivantes. C'est dans cette logique de poursuivre l'éducation thérapeutique au sein de la MSP que les PS ont choisi l'obésité infantile comme deuxième thématique.

Cependant le versement des financements ne se faisant qu'en fin d'année et en fonction du nombre de patients ayant suivi les séances individuelles et collectives, le financement du protocole se fera via le budget de coordination versé fin 2015 et non avec un nouveau budget de promotion de l'ETP. Il faudra donc avancer les frais à la mise en œuvre du programme sans avoir l'assurance que le dossier qui sera présenté soit accepté.

L'absence d'assurance quant à la pérennité des financements et la couverture des dépenses jugée insuffisante par certains professionnels sont des freins au développement de l'éducation thérapeutique souvent mis en avant dans la littérature (31,32).

- Le manque de temps et les difficultés d'organisation

La mise en place du projet puis sa coordination nécessitent du temps. C'est un des principaux freins à la réalisation de l'ETP comme le souligne la littérature ou le travail de recherche de *Vileyn (2011)* (31,34). Ce frein est souvent intriqué avec celui du manque de reconnaissance financière (33). La consultation pour obésité est en elle-même consommatrice de temps ce qui limite l'éducation nutritionnelle et les actions de prévention au niveau individuel (35).

Les professionnels ont éprouvé des difficultés à coordonner leur emploi du temps afin que chacun puisse assister aux trois entretiens servant à la mise en place du projet. Certaines maisons de santé font le choix de recruter un ou une coordinatrice de santé afin de gérer les tâches administratives.

Les ARS fournissent normalement des dossiers pré-remplis pour les demandes de financement, mais il existe des tâches annexes comme la déclaration au CNIL dans notre étude. De plus, cela représente un professionnel supplémentaire à rémunérer.

- La formation

L'ancien cahier des charges de l'ETP, comme nous l'avons vu précédemment, demandait qu'au moins un des intervenants justifie de compétences en matière d'éducation thérapeutique. Depuis 2015, il est désormais demandé à l'ensemble des PS de justifier de cette formation de 40 heures.

En conséquence, tous les professionnels des maisons ou pôles de santé qui souhaiteraient poursuivre l'ETP doivent se former sous peine de voir leurs financements ne plus être reconduits ou de ne pas pouvoir développer de nouveaux projets.

Cette formation, étalée sur plus d'une année (d'octobre 2015 à décembre 2016 en Région Bretagne), nécessite donc de pouvoir dégager 40 heures en plus de ses activités professionnelles et des tâches administratives inhérentes au libéral. Les places étant limitées, il est actuellement impossible de former tous les professionnels qui le souhaiteraient dans les mois suivants leur demande. Cet état de fait a conduit récemment une maison de santé en périphérie de Rennes à stopper son activité d'ETP, et risque de se généraliser au niveau régional et national dans les mois ou les trois années qui suivent.

- Le système informatique partagé

La MSP dispose d'un logiciel informatique commun à tous les professionnels. Au cours de l'année, le médecin coordinateur a donné son aval pour tester la nouvelle version du logiciel Axisanté®, normalement destinée aux maisons de santé pluri-disciplinaires (36,37). Or depuis la mise en place de cette version, il est devenu impossible à certains professionnels (médecins et kinésithérapeutes) de partager les informations relatives à leurs patients communs. Malgré plusieurs demandes auprès de la société de maintenance, le problème n'a toujours pas été résolu.

#### 4.3.1.2 Liés aux patients

- L'origine familiale du surpoids et niveau socio culturel

Dans l'étude de Cailliez *et al.* (2012) menée auprès de médecins généralistes du Maine-et-Loire en 2009, la majorité des médecins interrogés considéraient que l'éducation nutritionnelle était primordiale et qu'elle devait s'adresser non seulement aux enfants mais aussi aux parents. En effet il existe souvent un environnement « obésogène » qui, combiné à des prédispositions génétiques, favorise l'obésité infantile. D'autres études ont également mis en avant l'importance du niveau socio-économique de la famille avec une prévalence plus élevée de l'obésité dans les milieux défavorisés (38). La mise en place de mesures de prévention auprès d'élèves scolarisés dans des zones urbaines sensibles en 2008 (avec proposition de prise en charge, par le médecin scolaire, des parents d'enfants en excès pondéral) n'avait pas montré d'effet sur la corpulence des enfants au terme de deux années de suivi (39).

