



HAL
open science

Contrat Local de Santé, étude d'une co-construction autour de l'obésité infantile

Océane Bertrand

► **To cite this version:**

Océane Bertrand. Contrat Local de Santé, étude d'une co-construction autour de l'obésité infantile. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03065899

HAL Id: dumas-03065899

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03065899>

Submitted on 15 Dec 2020

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.

**UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE**

Année : 2020

N° : 2020LARE058M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**CONTRAT LOCAL DE SANTE, ETUDE D'UNE CO CONSTRUCTION
AUTOUR DE L'OBESITE INFANTILE**

Présentée et soutenue publiquement le 26 novembre 2020 à 19h
à La Réunion

Par Océane BERTRAND

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Assesseurs :

Madame la Professeure Silvia IACOBELLI

Madame la Docteure Nathalie LE MOULLEC

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Monsieur le Docteur Nicolas DENIS

Directeur de Thèse :

Madame la Docteure Vanessa PALMA

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
I. INTRODUCTION.....	6
A. DESCRIPTION OBESITE INFANTILE.....	6
1. Définition obésité infantile.....	6
a) Chiffres en France métropolitaine.....	6
b) Chiffres à La Réunion.....	8
c) Impact sur le plan humain.....	8
d) L'obésité infantile, un enjeu de santé publique.....	8
2. Actions mises en place.....	9
a) Au niveau national.....	9
b) Au niveau régional et départemental.....	9
c) A la Possession : description du Contrat Local de Santé (CLS) de la Possession et mise en place du COPIL.....	10
B. OBJECTIF DE L'ETUDE.....	10
II. MATERIEL ET METHODE.....	12
A. UNE METHODE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI – DIRIGES.....	12
1. Choix de la méthode utilisée.....	12
2. Elaboration du questionnaire.....	12
3. Critères d'inclusion.....	12
4. Méthode de recrutement.....	12
5. Protection des personnes.....	12
6. Déroulement des entretiens.....	13
B. METHODE D'ANALYSE.....	13
III. RESULTATS.....	14
A. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE.....	14
B. ANALYSE DES ENTRETIENS.....	15
1. Perception de l'obésité infantile par les acteurs.....	15
a) L'obésité infantile est un problème multifactoriel qui nécessite une prise en charge globale et pluridisciplinaire.....	15
b) L'obésité infantile est un péril pour la santé future et un enjeu majeur de santé publique.....	16
c) Les origines de l'intérêt que portent les acteurs sur l'obésité infantile sont multiples.....	17
d) Un besoin d'agir de la part d'acteurs de la Possession vis-à-vis de l'obésité	

infantile	19
2. Genèse du COPIL : la rencontre de volontés communes sur un même territoire	26
a) Le Contrat Local de Santé de la Possession au centre des réflexions du Centre Communal d'Action Social	26
b) Initiation du COPIL par l'impulsion d'acteurs locaux médico-sociaux, qui ont progressivement intégré d'autres acteurs référents dans la prise en charge de l'obésité infantile : rencontre à la Possession du projet de Maison de Santé Pluridisciplinaire et du CCAS	27
c) Les acteurs de terrains invités à participer au COPIL sont d'horizons différents, mais ont un rôle clé dans la prise en charge de l'obésité infantile, et pour la plupart, une expérience dans le partenariat.	30
3. Le COPIL, tremplin d'une co-construction	31
a) Les aspirations vis-à-vis du COPIL sont enthousiastes, avec la perspective d'un travail interdisciplinaire.....	31
b) Une organisation relativement satisfaisante.....	36
c) Essoufflement du dynamisme initial	38
d) La temporalité de chacun est un facteur limitant pour le bon déroulé du COPIL : l'assiduité des acteurs est parfois difficile, responsable d'une insuffisance de résultat.....	43
e) Les débouchés du COPIL sont nombreux.....	47
f) Les pistes d'amélioration proposées par les co-acteurs sont d'ordre organisationnel	54
4. Place du médecin généraliste dans la co-construction	58
a) Place centrale des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité infantile	59
b) Difficulté de prise en charge de l'obésité infantile par le Médecin généraliste seul.....	61
c) Evolution favorable de la pratique des médecins généralistes vis-à-vis de l'obésité infantile	64
d) Place des médecins dans la politique de santé de leur ville	66
IV. DISCUSSION	72
A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	72
1. Forces.....	72
a) Intérêt de l'étude.....	72
b) Choix de la méthode.....	72
c) Choix de l'échantillon	73
2. Limites : les biais	73
a) Biais d'investigation	73
b) Biais externes	73
c) Biais d'interprétation	73
B. SYNTHÈSE	73

1. Comment les acteurs ont-ils vécu le COPIL ?	73
a) L'obésité infantile est un enjeu de santé publique, un défi à relever conjointement. 74	
b) Des difficultés inhérentes à l'organisation	74
c) Malgré les freins, la satisfaction d'être parvenu à une co-construction	76
2. Le médecin généraliste libéral comme acteur communautaire ?	77
C. OUVERTURE.....	78
V. CONCLUSION	81
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	82
ANNEXE 1 : Guide d'entretien.....	86
ANNEXE 2 : Actions prévues au COPIL 2017 et réalisées en 2020	87
SERMENT D'HIPPOCRATE	88

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CLS : Contrat Local de Santé
COPIL : COmité de PILotage
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
EPS : Education Physique et Sportive
ETP : Education Thérapeutique du Patient
HCSP : Haut Conseil de Santé Publique
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
IMC : Indice de Masse Corporelle
IOTF : International Obesity TaskForce
IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OIIIS : Océan Indien Innovation Santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
O.M.S : Office Municipal des Sport
ORS : Observatoire Régional de Santé
PMI : Protection Mère Enfant
PNA : Plan National pour l'Alimentation
PNNS : Plan National Nutrition Santé
PO : Plan Obésité
PRAANS : PRogramme Alimentation Activité Nutrition Santé
RP 974 : Réseau Pédiatrique 974
T2A : Tarification A l'Activité
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

I. INTRODUCTION

A. DESCRIPTION OBESITE INFANTILE

1. Définition obésité infantile :

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé (1).

Chez l'enfant, les seuils de surpoids et d'obésité recommandés en pratique clinique sont ceux définis dans les courbes de corpulence du Programme National Nutrition Santé (PNNS) :

- Surpoids (incluant l'obésité) : Indice de Masse Corporelle (IMC) \geq 97^e percentile des courbes de corpulence de référence françaises.
- Obésité : IMC \geq seuil International Obesity Taskforce (IOTF)-30

L'IOTF-30 est la courbe centile d'IMC disponible de 2 ans à 18 ans, atteignant la valeur de 30kg/m² à l'âge de 18 ans. La valeur de 30 étant le seuil définissant l'obésité chez l'adulte.

D'autre part, l'âge de survenue du rebond d'adiposité, qui correspond à une remontée physiologique de la courbe d'IMC vers l'âge de 6 ans, est utilisé comme marqueur prédictif du risque d'obésité. Plus le rebond est précoce (avant 5 -6 ans), plus le risque de devenir obèse à l'âge adulte est élevé (2).

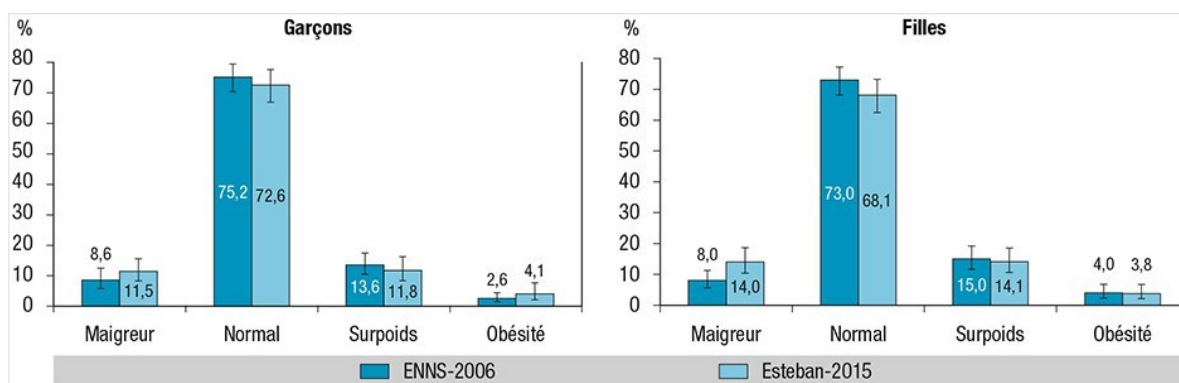
a) *Chiffres en France métropolitaine :*

Malgré une stabilisation depuis 2006, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent reste trop élevée :

En 2013, 12 % des enfants de grande section de maternelle étaient en surpoids (obésité incluse) et 3.5 % étaient obèses (3).

En 2015, 17% des enfants de 6 à 17 ans étaient en surpoids (obésité incluse). Cette prévalence ne variait pas de façon significative, ni selon les classes d'âge, ni selon le sexe. Elle était supérieure à la prévalence européenne de 13.0% fournie par l'OMS en 2015. La prévalence de l'obésité infantile était de 4%.

Ces prévalences du surpoids et de l'obésité sont stables depuis 2006 (4).



La corpulence rend compte de l'indice de masse corporelle (IMC) exprimé selon 4 classes (références IOTF-2012) : maigreur (courbe de centiles en dessous de 18,5 à 18 ans), normal, surpoids (courbe de centiles entre 25,0 et 29,9 à 18 ans) et obésité (courbe de centiles atteignant 30,0 à 18 ans).

Tableau 1 : Distribution de la corpulence des enfants de 6 à 17 ans selon les sexes en France métropolitaine entre ENNS-2006 et Esteban-2015 (4)

b) Chiffres à La Réunion :

Bien que depuis 2006 les prévalences du surpoids et de l'obésités infantiles soient elles aussi stables à La Réunion, celles-ci sont nettement supérieures aux données métropolitaines.

Classe	Année	Surpoids (y compris l'obésité)		Obésité	
		Réunion	France	Réunion	France
Grande section	1999-2000	11,7	14,4	4,2	3,4
	2005-2006	11,5	12,1 [11,7; 12,5]	3,2	3,1 [2,9; 3,3]
CM2	2001-2002	26,5	19,9	6,5	4,1
	2004-2005	26,2	19,7	8,7	3,7

Tableau 2 : Evolution du surpoids et de l'obésité en grande section de maternelle et en CM2 en France et à La Réunion (en%) (5)

En 2011-2012, 14.3% des élèves de grande section de maternelle étaient en surpoids (obésité incluse), et 5.7% étaient obèses. Il y avait plus de fille en surpoids que de garçons, avec un écart type d'environ 4%

Sur la même période, 26.5% des élèves en classe de 6^e en collège public étaient en surpoids (obésité incluse), sans différence significative entre les 2 sexes. La prévalence de l'obésité était de 8.4% (5).

	Insuffisance pondérale 3ème percentile<		Surpoids (y compris obésité) >= centile IOTF-25		Obésité (y compris obésité morbide) >= centile IOTF-30		Obésité morbide >= centile IOTF-35	
Ensemble IC à 95%	5,8 [3,8; 7,8]		26,5 [22,2; 30,8]		8,4 [7,0; 9,8]		1,5 [1,1; 1,9]	
Par sexe	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
IC à 95%	5,8 [3,7; 7,8]	5,9 [3,6; 8,1]	26,0 [21,7; 30,3]	27,1 [22,4; 31,8]	7,7 [6,4; 9,0]	9,1 [7,4; 10,8]	1,4 [0,9; 2,0]	1,5 [1,0; 2,1]

Tableau 3 : Corpulence des élèves en classe de 6ème à La Réunion (en%) (5)

Plus récemment en 2018, l'Observatoire Régional de Santé (ORS) recensait 9% d'enfant en surpoids et 6% en situation d'obésité chez les 5-6 ans, et 18% d'enfants en surpoids et 8% en situation d'obésité chez les 10-11 ans (6).

c) Impact sur le plan humain :

Les conséquences immédiates et les plus fréquentes du surpoids et de l'obésité infantile sont d'ordre psycho social, en particulier avec une mauvaise estime de soi, une diminution des performances scolaires, et un rejet social.