- Le manque de motivation

Le manque de motivation des patients à prendre en charge leur obésité, identifié dans d'autres travaux, entraîne un mauvais suivi des conseils prodigués concernant le suivi diététique, la pratique d'une activité sportive ou la prise en charge psychologique (40,41).

C'est également le sentiment partagé par les professionnels de notre étude et il a été décidé que le protocole s'arrêterait prématurément pour les patients ne respectant pas leur engagement.

#### ➤ 4.3.2 Leviers à la mise en place du projet

##### 4.3.2.1 Liés à l'équipe

- Les infrastructures de la MSP

L'ensemble des PS exerce au sein des mêmes locaux. Ils sont amenés à se croiser tous les jours, et certains déjeunent ensemble. Les échanges s'en trouvent donc largement facilités.

La MSP de Retiers dispose également comme la plupart des maisons de santé d'une salle de réunion permettant de réaliser facilement des ateliers collectifs ou des réunions de concertation interprofessionnelles.

Le seul point négatif se situe au niveau des locaux des kinésithérapeutes qui ne disposent pas de la place suffisante ainsi que de tous les équipements nécessaires pour des séances de groupes.

- Une expérience antérieure positive

Les PS participant à ce projet collaborent déjà depuis deux ans dans le cadre de l'ETP diabète. Ce n'est donc pas une première expérimentation avec son lot d'incertitudes. De plus les patients comme les PS semblent satisfaits de ce premier programme et des résultats obtenus. Cette 1<sup>ère</sup> expérience positive est un véritable moteur pour poursuivre l'éducation thérapeutique au sein de la MSP.

- La délégation de tâches

Le Règlement arbitral instauré en 2015 vient renforcer concernant la coopération entre les professionnels de santé (42,43). Cet article prévoyait que les PS pouvaient à leur initiative, « *opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leur mode d'intervention auprès du patient* ».

Dans notre étude, il est question d'une meilleure articulation des différentes interventions et du partage des rôles entre les professionnels de la MSP, avec la délégation de la consultation d'inclusion ainsi que la réalisation de l'enquête alimentaire par la diététicienne. Elle se chargera par la suite, d'adresser si besoin les enfants à la psychologue ou la kinésithérapeute.

#### 4.3.2.2 Liés aux patients

- La gratuité

Le protocole proposé à la MSP est gratuit pour tous les patients participants. Le non-remboursement des consultations de diététique est un frein souvent évoqué, d'autant plus que nous avons vu que la prévalence de l'obésité était plus élevée dans les milieux défavorisés. Le renoncement aux soins en raison de difficultés financières est toujours d'actualité en France (44).

- La proximité et la connaissance des lieux

L'ETP est essentiellement réalisée en milieu hospitalier. Son développement dans les pôles et maisons de santé permet d'accroître l'offre ambulatoire et répond à une exigence de proximité en zone rurale. L'ETP de proximité permet de toucher les patients dès le début de leur maladie, au stade de facteur de risque ou avant complication. Le fait de ne pas avoir à parcourir plusieurs dizaines de kilomètres pour recourir à une prise en charge est un levier important.

De plus les patients se rendront dans un endroit qu'ils fréquentent déjà, moins impersonnel que l'hôpital, où ils connaissent et sont connus des professionnels qui y exercent.

#### **4.4 Perspectives**

Notre étude s'est limitée à l'élaboration et à la mise en place de ce protocole de soins. Il sera intéressant d'effectuer une enquête de satisfaction aussi bien auprès des patients que des professionnels de santé après un ou deux cycles de fonctionnement. D'autres maisons de santé ont déjà mis en place des protocoles équivalents pour la prise en charge de l'obésité infantile notamment en Loire-Atlantique, en Bourgogne et en Alsace. Il serait utile de s'intéresser aux freins et leviers qu'ils ont pu rencontrer et comment ils ont su y remédier.

Nous avons vu dans notre étude que les professionnels de santé, malgré des contraintes administratives, ont su se rendre disponibles pour le projet. Riche d'une expérience antérieure et grâce à une bonne organisation, ce protocole a vu le jour au bout de trois réunions de groupe seulement.

Désormais, les PS vont devoir motiver les enfants et leurs familles à qui ce protocole est destiné en leur expliquant tous les bénéfices qu'ils pourront en tirer. Les premières séances individuelles et collectives pourront être mise en œuvre très rapidement par la suite.

Concernant l'activité physique, un amendement adopté par l'Assemblée Nationale en mars 2015, permet désormais sa prescription médicale pour les patients en affection de longue durée : « *Art. 1142-30. – Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une maladie de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Les activités physiques adaptées sont dispensées par des organismes soumis aux dispositions du code du sport et labellisés par l'Agence régionale de santé et par les services de l'État compétents* ». Nous pourrions donc envisager la possibilité qu'un éducateur sportif se joigne à l'équipe si le dispositif venait à être étendu à d'autres pathologies dans l'avenir.

Enfin la pérennisation du projet dépendra des sources de financement et si l'obligation de formation de l'ensemble des professionnels de santé est maintenue par les instances publiques.

## **5. CONCLUSION**

L'obésité infantile est au cœur des politiques de santé publique aussi bien au niveau national qu'au niveau mondial depuis plusieurs années. Un enfant obèse a 50% de chance de le rester à l'âge adulte et ainsi de développer une maladie chronique telle une maladie cardiovasculaire, un diabète de type 2 ou certains cancers. Les médecins généralistes français confirment, de part leur position de médecin de premier recours, être les premiers concernés pour le dépistage et la prise en charge des enfants en situation de surpoids.

Notre étude a permis de mettre en évidence certains freins et leviers à la mise en œuvre d'un protocole pluri-professionnel pour la prise en charge de l'obésité infantile au sein de la MSP de Retiers.

Si le déni parental du surpoids ainsi que le manque de motivation de l'enfant et de sa famille peuvent être un obstacle à l'initiation d'une prise en charge, le fait de proposer une solution de prise en charge gratuite et de proximité est un réel atout. Dans un contexte de difficultés d'accès aux soins et d'une prévalence plus élevée de l'obésité dans les milieux sociaux défavorisés, ce protocole pourra permettre à des patients d'entamer une démarche de soins.

Notre étude a également mis en avant que bien qu'il existe des financements pour les programmes d'ETP dans les MSP et pôles de santé, ceux-ci restent actuellement insuffisants malgré la pérennisation des NRM. Il n'existe pas de financement pour les premières étapes à la mise en œuvre d'un programme et les exigences des instances publiques de santé pour valider de nouveaux projets d'ETP sont de plus en plus strictes et contraignantes. La poursuite de l'ETP en ambulatoire pourrait être compromise par la nécessité que tous les professionnels participant aux séances soient formés, ce qui serait regrettable au regard des bénéfices attendus en termes médico-économiques.

Néanmoins, fort d'une expérience positive avec les diabétiques de type 2 et habitués à travailler ensemble, les professionnels de santé de la MSP de Retiers appréhendent beaucoup plus facilement ce nouveau programme.