Mais ils peuvent s'accompagner de nombreuses autres comorbidités (2, 7) :

- Psychopathologiques : troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles du comportement, troubles des conduites alimentaires, addictions
- Cutanées : vergetures, hypertrichose chez les filles, mycoses, acanthosis nigricans
- Orthopédique : épiphysiolyse de la tête fémorale, pieds plats, genu valgum, syndrome fémoro-patellaire, antétorsion fémorale, rachialgies, troubles de la statique vertébrale (scoliose, cyphose...), épiphysite de la tête fémorale, maladies de Osgood Schlatter, de Sever, de Scheuermann
- Cardio respiratoires : hypertension artérielle, asthme, déconditionnement à l'effort, troubles respiratoires du sommeil, dont apnée du sommeil
- Complications endocriniennes : puberté avancée surtout chez les filles, syndrome des ovaires polykystiques, retard pubertaire surtout chez les garçons, verge enfouie, gynécomastie
- Complications métaboliques : dyslipidémie, stéatose hépatique, insulino-résistance, intolérance au glucose, diabète de type 2

d) L'obésité infantile, un enjeu de santé publique :

L'obésité dans l'enfance est un élément prédictif de l'obésité à l'âge adulte : la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 % à 50 % avant la puberté, et de 50 % à 70 % après la puberté (2).

Les enfants obèses seront plus enclins à développer diverses pathologies à l'âge adulte, à savoir (1) :

- des maladies cardiovasculaires
- une insulino-résistance, voire un diabète
- des troubles musculosquelettiques : arthrose, arthrite, ostéoporose
- certains cancers : endomètre, sein et côlon
- des incapacités physiques

L'obésité infantile est donc également un facteur prédictif d'augmentation du risque cardiovasculaire, du risque de décès prématuré et de morbidité à l'âge adulte. C'est une source d'inégalité sociale de santé, ainsi qu'un coût médico économique non négligeable (8, 9)

C'est pourquoi le dépistage précoce, la prévention et la prise en charge de ce phénomène sont un enjeu majeur de santé publique en France en ce début de XXIe siècle.

2. Actions mises en place

a) *Au niveau national*

En France, les premières mesures destinées à lutter contre l'obésité apparaissent dans les années 2000, avec l'initiation du Programme National Nutrition Santé en 2001, prolongé en 2006 puis en 2011. Les objectifs du PNNS, fixés par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) sont les suivants :

1. réduire l'obésité et le surpoids dans la population et plus particulièrement de diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents.
2. augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges
3. améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque
4. réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles.

Ces objectifs s'articulent avec le Plan Obésité (PO) et le Plan National pour l'Alimentation (PNA). Le PNNS traite de la nutrition comme déterminant de santé et le PO complète le PNNS par l'organisation du dépistage et de la prise en charge des patients (10).

Le Plan Obésité 2013, lui aussi s'organise en 4 axes (11) :

1. Améliorer l'offre de soin et promouvoir le dépistage chez l'enfant et chez l'adulte. Cet axe comprend entre autres mesures la facilitation de la prise en charge des premiers recours adaptés par le médecin traitant, la structuration de l'offre spécialisée au niveau régional et infra régional, la promotion du dépistage précoce chez l'enfant et sa prise en charge en aval, la reconnaissance des équipes spécialisées en éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité, ainsi que le développement des coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité
2. Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique
3. Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre les discriminations
4. Investir dans la recherche.

b) *Au niveau régional et départemental*

Au niveau régional et plus particulièrement pour les départements de Mayotte et de La Réunion, les programmes nationaux sont déclinés en tenant compte des spécificités locales. C'est l'objet du Programme Alimentation Activités Nutrition Santé (PRAANS) (12). A La Réunion, ses actions concernant les enfants et adolescents se déroulent selon deux axes prioritaires qui sont les suivant :

1. Inscrire l'éducation nutritionnelle, au goût et à la consommation dans le cursus des élèves, tout au long de la scolarité, c'est-à-dire inclure ces thèmes dans les projets pédagogiques et éducatifs, en s'appuyant sur les programmes scolaires, ainsi que favoriser la consommation de fruits et légumes et l'apprentissage de

l'équilibre alimentaire en milieu scolaires et valoriser le patrimoine culinaire de l'île.

2. Promouvoir l'activité physique pour tous et les activités physiques adaptées pour les jeunes en surcharge pondérale.

Pour cela, le Rectorat s'appuie sur des réseaux d'acteurs spécialisés dans l'éducation, l'accompagnement et la prise en charge des enfants en surpoids et de leurs familles, tels que le Réseau Pédiatrique 974 (RP 974) et l'association REUNIR (5).

c) A la Possession : description du Contrat Local de Santé (CLS) de la Possession et mise en place du COPIL

Dans cette logique de promotion de la santé, la ville de la Possession a signé en juin 2016 avec la Préfecture et l'Agence Régionale de Santé Océan Indien un Contrat Local de Santé, afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population sur son territoire (13). Un des axes de travail portait sur la promotion d'une nutrition favorable à la santé, par la facilitation d'accès à une alimentation équilibrée et adaptée et à la pratique d'une activité régulière et adaptée.

A cette même période, à la Possession, le Dr Vanessa PALMA, spécialisée en Médecine Générale, avait pour projet de créer une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) dont la mission principale serait la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'obésité infantile.

Il a résulté de la rencontre de la représentante du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la Possession et du Dr PALMA une volonté de mener une action coordonnée sur leur territoire, afin de coconstruire un plan d'action de prise en charge de l'obésité infantile. Pour cela, elles ont fait appel à de nombreux acteurs de terrain venus de multiples horizons professionnels : d'autres médecins généralistes, des pédiatres, des médecins et infirmières diplômées d'Etat (IDE) scolaires et de PMI, des directeurs d'écoles, des représentants du Rectorats, les employés de la Mairie de la Possession, des diététiciens, des kinésithérapeutes, des entraîneurs sportifs, des membres des réseaux pédiatriques. Leur point commun étant qu'une partie de leur activité professionnelle portait sur l'enfance et obésité infantile.

C'est ainsi que le Comté de Pilotage (COPIL) OBESITE INFANTILE de la Possession a vu le jour en 2017, dans le but de coconstruire une prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée autour de l'obésité infantile, avec des acteurs de terrains de formations diverses. Cette démarche innovante est dans la lignée du Plan Obésité, qui est un axe national prioritaire de prévention et l'amélioration de la prise en charge de l'obésité.

B. OBJECTIF DE L'ETUDE

Le COPIL OBESITE INFANTILE de la Possession est novateur dans sa démarche de faire se réunir des acteurs de terrain de mondes différents, poussés par leur volonté commune d'agir sur le problème de santé publique qu'est l'obésité infantile.

Ce projet de co-construction étant le premier de son genre à La Réunion, le but de cette étude est d'évaluer le vécu des acteurs à travers la narration de leur expérience et de leur ressenti, afin de connaître les forces, les faiblesses et les axes d'améliorations de ce projet. La question de recherche étant : « quel est le vécu des acteurs ayant participé au COPIL OBESITE INFANTILE de la Possession ? ». Ainsi, dans une démarche de recherche-action, nous espérons en assurer sa pérennité, et à terme sa reproductibilité dans d'autres domaines de soins primaires, et favoriser la collaboration entre les médecins généralistes et les autres acteurs concernés par le Contrat Local de Santé.

Le médecin généraliste est le médecin spécialisé dans les soins primaires, il a donc tout naturellement son rôle à jouer dans la prise en charge de l'obésité infantile. Par ce rôle, son statut d'acteur de terrain et ses connaissances scientifiques, sa place au sein du COPIL OBESITE INFANTILE semble logique. Cependant, la question de cette place peut se poser concernant sa sollicitation dans les actions communales portant sur des problèmes de santé publique, telle que l'élaboration du Contrat Local de Santé. L'objectif secondaire de cette étude est de décrire la représentation des participants au COPIL OBESITE INFANTILE concernant la présence de médecins généralistes parmi eux et dans l'élaboration de projets communaux.

II. MATERIEL ET METHODE

A. UNE METHODE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI – DIRIGES

1. Choix de la méthode utilisée

Afin d'explorer l'expérience vécue des participants, nous avons utilisé une analyse qualitative phénoméno-pragmatique, avec élaboration de catégories émergentes.

2. Elaboration du questionnaire

Nous avons rédigé le guide d'entretien suite à une étude de la littérature, et avec le recueil de l'expérience d'un professionnel ayant le projet d'organiser une co-construction.

Il s'agissait d'un guide d'entretien semi dirigé cherchant à recueillir le ressenti et le vécu d'acteurs ayant participé au COPIL OBESITE INFANTILE de la Possession. Une attention toute particulière était donnée à la formulation des questions et relances, en utilisant des formules telles que « pour vous », « selon vous », « que pensez-vous de », « pouvez-vous m'expliquer comment »... afin d'obtenir des réponses centrées sur la personne, dans une logique de démarche phénoménologique.

La première partie de l'entretien visait à ce que l'interviewé se présente en tant que personne et professionnel, afin qu'il entre progressivement dans un discours phénoménologique, puis qu'il explique ce que représentait pour lui l'obésité infantile.

Dans un second temps l'entretien portait sur l'expérience vécue par l'interviewé lors du COPIL OBESITE INFANTILE, et les sentiments que cela avait engendré chez lui.

Enfin, nous avons exploré ses représentations vis-à-vis de la place du médecin généraliste dans cette démarche de co-construction.

3. Critères d'inclusion

Etaients inclus les acteurs ayant participé à au moins deux COPIL OBESITE INFANTILE jusqu'à la date du 15 avril 2018. Il s'agissait d'acteurs de terrain du monde médico-socio-institutionnel, concernés par la prise en charge de l'obésité infantile à la Possession.

4. Méthode de recrutement

Tous les participants ont été recrutés à partir de la feuille d'émargement du COPIL OBESITE INFANTILE, puis contactés par mail.

5. Protection des personnes

Notre travail a reçu l'accord du CNIL de l'Université de La Réunion. Notre recherche portant sur des questionnaires et entretiens auprès de professionnels du monde médico-social, et mobilisant les méthodes des sciences humaines et sociales, il n'était pas soumis à un Comité de Protection des Personnes (CPP).

6. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des participants, ou un lieu de leur choix. Dans ce cas, il s'agissait à chaque fois d'une terrasse de café.

Après information des participants sur leurs droits et recueil de leur consentement oral, les entretiens étaient enregistrés avec un enregistreur Philips VoiceTracer®. Les entretiens étaient semi dirigés, dans une attitude d'écoute empathique de respect de l'autre, d'ouverture à son monde, condition essentielle pour obtenir la verbalisation.

Pour plus de compréhension des participants, nous avons par le passé assisté à une des réunions du COPIL OBESITE INFANTILE.

L'intégralité des entretiens étaient ensuite retranscrits sur Microsoft Word, afin de procéder à l'analyse.

B. METHODE D'ANALYSE

L'analyse des entretiens s'est effectuée en plusieurs étapes successives, selon la méthodologie phénoméno-pragmatique.

Une analyse de chaque entretien a tout d'abord été réalisée, avec des lectures répétées de chaque verbatim, afin de s'imprégner du récit, et faire ressortir des thèmes généraux.

Chaque verbatim a ensuite été découpé en unité de sens avec le logiciel Nvivo. Il s'agissait du codage, permettant de mettre en évidence des nœuds de sens dans le discours, des significations, des régularités, des fréquences. Ainsi, il était déjà possible de faire ressortir le sens du récit. Une triangulation de ce codage sur un premier corpus a été réalisée avec la directrice de thèse afin de valider la grille de codage et limiter les biais interprétatifs.

Une seconde analyse du verbatim, cette fois-ci sans logiciel, était ensuite réalisée. Les données du discours étaient décrites, puis organisées et caractérisées selon la théorie des catégories universelle de Pierce. Cela se faisait dans un acte réflexif d'aller retours entre le discours et les catégories en construction.

A partir de l'organisation de ces catégories émergentes, nous apparaissaient des tendances, nous permettant de théoriser le récit. Chaque analyse des données d'un nouvel entretien était intégrée aux précédentes, enrichissant progressivement les théories par ses nouveaux éléments.

Enfin, nous procédions à une analyse transversale des catégories émergentes, en les organisant les unes par rapport aux autres, en faisant ressortir les relations qui les liaient, pour en restituer le sens global.

III. RESULTATS

A. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

La population étudiée était constituée d'acteurs de terrain du monde médico-social-institutionnel, ayant participé à au moins 2 réunions de COPIL

	Sexe	Profession	Commune d'exercice	Lieu de RDV
Entretien 1	Masculin	Médecin généraliste	Saint Louis	Lieu de travail
Entretien 2	Féminin	Médecin généraliste	La Possession	Terrasse de café
Entretien 3	Masculin	Directeur O.M.S Sport	Le Port	Lieu de travail
Entretien 4	Masculin	Médecin généraliste	La Possession	Lieu de travail
Entretien 5	Féminin	IDE scolaire	La Possession	Terrasse de café
Entretien 6	Féminin	Responsable CCAS	La Possession	Lieu de travail
Entretien 7	Masculin	Kinésithérapeute	La Possession	Terrasse de café
Entretien 8	Féminin	Pédiatre, coordinatrice RP974	Saint Denis	Lieu de travail
Entretien 9	Masculin	Directeur RP974	Saint Denis	Lieu de travail

Tableau 4 : description de la population étudiée

Au total, 9 personnes ont été interrogées. 44.44% étaient des femmes et 55.55% étaient des hommes. 33.33% étaient des médecins généralistes. 55.55% travaillaient à la Possession, les autres dans des communes voisines. 66.67% ont choisi d'être interrogé sur leur lieux de travail, les 33.33% restant ont été interrogé en terrasse de café.

concernant l'alimentation et l'activité physique, et une approche psycho sociale. Cependant, ces mesures sont limitées par le temps croissant passé par les enfants sur les réseaux sociaux et devant les écrans.

E5 : Un problème multifactoriel. Un problème en croissance aussi sur La Réunion qui n'est pas stabilisé pour le moment et qui touche pas mal d'élèves [...] on voit également une augmentation de la sédentarité donc je pense que c'est un gros facteur qui influe sur les élèves. Après multifactoriel parce que ça dépend aussi de la culture hein, même si on est mélangé il y a beaucoup de culture mahoraise où le fait d'être en surpoids ou en embonpoint est plutôt signe de bonne santé et de femme qui peut procréer et qui est en capacité, donc pour elles l'approche culturelle c'est différent. A La Réunion aussi hein il y a beaucoup de vestiges de l'esclavage sur les privations : aujourd'hui c'est difficile de priver, il y a pas mal d'accès à des produits qui étaient interdits à l'époque, et je pense que ça a aussi une influence historique sur la façon de cuisiner, la façon de comment on entrevoit l'alimentation. Il y a aussi un décalage avec la métropole, où on a vu l'arrivée des supermarchés ici, avec une offre de produits qui du coup a contrecarré un équilibre qu'on pouvait retrouver dans le cari, qui était un plat à base de protéines avec des féculents plus des brèdes, voilà, qui était super équilibré, qui reste comme base, mais sur lequel on rajoute tout ce qui est grignotage, chips, le salé, le sucré, qu'on peut avoir en abondance... après, voilà les enfants qui peuvent avoir aussi en fonction des milieux sociaux des difficultés, et l'obésité c'est comme une protection aussi pour ces enfants. Donc c'est pour ça, surtout multifactoriel, mais un réel problème qu'il faut prendre en compte, sur lequel on essaie de travailler en prévention, dans l'éducation, sur certaines thématiques, sur certaines qui sont plus compliquées, on peut travailler sur l'équilibre alimentaire. Sur ce qui est l'approche psycho sociale c'est plus compliqué d'orienter et de faire rentrer ça comme facteur de risque auprès des familles, mais c'est aussi un des pans du travail, et après, essayer de mettre nos enfants à l'activité aussi c'est compliqué. En ce moment ils sont beaucoup plus dans ce qui est réseaux sociaux, et on a des moyennes de temps passé devant les écrans, entre tablette, téléphone, jeux vidéo, télévision, qui peuvent tourner autour de 3-4h par jour, avec des mamans qui posent déjà leurs enfants avec le biberon devant la tablette pour qu'ils soient plus calmes et qu'ils prennent le biberon. Donc voilà, c'est un nouveau risque qui est en augmentation

b) L'obésité infantile est un péril pour la santé future et un enjeu majeur de santé publique

Il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique dont la prévention et la prise en charge est essentielle à la pérennité de notre système de santé.

E2 : Ça m'évoque un péril pour notre système de santé futur, dans le sens où laisser se développer l'obésité infantile à La Réunion et d'ailleurs partout ailleurs en métropole, c'est augmenter les risques liés à l'obésité par la suite : diabète, HTA, maladies cardio-vasculaires, cancer, tout ce qui est psychique, dépression ou autre, atteinte musculo squelettiques... C'est en ce sens pour moi l'obésité infantile : un enjeu de santé publique majeur, peut-être à mon sens le plus important, puisque pour moi l'absence de cette prise en charge, la prise en charge de l'obésité infantile, va découler énormément de pathologie par la suite, et si on veut que notre système de santé soit pérenne, on a intérêt à faire de la prévention et à prendre en charge sérieusement et

de manière importante cette problématique. Ça pourrait mettre en péril le système de santé future.

Ce péril pour la santé à venir nécessiterait d'être dépisté de manière systématique.

E4 : C'est des enfants qui sont en surpoids où on voit un rebond d'adiposité ça s'appelle, qu'on voit sur la courbe du carnet de santé. On voit des enfants quand ils sont bébé ou tout jeunes enfants ils sont encore dans la courbe, et puis ils quittent la courbe, on voit qu'elle monte d'un seul coup, et là il y a un gros risque d'obésité à l'âge adulte, avec toutes les conséquences médicales que ça peut avoir. Donc c'est pour ça qu'il faut les prendre en charge pendant leur croissance, en espérant qu'ils vont grandir sans trop grossir, comme ça ils vont s'affiner avec le temps

E7 : Pour moi ça augmente sa probabilité d'avoir d'autres troubles plus tard. [...] Je mets en lien beaucoup l'obésité avec les troubles du système endocrinien en fait, et puis cardio vasculaire, ça va avec aussi

Vocation de travailler et de mener des actions autour de la problématique de l'obésité infantile, perçue comme un handicap physique et une urgence sociétale à La Réunion.

E3 : Des problèmes d'obésité qui les handicapent, par ce qu'ils n'arrivent pas à bien courir, au niveau de la motricité, donc il y a des problèmes de motricité, et aussi après bien sûr les problèmes d'endurances aussi derrière, etc... Et c'est pour ça que moi j'ai voulu travailler en fait sur cette thématique-là, parce que je trouve que bon voilà, c'est quelque chose qui aujourd'hui on voit de plus en plus dans les familles réunionnaises, et donc si on fait pas rapidement (tape du doigt sur la table), si on met pas quelque chose en place rapidement, à mon avis ouais, dans les 10 ans à venir, ça va être un gros problème qu'on aura à gérer.

Ce problème de santé publique est perçu comme un défi de prise en charge multidisciplinaire.

E9 : Un problème de santé publique, un problème de mal-être pour certaines personnes, des difficultés de prise en charge, un problème lié à un mode de vie, un problème sociétal, quelque chose qui va être difficile de résorber, je ne sais pas si un jour on va arriver à faire baisser les chiffres les pourcentages, mais ça paraît très compliqué, et en tout cas, la nécessité de continuer, parce que d'un côté, il y a des gens qui ont envie de faire des choses, et en face, il y a aussi des familles qui ont envie d'être aidées. Donc même si ce n'est pas aussi spectaculaire que ça, quand on voit qu'on suit entre 100 et 150 enfants par an, c'est pas énorme par rapport aux plus de 20 000 enfants concernés à La Réunion, mais voilà, les gens qu'on aide, ils sont dans ce besoin, et ils en tirent un bénéfice, donc c'est pas inutile.

c) *Les origines de l'intérêt que portent les acteurs sur l'obésité infantile sont multiples*

Une motivation liée avec leurs missions professionnelles et l'intérêt porté à leur travail.

E2 : Alors mon travail est déjà un centre d'intérêt [...] J'ai beaucoup d'activités orientées travail malgré tout, que je considère comme du loisir

E4 : Je fais beaucoup de pédiatrie comme ça de tout jeunes, et j'ai une grosse patientèle pédiatrique aussi, et comme je m'intéresse à ça et que je m'intéresse aussi à la nutrition, donc l'un dans l'autre, je suis venue tout doucement à m'intéresser à cette prise en charge là, avec les enfants en surpoids par le RP974. C'est comme ça que j'ai dû aller une fois à une soirée il a quelques années, une soirée qu'ils avait organisé, et c'est comme ça que j'ai découvert l'existence de ce réseau.

E4 : Mais après on a des orientations personnelles. Moi comme je fais beaucoup de pédiatrie je m'intéresse et puis mon épouse, elle fait de la micro nutrition, donc tout ce qui est nutrition micro nutrition ça m'intéresse beaucoup, on en discute beaucoup entre nous, donc c'est un intérêt personnel aussi que j'ai aussi par rapport à ça. Mais j'ai pas d'antécédant dans ma famille par contre hein ? Il n'y a rien de... mes enfants sont normaux, au niveau du poids il n'y a pas de problème, c'est un intérêt médical, scientifique, et professionnel. Uniquement.

E5 : moi j'aime bien travailler aussi sur cet âge-là, parce que plus on les prend précocement au niveau du dépistage et plus tôt on peut travailler avec l'enfant et la famille, donc souvent moi j'ai travaillé en collaboration avec le médecin scolaire sur les visites de grande section, donc on essaye de les faire en semble, et puis au moins avoir 2 regards sur les enfants par rapport à ça, donc oui, dans le dépistage il y a forcément poids, taille, IMC, et on travaille là-dessus, puis il y a tout ce qui est hygiène de vie, que ce soit le sommeil, l'alimentation, les activités, tout ça, ça rentre en compte.

E6 : Ça fait quelques années maintenant, je suis arrivée en 2005, sur un poste de responsable en Gériatrie. Donc j'avais en charge à l'époque la mise en place d'une politique en direction des seniors, et très rapidement je me suis intéressée à la santé des seniors. Et sur la santé des seniors, mon poste s'est gentiment transporté sur la santé dans sa globalité. Voilà tout simplement, et tout de suite, la santé a pris énormément de place, finalement. J'ai un gros volet de prévention à la santé, et qui a pris davantage de place depuis notamment la signature du CLS l'année dernière.

E7 : C'est vrai que ce qui m'a interpellé et qui m'a aussi donné envie de travailler sur ce projet de santé, c'est que je rencontre, depuis maintenant bientôt 10 ans que j'exerce, plusieurs fois des enfants obèses et qui ont, de ce que j'ai remarqué, des hyperlaxités, des douleurs chroniques, aux genoux, aux lombaires... Et voilà, c'est de ça aussi que doit venir mon envie de travailler sur ça aussi.

E8 : j'ai une surspécialité en nutrition, de manière générale, et à l'hôpital d'enfant je travaille pas du tout sur la partie obésité, mais plutôt sur la dénutrition et la prise en charge nutritionnelle.

Notamment lorsque des membres de la famille sont en situation d'obésité, il y a une dimension personnelle à la motivation de travailler sur l'obésité infantile. La motivation professionnelle trouve alors son origine dans l'expérience personnelle.

E2 : Après oui, c'est important pour moi, parce que j'ai beaucoup d'obésité dans ma famille. Ça touche aussi des enfants de ma famille. Des enfants en situation d'obésité sévère dans ma famille, j'ai 3 cousins 2 cousins 1 cousine, j'ai heu... Oh non je dis des bêtises, c'est beaucoup plus que ça ! Les petits cousins, les enfants de mes cousins, j'en ai 3 en obésité sévère garçons, 1 fille en obésité sévère toute petite qui

doit avoir 8 ans, et j'ai un cousin germain qui doit avoir... j'ai 4 obésités importantes chez mes cousins cousines. Et chez mes oncles et tantes, j'ai aussi pas mal d'obésité.