Cette étude a permis de motiver et de coordonner les actions de chaque professionnel. La mise en œuvre du protocole n'ayant débuté que depuis quelques semaines, il sera intéressant d'évaluer le ressenti des patients et des professionnels de santé au terme du premier cycle dans un travail ultérieur. Si les résultats étaient positifs, nous pourrions projeter d'étendre le protocole aux enfants suivis par des médecins généralistes extérieurs, déjà au fait des actions menées à la MSP.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Obésité et surpoids – Aide mémoire n°311. Juin 2016. En ligne sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
2. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). À propos de la Commission sur les moyens de mettre fin à l'obésité de l'enfant. WHO. [cité 1 août 2016]. En ligne sur: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/about/fr/>
3. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant appelle à prendre des mesures de haut niveau pour lutter contre un problème de santé majeur. OMS, Genève 2016. [cité 1 août 2016]. En ligne sur: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/news/launch-final-report/fr/>
4. Nishtar S, Gluckman P, Armstrong T. Ending childhood obesity: a time for action. Lancet 2016;387(10021):825-7.
5. Unité de Surveillance et d'Epidémiologie (USEN). Etude Nationale Nutrition Santé – Situation nutritionnelle en France selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Plan National Nutrition Santé. Institut de Veille Sanitaire, 2007. [cité 2 août 2016]. En ligne sur: [http://www.invs.sante.fr/content/download/20470/123865/version/1/file/enns\\_resumes\\_resultats\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/content/download/20470/123865/version/1/file/enns_resumes_resultats_2007.pdf)
6. Castetbon K. L'évolution récente des prévalences de surpoids et d'obésité chez l'enfant et l'adolescent en France et au niveau international. Archives de Pédiatrie. 2015;22(1):111-5.
7. Haute Autorité de Santé (HAS). Surpoids et obésité de l'enfant et l'adolescent – Actualisation des recommandations de 2003. HAS, 2011.
8. Gurnani M, Birken C, Hamilton J. Childhood Obesity: Causes, Consequences, and Management. Pediatr Clin North Am. 2015;62(4):821-40.
9. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé ; Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2011-2013. En ligne sur [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS\\_2011-2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf)
10. Castetbon K, Lafay L, Volatier J-L, Escalon H, Delamaire C, Chauliac M, et al. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS): bilan des études et résultats observés. Cahiers de Nutrition et de Diététique. mai 2011;46(2):11-25.

11. Thibault H, Rolland-Cachera MF. Stratégies de prévention de l'obésité chez l'enfant. Archives de Pédiatrie. déc 2003;10(12):1100-8.
12. Guillemet J-M, Baron C, Bouquet E, Paré F, Tanguy M, Fanello S. Les dépistages recommandés chez l'enfant de deux à six ans. Étude de faisabilité et pratiques en médecine générale. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. juin 2010;23(3):125-30.
13. Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale: une typologie des consultations et visites. Etudes et Résultats, DREES; août 2007. Rapport n°588.
14. Cailliez E, Fanello S, Gérard S, Pietri M. Obésité infantile et médecine générale. Soins Pédiatrie/Puériculture. juill 2012;33(267):41-5
15. Benoteau A-C, Le Vaillant P. Repérer l'enfant à risque d'obésité en médecine générale - La formation fait bouger les pratiques. Médecine. nov 2009;5(9):415-9.
16. Villerooy-Reville M, Vergé F. Dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent: les besoins des médecins généralistes du département des Alpes Maritimes. Thèse médecine. Nice, 2015.
17. Haute Autorité de Santé. Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? HAS ; 2015. En ligne sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs\\_protocoles\\_pluri-pro\\_web2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs_protocoles_pluri-pro_web2.pdf)
18. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ». HAS; 2015. En ligne sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/note\\_methodo\\_protocoles\\_pluri-pro\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/note_methodo_protocoles_pluri-pro_web.pdf)
19. Thibeault E-N. A propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés. Projet Adjectif, Université Paris Descartes. Mars 2010 [cité 7 août 2016]. En ligne sur: <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58>
20. Touboul P. Recherche qualitative: La méthode des Focus Groupes - Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. Département de santé publique CHU Nice. En ligne sur: [http://www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/Focus\\_Groupes\\_methodologie\\_PTdef.pdf](http://www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf)
21. Ville de Retiers - Site officiel de la mairie. Retiers aujourd'hui. En ligne sur <http://www.retiers.fr/retiers-aujourd-hui.asp>