E3 : par exemple pour un ballon qui roule par terre, le fait de pouvoir se baisser en courant ou en trotinant, prendre la balle et repartir en courant, rien que là-dessus on voit rapidement qu'ils sont beaucoup plus limités que les autres. Et je trouve ça dommage ! et c'est vrai que j'ai des parents aujourd'hui qui ont inscrit leurs marmailles avec moi, parce que justement, c'est pas pour faire la discipline hein ? c'est pour faire bouger le marmaille

E3 : oui j'ai un neveu et une nièce qui sont obèses. Ils ont les parents obèses aussi, donc la mère doit bien faire 110kg, mais elle est grande, mais ça se voit quand même. Et le père doit faire 115kg 120kg aussi. On voit qu'il y a l'aspect génétique. Quand ils étaient bébés ils étaient tout normaux, mais à l'âge de 4-5 ans, on voit qu'ils ont commencé à prendre la même morphologie que leurs parents. Et je pense que ça doit être génétique, parce qu'ils ont cette envie de manger, de grignoter... Et j'avoue que moi j'ai du mal avec ça. Pour moi il y a des repas, il y a des horaires, il y a le petit dej, il y a un goûter de 10h éventuellement un fruit etc... j'ai cette organisation-là. Et c'est vrai que quand je les vois venir à la maison et qu'ils ouvrent le frigo et que machin, ou bien pareil, quand je leur sers à manger au déjeuner une portion qui pour moi est suffisante par rapport à eux et que systématiquement ils en redemandent, pour moi, non ! pour moi il y a un souci !

E3 : Et en termes d'activité sportive, non. Ils accrochent pas. Et je trouve ça dommage, parce que mon neveu, il commence à avoir des problèmes en fait de jambes, de varus, il commence à avoir des problèmes de douleur articulaires, et voilà... je trouve que c'est handicapant pour un enfant en fait ! Il va grandir comment ?

E3 : Et même là je voyais quand il avait commencé à faire du rugby. Non, du foot. Et il voulait jouer devant ! Le problème c'est que le coach a vu que devant il pouvait pas ! donc on l'a mis gardien de but ! Et très souvent dans les sports collectifs on se retrouvent comme ça !

d) Un besoin d'agir de la part d'acteurs de la Possession vis-à-vis de l'obésité infantile

(1) Agir quand il est encore temps

Vocation de travailler et de mener des actions autour de la problématique de l'obésité infantile, qui est considérée comme une urgence sociétale à La Réunion.

E3 : Et c'est pour ça que moi j'ai voulu travailler en fait sur cette thématique-là, parce que je trouve que bon voilà, c'est quelque chose qui aujourd'hui on voit de plus en plus dans les familles réunionnaises, et donc si on met pas quelque chose en place rapidement, à mon avis ouais, dans les 10 ans à venir, ça va être un gros problème qu'on aura à gérer.

(2) Constat d'une insuffisance de prise en charge et de formation professionnelle

Le constat d'une insuffisance de prise en charge de l'obésité infantile, liée à un manque de formation, de motivation, ou à des théories jugées infondées et basées sur des représentations inexactes, est à l'origine d'un projet de création d'une structure chargée de pallier à ces manques.

E2 : Complètement ! oui, parce que je trouvais que la prise en charge était insuffisante, ou inexistante plutôt, que personne n'abordait ce problème d'obésité, pour une raison qui me semble être une raison assez fumeuse de : « c'est la culture à La Réunion », « les gens sont gros, c'est comme ça, c'est culturel », « c'est bien d'être gros » ou autre, enfin bref ! toutes ces raisons qui à mon sens ne tiennent pas la route quand on voit la quantité de produits amincissants et de centres d'amaigrissements qui existent à La Réunion. Et c'est vrai que n'ayant pas trouvé de prise en charge intéressante en termes d'obésité infantile ou adulte, j'ai décidé de créer une structure de prise en charge pour pallier à ces insuffisances.

E3 : Un gros peut courir hein ? Il va pas courir aussi vite que celui qui est un peu plus mince, mais il peut courir ! Un gros peut avoir de l'endurance ! On a trop tendance à dire il est gros, donc il peut rien faire, et on va lui demander d'en faire moins. Bah non ! On peut lui demander autant, peut-être de faire de manière différente, parce qu'effectivement il a peut-être plus de difficultés à le faire, mais non, on doit le traiter comme un autre gamin. On peut pas le mettre à part. Et aujourd'hui je trouve qu'au niveau des éducateurs sportifs que je peux voir certaines fois, là-dessus il y a un gros travail à faire. Moi je suis éducateur sportif, j'essaie de le faire avec les éducateurs avec qui je côtoie. Je pense que si l'éducateur a déjà un regard sur le gamin en surpoids se disant, oui bon lui il vient, je l'ai dans mon groupe, mais bon je vais pas le pousser je vais « pas trop m'en occuper », ça le fait pas.

(3) Recherche d'actions innovantes et au plus proche des problématiques locales, face au constat de l'inertie des acteurs historiques telle que l'Education Nationale.

E3 : Donc on va essayer de mettre ce protocole là en place, et après voir aussi, effectivement... Parce qu'avec les enfants c'est un peu plus compliqué, parce que j'ai essayé avec une école pilote, sur une année scolaire, sur 2 classes, essayé de mettre en début d'année scolaire un dépistage entre guillemets, et ensuite mettre en place avec le gamin tout un cursus, 2 fois par semaine, avec des éducateurs qui viennent dans les écoles intervenir avec les gamins etc etc, et après rattacher ces gamins là des clubs sportifs, donc ils auraient, grosso modo 3 – 4 séances de sport par semaine... (haussement d'épaules). On n'a pas pu. Malheureusement parce que l'inspection c'était compliqué, avec les instits, faut trouver des instits volontaires, c'était très compliqué. Mais j'abandonne pas l'idée !

E3 : J'avais commencé à travailler avec le service des écoles de ville du Port, les écoles primaires sont sous la relève de la ville du Port, j'avais vu ça avec, la Conseillère Pédagogique de Circonscription qui gère les activités EPS, et j'avais commencé à solliciter l'inspecteur de l'Education Nationale qui travaille sur la ville du Port, pour leur demander s'ils pouvaient passer l'information sur les 15 écoles primaires de la ville, et voir s'il y avait déjà une école intéressée, et éventuellement un directeur/directrice et des enseignants. L'information était passée, mais bon malheureusement je n'ai pas eu beaucoup de retours positifs.

E4 : je me rends compte un peu de la difficulté que ça a de changer les mentalités, de changer les choses au niveau de l'Education Nationale notamment. C'est très très difficile.

E9 : Bah inventer... Je sais pas, on est sur des carcans là, sur des choses qui sont là qui sont faites, c'est ce que je vous ai dit tout à l'heure, qu'est-ce qu'on propose ? Nous on propose un truc qu'on n'a pas inventé, qu'on reprend ce qui est fait dans les REPOP en métropole. On le prend, on l'applique ici, est ce que c'est la solution ? Est-ce qu'il n'y a pas d'autre solution ? Est-ce qu'il n'y a pas d'autre chose à imaginer, à proposer ? Je n'en sais rien, je ne suis pas dans le médical, mais moi je me dis que nous on a essayé par exemple de... On avait des ateliers qui sont destinés aux familles suivies par des médecins, on s'est dit, proposons aussi ces ateliers à des familles qui ne seraient pas forcément suivies, mais qui seraient intéressées pour y aller.

(4) Identification d'un besoin des familles d'avoir des structures de premier recours afin de bénéficier d'une prise en charge de proximité.

Les familles sont en recherche d'une prise en charge pour leurs enfants en situation d'obésité.

E3 : Parce que j'ai toujours pour habitude de questionner les parents sur les habitudes déjà de vie du gamin, sur les antécédents sportifs, et voire aussi médicaux que peut avoir le gamin, et ensuite voir un peu, voilà, comment on peut essayer de faire en sorte que ce gamin puisse s'épanouir dans le groupe et que, individuellement aussi oui, que ça lui apporte aussi quelque chose l'activité. Sur ceux-là, on voit très rapidement que les parents, bon, ils inscrivent leur marmaille, parce qu'ils veulent que leur marmaille bouge et fasse du sport. Parce qu'ils se sont aperçus, qu'il y a, voilà, un petit problème de surpoids.

Recherche par les familles de structures de proximités, plus adaptées à leurs difficultés de déplacement et d'éloignement, et à leur défiance vis-à-vis d'inconnus pour aborder des sujets intimes tels que l'obésité.

E2 : Je ne le pense pas, j'en suis persuadée ! J'en suis persuadée, parce que quand je propose des prises en charges pour les enfants, pour les familles, la question qui revient c'est « c'est où ? », « c'est loin ? », « on peut pas y aller c'est trop loin », « c'est trop cher », « on a pas de voiture » « on a pas le temps » « on travail »... Donc aller loin pour se faire prendre en charge, ils ont déjà de la défiance parce qu'ils ne savent pas sur qui ils vont tomber, sur des gens avec lesquels ils n'ont pas été confrontés, ils n'ont pas l'habitude des gens qui vont les prendre en charge, pour une problématique qui touche vraiment l'intime, la manière dont ils mangent, la manière dont ils ont des loisirs ou pas, on est vraiment dans l'ordre de l'intime, et partager l'intime avec des gens inconnus, c'est pas quelque chose d'évident à mon sens. Ensuite, j'ai eu beaucoup, beaucoup de patients qui m'ont fait la réflexion, qu'aller loin, c'était pas possible.

E5 : l'île est grande, et le problème ici au niveau de la géographie quand vous habitez dans les hauts, c'est compliqué d'aller faire des consultations dans les bas...

C'est vrai que pour certaines familles l'accès au soin est compliqué, en matière d'obésité.

Une structure de proximité permettrait une facilité d'accès et donc une autonomie pour les adolescents demandeurs d'une prise en charge, et qui ne sont pas toujours soutenus par leur entourage.

E2 : Et il y a des enfants qui aimeraient aussi, des grands enfants cette fois ci, au niveau de l'adolescence ou après, qui aimeraient avoir une prise en charge, sauf que la famille n'est pas aidante, la famille est limitante, soit parce qu'elle ne voit pas les difficultés, soit pour eux c'est normal d'avoir un enfant gros, soit ils sont carrément dans la maltraitance par omission, et les enfants pourraient bénéficier d'une prise en charge de proximité, sans forcément qu'il y ait une grande inclusion des parents dans la démarche de prise en charge, en tout cas pour certains enfants qui peuvent être autonomisés. Voila.

Les réseaux et hôpitaux seraient alors des structures de 2^e et 3^e recours, étant considérés comme parfois trop éloignés ou stigmatisants.

E2 : Alors il en existe, avec le Réseau Pédiatrique, avec Réunir, avec l'hôpital, sauf que ces structures de prise en charge sont à mon sens du 2^e voire du 3^e recours, que la prise en charge de l'obésité devait être intégré dans une prise en charge de 1^{er} recours, et que ces structures sont stigmatisantes, les gens ne veulent pas aller à l'hôpital, les gens ne peuvent pas, ou ne souhaitent pas se déplacer, les structures de prise en charge proches, entre le Port et la Possession, sont à St Denis pour l'hôpital des enfants, les ateliers avec les réseaux sont organisés à différents endroits, donc des fois au Port, quand il n'y a plus de place au Port, il y en a parfois à St Paul, ou à la Possession... C'est une fois par semaine, c'est vraiment pas assez, et il y a des personnes qui sont tellement... Comment dire... Il y a des familles qui sont dans un tel cercle vicieux, avec de tels échecs multiples, que ce soit des échecs familiaux, des échecs sociaux, des échecs de prise en charge, qu'il y a un abandon. Ce sont des familles qu'il faut aller chercher. Elles n'iront pas d'elles-mêmes, forcément, vers des structures qui sont loin. Donc c'est vrai qu'un accompagnement de proximité est plus important à mon sens que les structures qui sont loin... Les structures qui sont loin c'est très bien, on en a besoins en second recours, mais en premier recours il faut absolument développer des structures de proximité afin que ce soit plus facile pour les familles.

(5) Les acteurs ont ressenti un besoin de faire une action qui aie du sens

Prise de conscience d'un attrait pour le métier d'aidant.

E9 : je venais de vendre mon entreprise il y a un an, et je me demandais comment j'allais pouvoir reprendre mon activité professionnelle, et j'ai trouvé l'objet intéressant, complètement déconnecté de ce que je faisais avant, dans la publicité, mais intéressant, donc je me suis dit aller, je vais voir, et puis ça fait 12 ans que ça dure.