22. Bouet P, Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. 8<sup>ème</sup> Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2014. Conseil National de l'Ordre des Médecins; janv 2014.
23. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. NOR : SASX0822640L. Paris, 2009.
24. Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS). Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; 2011.
25. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS). Observatoire des MSP – 4<sup>ème</sup> journée FFMPS. DGOS, mars 2015. En ligne sur : [http://www.ffmps.fr/images/journees\\_2015/Pr%C3%A9sentation\\_Observatoire\\_MSP\\_FFMPS\\_20\\_03\\_15.pdf](http://www.ffmps.fr/images/journees_2015/Pr%C3%A9sentation_Observatoire_MSP_FFMPS_20_03_15.pdf)
26. Cartier T, Mercier A, De Pouvourville N, Huas C, Ruelle Y, Zerbib Y, et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. Exercer 2012;23(101):65-71.
27. Article 68 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 portant sur les missions du médecin généraliste de premier recours. NOR : AFSX1418355L. Paris, 2016. [cité 19 juill 2016].
28. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Loi de modernisation de notre système de santé - Article 64: Définition des équipes de soins primaires organisées autour du médecin généraliste de premier recours. IRDES, 2016; Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf>
29. Mousquès J, Bourgueil. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunérations (ENMR) sur la période 2009-2012. IRDES; déc 2014. Rapport n°559.
30. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. NOR : AFSS1505152A. Paris, 2015. [cité 2 oct 2016]. En ligne sur: <http://www.ffmps.fr/index.php/exercice-coordonne/vous-exercez-en-msp/nouveaux-modes-de-remuneration>
31. Vileyn M. Organisation de l'éducation thérapeutique du patient au sein des maisons de santé pluridisciplinaires. Thèse médecine. Grenoble, 2011.

32. Haut Conseil de la Santé Publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. HCSP, 2009.
33. Pernet M. Éducation thérapeutique en soins primaires: mise en œuvre d'une stratégie de proximité dans un bassin de santé. Thèse médecine. Toulouse, 2014.
34. Fayemendy P, Jesus P, Pouchard L, Desport J-C. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles. Cahiers de Nutrition et de Diététique. juin 2015;50(3):142-9.
35. Lehr-Drylewicz AM, Renoux C, Savan L, Lebeau JP. La prise en charge du surpoids en médecine générale: mission impossible? Exercer 2010;(94):130-5.
36. Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé. Le cadre juridique du partage d'informations dans les domaines sanitaire et médico-social: état des lieux et perspectives. Aout 2012. [cité 19 juill 2016]. En ligne sur: <http://esante.gouv.fr/services/reperes-juridiques/le-cadre-juridique-du-partage-d-informations-dans-les-domaines-sanitaire>
37. Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIPSANTE). Système d'information des maisons de pôles de santé, centres de santé polyvalents [Internet]. Disponible sur: [http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ETUDE\\_SI\\_MAISONS\\_DE\\_SANTE\\_RESUME.pdf](http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ETUDE_SI_MAISONS_DE_SANTE_RESUME.pdf)
38. ObEpi. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité ; 2012. En ligne sur : [http://www.roche.fr/content/dam/roche\\_france/fr\\_FR/doc/obepi\\_2012.pdf](http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf)
39. François P, Guyomard A, Baudet D, Dubois-Fabing D, Boussuges S, Perrin F, et al. Évaluation d'un dispositif de prévention de l'obésité chez des enfants scolarisés dans des zones urbaines sensibles. Archives de Pédiatrie. juill 2014;21(7):727-35.
40. Thuan J, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. International Journal of Obesity. sept 2005;29(9):1100-6.
41. Fayemendy P, Avodé Z, Pivois L, De Rouvray C, Jésus P, Desport J-C. Prise en charge de l'obésité : quel est le niveau de formation des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne et comment perçoivent-ils leur pratique ? Cahiers de Nutrition et de Diététique. sept 2011;46(4):199-205.
42. Haute Autorité de Santé. Coopération entre professionnels de santé - Mode d'emploi. HAS, 2012. En ligne sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole\\_de\\_cooperation\\_-\\_mode\\_d\\_emploi.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_mode_d_emploi.pdf)

43. Article 51 de la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la coopération entre professionnels de santé. NOR : SASX0822640L. Paris, 2009
  
44. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : Une approche économétrique. Questions d'économie de la santé n°170. IRDES, 2011.

## **ANNEXES**

<b>PROTOCOLE Surpoids et Obésité de l'enfant ou adolescent de 3 à 16 ans Pré questionnaire</b>
--

**PATIENT :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :                      Age :

Adresse principale :

Code postal :                              Ville :

Téléphone : domicile :                      portable :

Adresse mail :

Médecin traitant :

**ANTECEDENTS PERSONNELS :**

Poids de naissance :

Naissance à terme :                      si non, naissance prématurée à      SA

Allaitement :                              si oui, précisez la durée :              mois

Prise en charge antérieure pour le problème de surpoids :    oui    non

Commentaires :

Pathologie(s) autre(s) : Asthme ? Problèmes articulaires ?