E9 : Intéressant par le fait de travailler sur l'humain. D'aider les gens, d'aider les familles, d'essayer de trouver des solutions à des problèmes que rencontrent ces

familles, que vivent les enfants, voilà, c'est plus ce rapport, même si on ne côtoie pas les gens, mais c'est cet intérêt « humanitaire » quoi, travailler pour aider les gens. C'est ce qui me paraît intéressant. Alors que vendre de la pub, j'en étais sorti pour la futilité que ça représente et voilà, ça ne m'intéressait plus.

Satisfaction de voir les retours positifs des médecins et la gratitude des familles suivies par les réseaux de prise en charge de l'obésité infantile.

E9 : on le voit à travers les médecins qui travaillent avec nous, on le voit aussi à travers les enquêtes de satisfaction des familles, voilà, les retours qu'on a c'est ça, c'est les évaluations de la prise en charge des médecins, quand on voit les évolutions de la courbe IMC, il y a des évolutions positives, ou même des évolutions positives dans les modifications comportementales, même si elles n'entraînent pas une baisse spectaculaire de la courbe, et puis de la part des familles, voilà, des gens qui nous disent merci. Merci parce que grâce à vous on a pu mettre des choses en place, merci parce que toute la famille en a profité, merci parce qu'on a vu les bénéfices que cette prise en charge pluridisciplinaire peut nous apporter... Alors ils ne le disent pas comme ça, je le traduis, mais voilà, quand ils nous disent que les ateliers c'est bien parce qu'ils apprennent des choses, que les consultations avec le diététicien c'est bien parce que c'est intéressant de pouvoir discuter d'alimentation avec quelqu'un, que le suivi avec le médecin c'est bien parce que ça recadre, voilà c'est tout ça qu'on a comme retours.

Recrutement d'une proportion croissante d'enfants en situation d'obésité, générateur d'une volonté d'investissement plus approfondi sur cette problématique.

E3 : Et donc entre-autre sur l'aspect sport/santé, bah il y a forcément l'aspect de traiter l'aspect d'obésité infantile, puisqu'on travaille en lien avec les écoles primaires de la ville du Port, et donc on rencontre voilà, régulièrement, de plus en plus d'ailleurs, d'enfant avec des problèmes d'obésité et de surpoids. C'est vrai du coup que moi je me dis bah tant qu'à faire, tant qu'à être une structure qui gère de l'animation sportive, ce serait peut-être bien qu'on puisse faire le lien et s'impliquer un peu plus là-dedans ! Tout en sachant que je suis aussi éducateur sportif [...] et c'est vrai que dans le groupe moi j'entraîne des marmailles de moins de 12 ans, bah là aujourd'hui j'ai... J'ai 28 marmailles, je dois en avoir au moins 7 qui ont vraiment des problèmes d'obésité.

(6) Nécessité de retravailler l'approche familiale, et de considérer la famille comme un partenaire de promotion de la santé de l'enfant

Une approche de dynamique familiale, centrée sur l'enfant et ses affects, suivie par un réseau, avec une motivation commune de lutte contre l'obésité est la clé d'une réussite future.

E3 : Et pareil, moi ce que j'ai demandé aux parents de mon neveu et de ma nièce, parce que j'ai remarqué les gamins ils fonctionnent par mimétisme : si papa maman vont faire du sport, ça va me titiller, je vais peut-être le faire. Déjà si les parents donnent l'exemple, les enfants on beaucoup plus de facilité à faire derrière. Par contre si le parent a autant de difficulté : je rentre du boulot, je prends ma douche, je m'assoie

devant la télé... je peux pas demander au gamin d'aller faire du sport ! Donne l'exemple d'abord et après on verra ! Donc du coup c'est vrai que j'ai des parents, des mamans, maintenant, qui déposent leurs enfants avec moi pour faire du sport, et qui elles-mêmes sont déjà en short basket, et puis pendant l'heure où j'entraîne les marmailles, elles vont-elles aussi faire leur marche ou courir. Ce qui est pas mal ! C'est ça ce que je dis : « si vous donnez pas l'exemple, votre gamin il va jamais accrocher ». Par contre si vous lui expliquez « maman va marcher, toi aussi », là oui ! Ça peut mieux marcher

E3 : Ils sont entrés dans un processus de « nous on bouge, eux ils bougent aussi » et toute la famille est rentré dedans. Voilà ! il fallait le faire en famille ! Parce qu'il y a 2 ans de ça, ils mettaient mon neveu et ma nièce soi-disant sur un régime, ils les faisaient suivre par l'association REPOP, je sais pas si vous connaissez, mais eux, ils étaient pas dans la même dynamique de régime machin ! Bah oui ! tu vas demander à ton marmaille de faire un régime machin, alors que toi non, bah ils voient comment tu es, ils voient que toi aussi tu as des problèmes d'obésité et que tu fais pas du tout, bah non c'est même pas la peine ! Donc tout le monde est au régime !

E3 : Tout est une problématique de motivation et de manière d'aborder les choses. Parce que les gens ont vite fait de se braquer, et une fois qu'ils sont braqués, il n'y a plus rien à faire. Mine de rien, il y a un rapport affectif qui est important

E4 : Le problème c'est la famille !

E6 : Pour moi, la famille de l'enfant reste en quelque sorte un partenaire, dans ma conception. Privilégié, mais un partenaire quand même

E9 : il y a des fois, il y a des médecins qui sont un peu... Je pense... désabusés, et... Je cherche mon mot, fataliste ou pas très optimiste sur ce qu'ils pourraient faire. Parce que ça n'accroche pas quoi. Il faut que ça accroche avec la personne qu'on a en face, et la difficulté c'est que ce qu'on propose, nous on propose quelque chose, mais ce qu'on propose, est ce qu'on est sûr que ça va intéresser la famille ? Et le fait que ça n'intéresse pas la famille, est ce que ça veut dire qu'elle n'est pas motivée, qu'elle n'aurait pas envie de faire autre chose autrement ? Vous voyez ce que je veux dire ? Ça a été évalué dans notre évaluation, parce que souvent les médecins disent « ils sont pas motivés ». Ils ne sont pas motivés par rapport à quoi ? Par rapport à ce que tu leur proposes ? Mais c'est pas parce qu'on est pas motivé pour monter sur le Mont Blanc qu'on va pas être capable de se prendre en main pour aller faire une petite marche dans les hauts. Vous voyez ce que je veux dire ? Qu'est-ce qu'on propose, comment on le propose ? Et les gens sont tellement différents et variés, que c'est difficile de dire « ce » modèle, il va convenir à tout le monde. Ça convient à certains. Ça convient à certains médecins, ça convient à certains patients, il y en a pour qui ça marche, il y en a pour qui moins bien.... Mais c'est pas pour ça que tout le monde accroche, et c'est pas pour ça qu'ils ne sont pas motivés.

Difficulté de suivi au niveau des grands parents qui ont une représentation erronée de la morphologie idéale d'un enfant.

E4 : Le problème, souvent je me rends compte avec les enfants qui sont inclus dans le réseau, on fait le suivi, pendant les périodes scolaires tout va bien, les parents sont derrière, pendant les vacances ils vont chez les papis mamies et là c'est la catastrophe ! La mamie c'est « mamie gâteaux ». Donc pendant les 15 jours ou le mois de vacances elle casse tout ce qu'on a pu acquérir avant en faisant le suivi. Parce que

les grands parents ils sont complètement à l'ouest ils sont pas du tout au courant ! Et puis pour eux un bel enfant c'est un gros enfant, dans la culture créole traditionnelle.

E4 : Dans la culture créole traditionnelle, un bel enfant c'est un gros enfant, un enfant qui est mince, bah on pense qu'il est malade. Ça c'est la représentation habituelle de la culture créole.

(7) Model du Réseau Pédiatrique 974

Une prise en charge et un suivi pluridisciplinaire, ambulatoire et de proximité, avec le médecin généraliste comme partenaire central.

E8 : c'est une prise en charge multidisciplinaire ambulatoire, donc un suivi par des médecins libéraux, médecins généralistes essentiellement, des pédiatres, des médecins nutritionnistes,

E8 : c'est une prise en charge de proximité, dans le cabinet du médecin, avec des consultations médicales régulières tout du moins pour la première année, et à la fin de cette première année on décide si on continue sur une deuxième année, puis une troisième année, avec des consultations médicales qui sont un peu plus espacées en années 2 et 3, et la possibilité d'orienter vers des consultations de diéts pareil en ambulatoire,

Le RP 974 assure la coordination de la prise en charge et la diffusion des informations aux familles et aux médecins. La multiplicité de ses acteurs et canaux d'informations permet d'assurer une souplesse de cette prise en charge et un maximum d'entée possible dans le réseau.

E8 : nous, on appuie à la coordination, c'est le médecin qui intègre l'enfant dans le réseau pédiatrique, c'est le médecin traitant mais pas forcément, qui coordonne le parcours, et nous on fait de l'appui à la coordination, donc quand il y a une rupture de parcours, quand il y a une problématique, un cas complexe, on intervient, soit Maeva qui est assistante, qui a beaucoup les familles au téléphone, les médecins, et quand c'est un cas un peu plus complexe, c'est moi en tant que médecin coordinateur qui appelle les familles les diéts, les psychologues, les enseignants d'activité physique adaptée, les médecins.

E8 : Alors pour les canaux d'orientation, ça peut être des médecins traitants qui n'ont jamais travaillé avec nous, parce que c'est via le dépistage de la médecine de l'éducation nationale où ils ont un courrier type, et sur ce courrier type il y a nos coordonnées, [...], donc on informe le médecin traitant sur ce que c'est. Et on propose au médecin de faire soit lui-même le suivi hors RP 974, ou dans RP 974 en assistant à des formations, ou alors moi je vais voir les médecins dans leur cabinet en leur proposant les outils. Ou alors des familles qui ont entendu parler de nous par quelqu'un de leur famille, par le site internet [...] Et là on a actuellement mais ça c'est nouveau, mission « Retrouve ton Cap », il y a eu du coup une information par les délégués de l'assurance maladie à tous les médecins, et comme on est un des opérateurs, eh bien on a beaucoup beaucoup beaucoup de contacts de médecins traitants actuellement, par le biais de cette expérimentation

Une autre mission du RP 974 est la communication et la formation de médecins et autres acteurs du monde médical et paramédical.

E8 : Après nous si un des autres axes c'était la communication aux médecins de la Possession, mais c'est ce qu'on fait de toute façon sur proposition de formation initiale, on a une liste à peu près exhaustive des médecins à La Réunion, on a proposé les formations, on a eu des contacts avec certains médecins de la Possession, en leur expliquant un peu ce qui se passait à la Possession,

2. Genèse du COPIL : la rencontre de volontés communes sur un même territoire

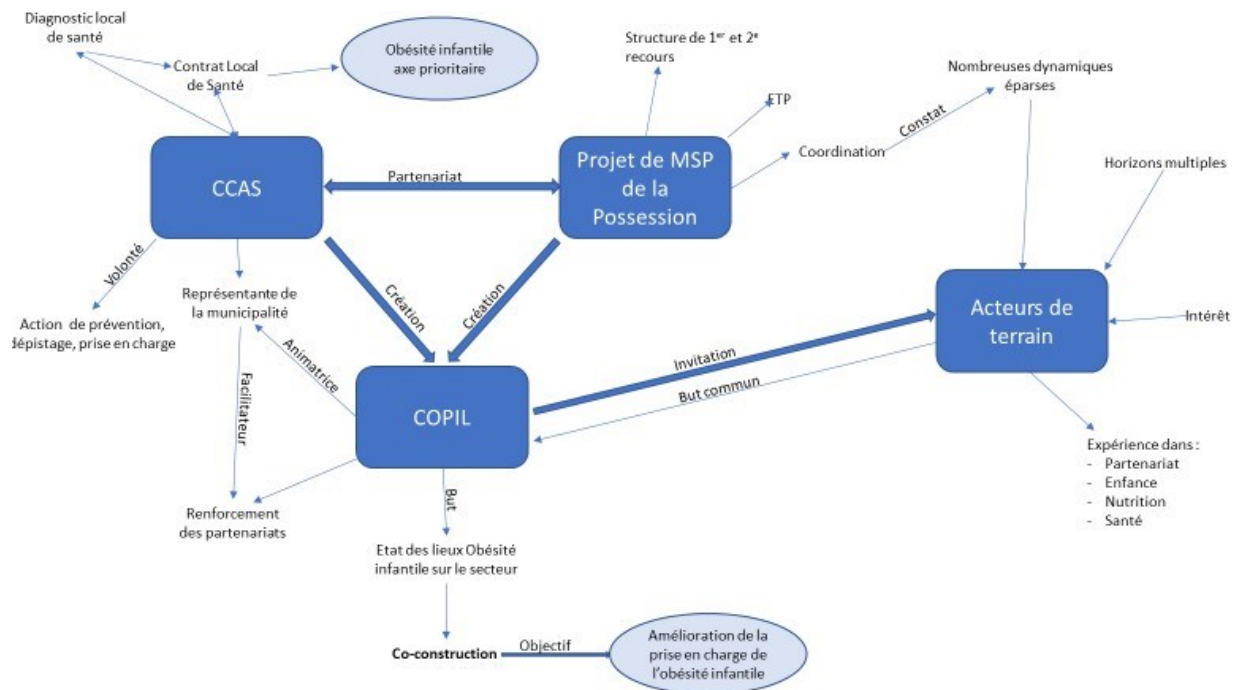


Schéma 2 : La genèse du COPIL

a) Le Contrat Local de Santé de la Possession au centre des réflexions du Centre Communal d'Action Sociale.

Un diagnostic local de santé de santé, fruit d'une collaboration entre de nombreux acteurs de tels que l'ORS et le CCAS, après réalisation d'une enquête de terrain auprès de la population, a permis de définir les axes prioritaires de la politique de santé de la ville, et d'ainsi rédiger un Contrat Local de Santé, qui a par la suite été validé par des acteurs sociaux et institutionnels, et coordonné par le CCAS. L'un de ces axes prioritaires étant l'obésité infantile.

E6 : je suis responsable de service au CCAS de la Possession, et j'ai en charge notamment la coordination du Contrat Local de Santé, dans lequel s'inscrit la réflexion autour de ce groupe de travail sur l'obésité infantile

E6 : on a été accompagnés par l'ORS pour dresser le fameux diagnostic local de santé, et donc oui, j'ai travaillé en amont sur l'élaboration du projet du CLS

E6 : En fait, le diagnostic local de santé qui a été réalisé par l'ORS à l'époque nous a effectivement permis de rencontrer les populations de différents âges, et suite à la synthèse de la restitution de ce diagnostic local de santé, il y a plusieurs axes qui

ont été proposés, dont un axe qui comprend justement tout ce qui est en lien avec les conduites à risque, dans lequel on a intégré l'obésité infantile, qui n'apparaît pas comme axe à part entière. On va dire que la thématique obésité infantile, on peut l'intégrer effectivement dans l'un des 7 axes du CLS, qui porte sur les conduites à risque.

E6 : le CLS c'est un contrat qui est signé entre plusieurs partis : la ville, l'ARS, et le CCAS, qui est l'antenne sociale de la ville, et ça reste une entité à part entière, en fait. Et la Préfecture.

E8 : j'avais compris que c'était une volonté notamment de la municipalité de la Possession d'une action de prévention dépistage prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile.

b) Initiation du COPIL par l'impulsion d'acteurs locaux médico-sociaux, qui ont progressivement intégré d'autres acteurs référents dans la prise en charge de l'obésité infantile : rencontre à la Possession du projet de Maison de Santé Pluridisciplinaire et du CCAS

Création du COPIL à l'initiative d'une part du projet de MSP par le Dr P., ayant pour vocation d'être une structure de 1^{er} et de 2^e recours, de coordination et d'éducation thérapeutique, et du CCAS d'autre part, suite au constat de l'existence de nombreuses dynamiques disparates sur le secteur de la Possession concernant l'obésité infantile. Le but initial du COPIL étant la réalisation d'un état des lieux des différentes actions menées, en vue d'une coordination de ces actions, et d'une co-construction.

E2 : Dans le cadre de mon installation, je veux créer une maison de santé pluriprofessionnelle, avec un projet autour de l'obésité infantile avec de la coordination et de l'éducation thérapeutique. Dans ce contexte, on voulait faire de la MSP un lieu de premier recours, mais aussi un lieu de second recours pour les médecins du secteur, pour les familles du secteur qui éprouveraient des difficultés dans la prise en charge de l'obésité infantile. Donc dans ce contexte, on a commencé à discuter de tout ça avec la mairie pour savoir quels partenariats on pourrait mettre en place. Et en discutant avec le CCAS, avec Mme M. avec d'autres acteurs, avec RP 974 et Réunir avec qui j'avais envie de travailler de manière plus étroite, il s'est avéré qu'il y avait déjà une dynamique qui se créait au niveau de la Possession, mais que cette dynamique était disparate. Donc l'objectif du COPIL, c'était de rassembler toutes les forces qui existaient à la Possession pour savoir où on allait, comment on allait travailler ensemble, jusqu'où on pouvait aller, et ce qu'on pouvait mettre en place. Donc le COPIL avait pour but initial de répertorier les différentes actions qu'il y avait afin de mettre en relation les acteurs puisqu'il n'y avait pas du tout de coordination entre les acteurs. Et c'est dans ce sens qu'on a mis en place le COPIL.

E7 : Et du coup, au fur et à mesure en cherchant un lieu pour notre maison de santé, on s'est rapproché de la commune de la Possession et avec les personnes qu'on a rencontré à la commune de la possession, au fur et à mesure des réunions, on a monté ce COPIL, parce qu'on s'est rendu compte que dès qu'on touche à l'enfant, il faut être coordonné au sein de l'enfant, donc tous les acteurs au sein de l'enfant

doivent être présents, c'est-à-dire les écoles, les médecins, infirmières scolaires... donc voilà pourquoi je suis dans le COPIL sur l'obésité infantile à la Possession

E9 : En fait je crois que ce COPIL il est né de la volonté de Mme M. en l'occurrence et du Dr P. aussi de monter quelque chose sur la Possession, et lors de la première réunion, je crois que ça s'est fait « à l'arrache » si on peut dire ça comme ça, en contactant les gens qui étaient connus de ces personnes-là, et nous on n'y était pas dans cette première réunion, puis après les gens parlent entre eux, et se demandent « qui c'est qu'on a oublié ? qui est-ce qu'on pourrait inviter ? », et je suppose que c'est comme ça que notre nom a été cité, et on a été convié à la deuxième. Et puis on a continué à être présent à toutes les autres réunions.

Renforcement des partenariats à la fois sociaux et médicaux, autour d'une réflexion commune sur l'obésité infantile, mue par des aspirations et des volontés similaires, malgré les origines professionnelles multiples, notamment après avoir réalisé que la prise en charge de l'obésité infantile peut être améliorée.

E6 : Ce qui est intéressant dans cette dynamique, c'est qu'on a autant le côté social que le côté médical, puisque dans ces rencontres, on a plusieurs partenaires. Et l'atout qu'on a, c'est effectivement ce partenariat qui se renforce d'années en années, mais la force qu'on a sur cette thématique-là, c'est que, pour ne pas la citer, le Dr P., qui est effectivement un jeune médecin dynamique, nous avait convié à l'époque sur un projet de maison de santé pluri professionnel, à l'époque c'était sur la Rivière des Galets si mes souvenirs sont bons. Je me rappelle on avait été convié à comprendre ce que c'était qu'une MSP. Et de là on a eu un partenariat avec elle pour le cabinet médical de Dos d'Ane, puis on a appris à bien se connaître, c'est aussi ça le partenariat, et c'est là qu'on voit qu'elle a effectivement des sensibilités sur telles ou telles thématiques, et c'est entre professionnels qu'on l'a convié sur ces réflexions de prévention en milieu scolaire, et elle est un partenaire incontournable dans la conduite des réflexions. Donc là je parlais de professionnels sociaux, là effectivement, on a eu l'infirmière d'un des collèges de la Possession, bon vous allez me dire c'est pas des travailleurs sociaux mais plutôt du médical, on a eu la PMI, qui est dans la boucle, et effectivement cette histoire d'obésité infantile, c'est effectivement un axe même si c'est abordé dans le parcours de l'enfant, il y a encore des choses à ficeler, notamment sur la fameuse courbe, on s'aperçoit que toutes les courbes ne sont pas remplies comme elles devraient être remplies et c'est vrai que dès lors qu'il y a un écart en haut en bas sur cette fameuse courbe, le parcours il est plus ou moins connu par tous, les professionnels notamment, il y a moyen justement de prévenir ces risques liés à l'obésité infantile.

c) Les acteurs de terrains invités à participer au COPIL sont d'horizons différents, mais ont un rôle clé dans la prise en charge de l'obésité infantile, et pour la plupart, une expérience dans le partenariat.

(1) Des acteurs de terrains avec une expérience professionnelle autour l'enfance, de la santé, de la nutrition

E3 : Par le biais du Dr P., par le biais de l'Office Municipal des Sport (O.M.S) de la Possession avec qui je travaille régulièrement. Ils m'avaient informé qu'il y avait ce projet qui se mettait en place à la Possession, est ce que j'étais intéressé à venir assister à des réunions d'échange sur la thématique. J'ai dit, « bah oui ! C'a m'intéresse fortement ! », Donc je suis allé avec eux à ces réunions là

E4 : Je travaille avec le Réseau Pédiatrique 974, anciennement REPOP, donc je suis beaucoup d'enfant dans ce genre de réseaux

E5 : Oui alors on a beaucoup travaillé, nous les infirmières scolaires avec le REPOP parce qu'on a été pas mal formée. Donc c'est vrai qu'on travaille beaucoup avec le REPOP, et donc quand on fait du dépistage et qu'il y a un problème de poids, parce qu'après on n'est pas dans l'annonce diagnostique nous hein, on soulève un problème, et on essaye d'en parler aux parents et on essaye de l'orienter par rapport à ça. Donc qu'il soit en surpoids, ou en obésité stade 1 ou stade 2, c'est pas à nous de poser un diagnostic et de faire une annonce diagnostique, c'est de recevoir la famille et de la voir en lui disant qu'on est inquiet par rapport à ça, souvent on se base sur la courbe de croissance et on leur explique que vous voyez ils doivent être là-dedans, ils n'y sont pas, ce qu'on peut vous proposer c'est de vous orienter vers votre médecin traitant, avec une lettre pour le REPOP. Donc c'est un peu moi ce système que j'ai sur ce secteur de la Possession depuis quelques années. C'est circuit médecin traitant REPOP, et le REPOP en général, quand il y a une prise en charge, nous informe par courrier ou par mail en nous disant voilà, j'ai reçu tel ou tel élève

E7 : Je suis M. L, masseur kinésithérapeute à la Possession, et comme spécialité, je suis kinésithérapeute du sport, et j'ai un DU en nutrition, micro nutrition. Et après j'interviens chez les jeunes du CREPS à St Denis

E8 : Oui je suis Pédiatre, médecin coordinateur au RP 974 pour la partie surpoids et l'obésité, et l'autre mi-temps je suis pédiatre à l'hôpital d'enfant

E8 : J'ai une surspécialité en nutrition, de manière générale, et à l'hôpital d'enfant je travaille pas du tout sur la partie obésité, mais plutôt sur la dénutrition et la prise en charge nutritionnelle.

(2) Des acteurs de terrains qui ont souvent déjà eu une expérience de travail en partenariat

Des rôles de coordinateurs de réseaux, dont la mission est la prise en charge de l'obésité infantile.

E1 : Je pense que j'ai été sollicité par le Dr P. je crois. Qui voulait heu... mon regard par rapport à la prise en charge de l'obésité infantile, et j'étais médecin coordinateur de REUNIR donc ça allait tout à fait dans mes fonctions, donc voilà. Dans ma fonction de coordinateur médical dans l'association REUNIR.

E8 : Nous avons été invités en tant que RP 974. Ensuite le RP 974 anciennement REPOP est connu à La Réunion puisqu'il existe depuis 2006 comme étant un des acteurs du dépistage et de la prise en charge du surpoids et de l'obésité

de l'enfant. [...] enfin comme REUNIR, comme l'hôpital d'enfant, voilà, on est des acteurs connus dans la prise en charge de l'obésité infantile à La Réunion.

E8 : Oui je suis Pédiatre, médecin coordinateur au RP 974 pour la partie surpoids et l'obésité, et l'autre mi-temps je suis pédiatre à l'hôpital d'enfant

E9 : Moi je viens d'un tout autre milieu, je viens de la communication, et donc voilà, je suis directeur, organisateur, animateur, gestionnaire de ce réseau.