**ANTECEDENTS FAMILIAUX :**

	<b>Problème de poids</b>	<b>Hypertension artérielle</b>	<b>Diabète</b>	<b>Cholestérol</b>	<b>Autres</b>
<b>Père</b>	Poids : Taille :	Oui non	Oui non	Oui non	Profession :  Culture/région d'origine :
<b>Mère</b>	Poids : Taille :	Oui non	Oui non	Oui non	Profession :  Culture/région d'origine :
<b>Famille paternelle</b>	Oui non	Oui non	Oui non	Oui non	
<b>Famille maternelle</b>	Oui non	Oui non	Oui non	Oui non	

**Situation des parents (cocher):**

- parents vivant en couple
- parents séparés
- autres (préciser)

**Frères et sœurs :**

- Nombre d'enfants dans la famille :
- Rang dans la fratrie :
- Renseignements complémentaires :

Prénoms : Fille ou Garçon	Année de naissance :	Problèmes de poids
		Oui ou non

**VIE SCOLAIRE :**

- Classe actuelle :
- Redoublement (précisez la classe) :
- Cantine : oui /non
- Accueil périscolaire :
- Centre de vacances et loisirs :

**ACTIVITES SPORTIVES :**

- Club de sport :
- Sport le weekend end (en club et en famille) :

**HISTOIRE DU POIDS :**

- A quel moment la prise de poids a t elle commencé ?
  
- L'origine de la prise de poids est-t-elle liée à un événement particulier (séparation, perte d'emploi, déménagement, décès dans la famille...)?

**GOURVENEC, Charlotte – Pour une meilleure prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile : Préparation et élaboration d'un protocole pluridisciplinaire au sein d'une équipe de soins primaires. Exemple de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Retiers.**

56 feuilles, 4 illustrations, 4 tableaux. 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2016 ; N° .

*Contexte* : Le surpoids de l'enfant constitue un problème de santé publique majeur en France avec une prévalence d'environ 18% chez les 3 à 17 ans. *Objectif* : L'objectif principal de l'étude est de coordonner les pratiques de professionnels de santé formant une équipe de soins primaires au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, pour l'élaboration d'un protocole concernant la prise en charge de premier recours du surpoids et de l'obésité chez l'enfant. *Méthodes* : Une enquête qualitative à partir de trois focus groupes a été réalisée auprès de neuf professionnels de santé de la MSP de Retiers entre mars et mai 2016. *Résultats* : L'analyse des données recueillies a permis la réalisation d'un algorithme décisionnel. *Conclusion* : Les difficultés de financement apparaissent comme un frein majeur à la mise en place tout comme le déni parental et le manque de motivation de la famille ressentis par les professionnels.

*Context*: Child overweight represents a major public health issue, with roughly 18% prevalence in 3 to 17 year old children. *Objective*: The essential aim of the study was to coordinate health professionals' work practices within a primary care team at a multidisciplinary Health Home, so as to set up a protocol dealing with early care of child overweight and obesity. *Methods*: A qualitative survey was carried out on three focus groups, selected from nine health professionals' patients, at the Multidisciplinary Health Center of Retiers, between March and May 2016. *Results*: The analysis of the data collected resulted in the building of a decision making process algorithm. *Conclusion*: Funding appears as a major obstacle to the setting up of the protocol, as well as parents' denial and family lack of motivation, as perceived by health professionals.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Obésité infantile  
Protocole pluriprofessionnel  
Education thérapeutique  
Maison de santé pluridisciplinaire  
Soins primaires

Mots-clés anglais MeSH : Childhood obesity  
Multidisciplinary protocol  
Therapeutic education  
Multidisciplinary health center  
Primary care

Président : M le Pr Patrick Pladys (Président du jury)

JURY : Assesseurs : Mme Le Dr Béatrice Allard-Coualan [Directeur de thèse]  
Et Mme le Dr Valérie Ferrando-Tessé Valérie (Co-directrice)  
Mme le Pr Françoise Tattevin  
M le Dr Frédéric Schnell