E9 : Ensuite il a fallu le mettre en place sur le terrain ce réseau, et donc j'ai été recruté pour ça, pour trouver un local, pour trouver du personnel, pour commencer à mettre en place les formations, le suivi des patients, et il se trouve que la personne qui avait été chargée par l'équipe dirigeante de l'association de recruter un directeur me connaissait, connaissait mon parcours, donc me l'a proposée

De multiples partenariats ou liens préexistants, facilitateurs de mobilisation pour le COPIL.

E3 : Et depuis ça, donc on travaille un peu sur divers projets sur la ville du Port, et là entre-autre, on s'oriente depuis 1, non 2 ans même, fortement sur le lien entre sport/santé/bien-être.

E3 : Directeur de l'Office Municipal des Sport de la ville du Port, Office municipal qui est une structure associative loi 1901 qui pour vocation de gérer toute la politique d'animations sportive sur la ville du Port, avec un contrat d'objectif et de moyen signé avec la mairie du Port

E4 : A chaque fois j'y suis convié et j'interviens en tant que médecin membre du RP 974 pour apporter mon expérience en fait, mais là il y a tous les acteurs départementaux de l'enseignement national, tout le monde est là en fait, et les élus aussi, parfois il y a des élus qui sont là aussi, pour essayer de prendre des bonnes décisions sur le devenir de ces enfants-là en surpoids !

E4 : Ça devait être une invitation de Mme M., parce qu'elle était patiente ici à un moment, donc elle me connaissait.

(3) Mme M., représentante du CCAS est considérée par les acteurs comme la porteuse et l'organisatrice du projet, avec le Dr P., sa cofondatrice.

E2 : Moi j'ai rejoint le COPIL puisque je suis à l'initiative du COPIL, donc c'est moi qui l'ai mis en place en concertation avec le CCAS via Mme M.

E4 : Dr P. s'en occupe très très bien aussi elle est très motivée aussi pour ça et elle a un sacré rôle à jouer dedans. Elle a un rôle de meneur aussi dans tout ça.

Un rôle d'animatrice du COPIL, comme facilitateur de maillage des différents réseaux de partenaires travaillant autour de la réflexion sur l'obésité infantile, afin d'aborder ce sujet de la façon la plus globale possible.

E6 : L'idée pour moi c'est de faire se rencontrer ces différents partenaires, et si le réseau n'est pas suffisamment élargi par rapport à la spécificité de la thématique, c'est justement de profiter des réseaux respectifs des uns et des autres faisant parti du groupe de travail, pour justement élargir ce groupe de réflexion.

(4) Certains médecins se positionnent comme observateur et consultant, présent pour assouvir une soif de connaissance, mais sans vocation d'intervention dans une thématique jugée d'ordre politique.

E4 : Moi je les écoute surtout, je suis surtout là pour les écouter, je ne suis pas là non plus pour intervenir à chaque fois. J'essaie de voir ce qu'ils font.

E4 : Moi je suis là, et je prends la parole quand je dois apporter mon avis sur le réseau pédiatrique ou la prise en charge des surpoids, le risque à l'âge adulte etc... Mais ça à la rigueur, ils s'en fichent, c'est pas ça qui les intéresse. C'est ce qu'il faut faire pour changer les habitudes alimentaires.

E4 : Après ça me dépasse, c'est plus mon rôle de médecin

E4 : La connaissance là elle quitte le domaine médical, c'est le domaine administratif ou politique, c'est plus mon domaine, j'ai pas le temps pour m'occuper de ça non plus, non non ! Moi ce que je veux c'est que je rende service, voir l'apport que je peux donner sur le réseau et sur la prise en charge des enfants en surpoids c'est tout, ça s'arrête là mon but.

3. Le COFIL, tremplin d'une co-construction

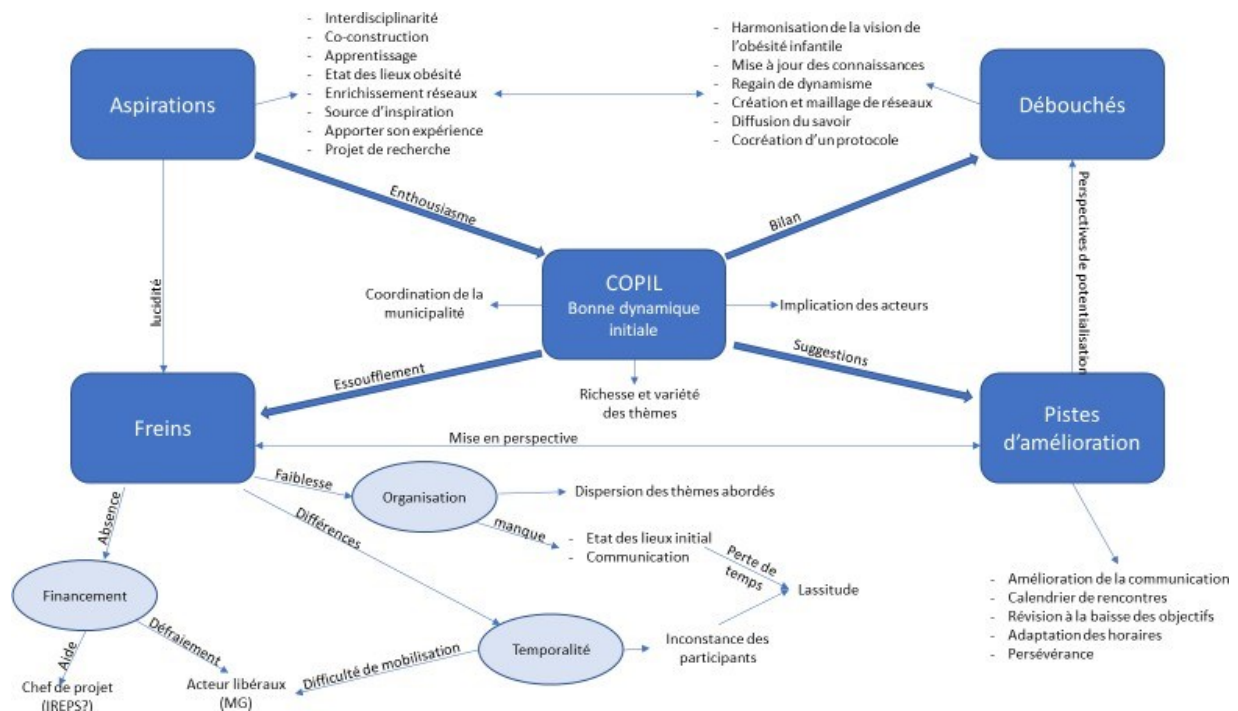


Schéma 3 : le vécu du COFIL par les acteurs

a) Les aspirations vis-à-vis du COFIL sont enthousiastes, avec la perspective d'un travail interdisciplinaire

(1) Le COPIL est lieu d'échange, de convivialité et d'apprentissage, dans une logique d'interdisciplinarité

Enthousiasme de participer à une dynamique de rassemblement, de rencontre, et de discussion entre co-acteurs de terrains d'univers différents, dans une logique d'interdisciplinarité. Ce lieu d'échange sur un pied d'égalité rend possible la découverte du point de vue d'autres professionnels vis-à-vis de l'obésité infantile.

E1 : Je n'avais pas d'espoir particulier, je voulais voir ce qui s'y passait, je trouvais que c'était une dynamique assez intéressante, notamment de mettre autour d'une table des professionnels de santé, mais aussi des représentants de la mairie, des représentants de financeurs potentiels, des représentants de l'Education Nationale, d'univers divers, et je pense que c'est comme ça qu'on avance sur les projets. Donc, je trouvais ça intéressant.

E1 : Je connaissais peut-être un quart des personnes, mais sinon j'ai rencontré des infirmières, des gens qui étaient sur l'activité physique adaptée, d'autres médecins, des gens de l'Education Nationale, des médecins de l'Education Nationale, et la coordinatrice du COPIL...

E1 : Les gens sont à l'écoute, et sont là pour échanger, donc peu importe si on les connaît ou si on ne les connaît pas.

E3 : Une bonne dynamique d'ouverture et d'échange

E4 : Je savais pas trop à quoi m'attendre finalement, moi j'y suis allé par intérêt parce que je m'intéresse beaucoup à la prise en charge des enfants en surpoids sur la Possession et le Port, enfin partout, je me suis dit ça peut être un peu ce que pensent les autres ou les politiques ou les scolaires, ou les administratifs de manière générale, donc j'y suis allé aussi par intérêt personnel.

E7 : Je connaissais certaines personnes, surtout du corps médical, et Mme M. qui coordonne les réunions et les organise, mais après, tout le côté éducation nationale je ne les connaissais pas.

E7 : Dans le COPIL on laisse la parole à tout le monde, il y a un bon échange qui se fait, et au fur à mesure on fait avancer.

Il permet de prendre conscience des différences de langage selon l'origine professionnelle des acteurs.

E6 : « Du patient », entre guillemet, c'est un peu du jargon médical, c'est vrai que du côté social on parle plutôt « d'usagers » ou de « bénéficiaires »

Ce projet innovant est aussi inscrit dans le cadre d'un projet de recherche.

E2 : Parce que moi le projet il est écrit dans un contexte de recherche puisque c'est aussi mon projet de recherche pour le département de médecine générale dans le cadre de mon clinicat de médecin générale.

(2) C'est l'occasion de faire un état des lieux du problème de l'obésité infantile sur la commune

La recherche des différents regards sur l'obésité infantile permettrait d'élargir ses connaissances et de déterminer une multiplicité de leviers et de freins pour

sa prise en charge. Autrement dit, plus de portes d'entrées sur cette problématique pour plus de flexibilité.

E1 : La sensibilisation des professionnels de l'enfance, et heu... et la problématique financière, et derrière administrative aussi, donc tout était réuni en fait pour aborder toutes les problématiques qui pourraient être des freins à la prise en charge de l'obésité infantile.

E7 : Le but de ça c'est d'avoir l'avis et la vision de tout un chacun qui satellite autour de l'enfant. Ça permet d'avoir différents leviers pour pouvoir aider l'enfant et sa famille à sortir de cette obésité.

E8 : C'est toujours très intéressant de rencontrer d'autres acteurs, de voir le côté CCAS de la Possession et toute cette dynamique qui peut se mettre en place au niveau d'une municipalité, d'être un peu au courant des actions... Il y a des intervenants qui ont pu nous faire part de leurs actions, de leur formations... Voilà, ça permet de savoir ce qui se fait chez les autres et de pas rester dans son coin, et d'avoir une vision plus globale de toutes ces actions de prévention...

(3) Occasion aussi de renforcer des liens préexistants, de mailler les réseaux, pour potentialiser les possibilités de travail

E3 : [Connaître d'autres participants] ça facilitait les échanges, et ça a même permis d'approfondir certaines connaissances. Parce que parfois on connaît une personne, mais on connaît que grossièrement ce qu'elle fait. Et c'est vrai que le fait de pouvoir échanger en aparté après en prenant un café avec la personne on s'aperçoit que cette personne elle a ça comme mission, maie en fait elle travaille aussi dans telle association bénévolement ou autre etc... Donc c'est vrai qu'on apprend à mieux connaître les gens, et ça renforce des liens.

E6 : Je connaissais l'existence du Réseau Pédiatrique 974, mais ça m'a permis de les mettre autour de la table. Vous voyez ce que je veux, dire ? Oui, nous on a l'habitude de travailler avec certains acteurs, et le fait d'intégrer ces acteurs, ces acteurs ont eux aussi leurs propres réseaux, et quand on fait un maillage de ces différents réseaux sur un thématique commune, ça donne une force de travail assez énorme !

Les réseaux étant un ensemble de personnes dans leur individualité avec leurs propres sensibilités et affinités, les rencontres physiques entre acteurs sont facilitatrices de l'initiation de ces réseaux, car elles approfondissent les relations et donc les partenariats.

E6 : Mais on sait bien qu'activer un réseau quand on est présent physiquement, c'est beaucoup plus simple qu'activer un réseau sur papier. D'ailleurs moi je le dis assez clairement, ces histoires de réseaux, pour moi c'est avant tout une histoire de personnes. Ce que je mets par personne, c'est que quand je rencontre physiquement la personne, et bien j'ai effectivement plus de facilité à l'interpeler. Je l'ai rencontrée dans tel ou tel contexte, elle a telle ou telle compétence, tel ou tel réseau, je sais qu'elle je peux l'activer au moment où j'en aurai besoin. C'est vrai que si je devais voir son nom avec ses compétences, avoir les mêmes infos sur papier, ça ne remplace jamais le contact qu'on peut avoir avec la personne.

E6 : C'est pour ça que je parle de « personnat » , mais on peut aller au-delà du projet obésité infantile, c'est-à-dire que vous veniez de le dire, si la personne, personnellement, pourtant elle porte une casquette professionnelle, si elle, elle voit l'intérêt, elle a cette sensibilité, alors le partenariat il va se faire. Alors que dans la définition même du partenariat, normalement la personne elle est censée porter une structure, un statut ou une profession. Mais souvent quand on vient dans ces types de partenariat, si le partenariat il est investi, s'il est réussi, c'est parce qu'il y a bien une personne qui intervient après au titre de, mais il y a bien une personne qui est intervenue. Voilà c'est pour ça que je parle de « personnat » parfois. Si vraiment le contact se fait, se fait pas, j'ai cette sensibilité, pas cette sensibilité.

La richesse d'un réseau permet une plus grande réactivité à l'action et une facilité d'accessibilité en cas de diagnostic d'obésité infantile, tout en permettant une flexibilité de la prise en charge, coordonnée autour de l'enfant et de sa famille, en fonction de ses besoins et de ses souhaits, dans une logique de développement social local réactif.

E6 : Prendre le temps de départ pour faire le bon diagnostic, il y a aussi la mise en réseau, c'est-à-dire que lorsqu'il y a effectivement des indicateurs, des paramètres qui sont effectivement pointés, et qui disent cet enfant, le terrain est favorable pour ça, pour cette histoire d'obésité, quel est le lien que je peux faire avec le médecin scolaire, avec l'IDE, avec le Réseau Pédiatrique, etc. Et donc finalement, tout s'active autour. Et c'est pour ça que je parlais de développement social local, parce finalement, l'enfant est au cœur, et l'idée c'est faire qu'il y ait un certain nombre d'acteur qui se coordonne autour du bien-être et de la santé de l'enfant, et en faisant en sorte que cet enfant-là reste quand même acteur de sa santé, même si c'est un enfant.

(4) Le COPIL pourrait-être une source d'inspiration pour la création de nouveaux réseaux, et pourrait permettre d'impulser une dynamique de groupe autour de l'obésité infantile

E3 : Bah profiter pour commencer du réseau de partenaires qui étaient présents sur ces rencontres, et peut être m'inspirer ensuite du projet de la Possession, pour voir comment faire le lien avec la ville du Port, parce que Port - Possession on n'est pas très loin.

E6 : Ce qui est intéressant, voire même très intéressant, c'est qu'à un moment s'est impulsée finalement la dynamique autour de cette réflexion-là, et de voir que les partenaires prennent leur place, sur une des réunions, sur deux je crois, ça a été coanimés par d'autres professionnels que moi. Je pense au Dr P., mais il y a eu d'autres animateurs de séances de travail.

(5) Espoir de voir se coconstruire une action synergique autour d'un but commun, malgré les difficultés inévitables prévisibles

Vision positive d'un but commun des acteurs de différents horizons, pour faire évoluer la situation de l'obésité infantile à la Possession et être utile pour la population, avec une confiance dans l'efficacité de cette volonté collective de travail synergique, malgré les difficultés envisagées, notamment sur le plan financier.

E3 : Quelque chose de positif, parce que j'avais l'impression que toutes les personnes qui étaient autour de la table voulaient faire en sorte que les choses réussissent et que les choses évoluent. Et une volonté collective de se tirer tous dans le même sens, je pense que ça ne peut qu'apporter quelque chose de bien au bout. Même si ça peut prendre du temps, même si le financier manque. Parce que mine de rien quel que soit l'action qu'on va mettre en place, il va falloir du financement, pour mettre une activité en place, pour mettre des interventions de médecins en place ou autre, un suivi, il faut du financier. C'est vrai que là-dessus, malgré ces difficultés-là, tout le monde était d'accord pour dire qu'il faut agir. Pour mettre ensemble, pour voir comment on peut arriver à faire quelque chose qui tienne la route et qui puisse aller dans le bon sens, et de manière positive. Pour faire évoluer, et aider la population Réunionnaise. Et c'est vrai que là-dessus, je trouvais que c'était très positif et très enrichissant. Et c'est vrai que chaque fois qu'on interpellait quelqu'un sur une action ou autre, les gens répondaient présent.

E9 : Depuis toujours, depuis que je suis à la direction de ce réseau, j'ai constaté qu'il y avait pleins d'actions que les uns et les autres menaient de leur côté, et je me suis toujours dit, c'est dommage qu'il n'y ait pas une synergie, qu'il n'y ait pas une volonté pour l'ensemble des acteurs de créer quelque chose, de monter un projet qui aille dans le même sens. Alors nous on est dans la coordination, on n'est pas justement dans cette structuration de projet, et là, pour la première fois, il y avait une initiative sur un territoire, sur une problématique, de fédérer l'ensemble des acteurs, pour voir comment il était possible avec l'ensemble des acteurs, de mettre en place quelque chose. Donc moi j'attendais ça. Je me disais c'est une initiative qui doit permettre d'aller dans ce sens, avec toutes les difficultés qu'on peut imaginer hein, c'est jamais très facile de faire travailler tout le monde ensemble, chacun aillant ses habitudes, son pré carré, ses contraintes, ses difficultés, voilà, c'est pas évident de faire bosser les gens ensemble, mais malgré tout, cette idée-là de vouloir lancer quelque chose, de relier les gens. J'attendais ça, je voulais voir comment ça allait pouvoir se mettre en place.

(6) Volonté d'apporter son expérience de terrain dans ce projet de co-construction

E5 : Eh bien, d'avoir un autre diagnostic en fonction de chaque école et en fonction des secteurs, dire déjà les constats qu'on avait, qu'est-ce qu'on faisait déjà, et qu'est-ce qu'on pouvait attendre de la coordination sur certaines choses. [...] Donc c'est vrai que par exemple voilà, apporter cette expérience de dire « il y a ça qui fonctionne » à la mairie, est ce que vous pouvez vous mettre en lien avec telle ou telle personne pour essayer de calquer sur certains modèles. [...] Enfin des choses comme ça. Apporter l'expérience sur des choses comme ça pour tourner un regard un peu plus large sur pas forcément un établissement, mais sur un secteur

E7 : Bon le thème de l'alimentation a été abordé mais je pense que c'est un thème qui aurait besoin d'être réitéré en fait. Parce que l'alimentation on l'a abordé c'est bien par l'intermédiaire de l'Education Nationale, comment on pourrait mettre en place au sein des cantines une meilleure alimentation pour les enfants, mais il faudrait peut-être aborder, mais l'alimentation devrait être préventive aussi au sein des familles.

b) Une organisation relativement satisfaisante

(1) Bonne organisation, grâce à la coordination de la municipalité, représentée par Mme M.

Admiration de la création d'un réseau animé par un agent de la Mairie, afin de d'assurer une coordination et une dynamique de réunion permettant l'émergence de projets, dans une situation où sans cet agent, la rencontre des différents acteurs serait difficile, de par leurs propres obligations professionnelles.

E3 : Je pense que pour l'organisation ce qui était bien, c'est qu'il y avait la mairie de la Possession, un service, une personne, dédié en tant qu'animateur de ce COPIL. Là aujourd'hui on n'y est pas encore sur la ville du Port. Nous pour l'instant dans notre ville on n'a encore personne qui prend cette mission d'être référent, qui permet de contacter et créer le réseau, et animer après ce réseau. Parce que la difficulté dans un réseau, c'est qu'il y a tellement d'intervenants, et tous pris par leur mission première professionnelle, que quelque fois on a un peu de mal à se rendre disponible à des moments bien précis pour pouvoir échanger avec d'autres partenaires. Le fait qu'il y ait eu à un moment à la Possession cette volonté-là de créer cette dynamique de réunions, ça a fait émerger des projets

E4 : C'est assez bien fait, c'est assez rigoureux, Mme M. prend bien ça en mains aussi, l'organisation est bien faite et c'est très rigoureux au niveau du timing, ça commence à l'heure, ça finit à l'heure, il n'y a pas de problème, il y a un ordre du jour, il y a une conclusion à la fin, les notes sont bien prises aussi... non, au niveau de l'organisation c'est super !

(2) Variété et richesse des thèmes abordés

Les thèmes abordés sont riches et variés, grâce à une approche globale et pluridisciplinaire. En raison de l'absence de règles préétablies sur les missions du COPIL, et la multiplicité des origines professionnelles de ceux qui y participent, les possibilités discussions sont multiples et étendues.

E1 : C'était des thèmes de prévention, dépistage, c'était systématique et global, et heu... c'était intéressant.

E2 : Qu'ils ont été très intéressants, qu'ils ont été divers, et qu'on a pu se compléter les uns des autres, c'est-à-dire qu'on a pu aborder les thèmes de l'obésité infantile sous différents aspects, que ce soit en termes de prise en charge médicale, de prise en charge éducative, d'information à la crèche, d'éducation thérapeutique, de prise en charge au collège,

E3 : Je trouve que les thèmes abordés lors du COPIL c'étaient des thèmes très intéressants puis que l'aspect diététique, par exemple l'aspect des repas au niveau des cantines scolaires c'est quelque chose d'important à prendre en considération, il y avait aussi les visites médicales... Tous ces thèmes là à mon avis sont intéressants.

E7 : Après est ce que c'est le but du COPIL... enfin oui ! Comme il y a différentes personnes qui peuvent donner différents avis, ça peut aider à faire sortir certaines idées de ça.

Certains thèmes sont cependant jugés futiles et sans réelle impact par rapport aux réalités de terrain.

E4 : Et souvent les gens ce qu'ils disent, les IDE scolaires ou les médecins scolaires, ils parlent de l'alimentation à l'école, de la cantine, mais ça ne représente que 4 jours par semaine, 4 repas sur 14 repas que représentent la semaine du lundi au dimanche, 2 repas par jour sur 7 jours ça fait 14, et il n'y a que 4 pauvres repas qui sont pris à la cantine ! Donc faut pas rêver c'est pas ça qui fait grossir les enfants ! Donc ils sont en train de se prendre la tête sur la médecine scolaire, sur la restauration scolaire etc, mais ça n'a pas de sens, le problème il n'est pas là ! Le problème c'est la famille ! et la famille même parfois quand ils sont

E4 : Moi je les écoute surtout, je suis surtout là pour les écouter, je ne suis pas là non plus pour intervenir à chaque fois. J'essaie de voir ce qu'ils font, mais finalement je me rends compte que c'est tout le temps la même chose, ils parlent tout le temps de la cantine scolaire etc, mais le problème il est pas... je leur ai dit une fois. Je leur ai dit « 4 repas sur 14, est ce que c'est vraiment important de se prendre la tête là-dessus ». Alors qu'ils sont suivis à la cantine, les rations sont décidées, ils ne font pas d'écarts énormes, il n'y a pas de problème. Après c'est le problème des enfants qui vont au camion bar etc, qui prennent n'importe quoi. Après ça c'est une autre histoire.

(3) Bonne dynamique de groupe avec acteurs impliqués

Sentiment d'un bon dynamisme de groupe, avec une organisation intéressante, des acteurs investis, et une bonne communication.

Existence systématique d'un ordre du jour, afin de préparer les participants à la réunion et qu'ils aient la possibilité de se documenter en amont.

E3 : Sur le plan de l'organisation moi j'ai trouvé que les gens étaient très présents, sur ce projet là en particulier, obésité infantile.

E6 : Oui, à chaque fois il y a des ordres du jour... Oui, on essayait de mettre des ordres du jour, parce que oui, c'est vrai que quand on invite les partenaires, l'idée c'est qu'ils savent pourquoi ils sont là, parce que parfois ils peuvent ramener de la documentation.... Et ça permet de conforter, tout simplement le sens qu'on met dans ces groupes de travail. On travaille pour quoi, est ce qu'il y a lieu de travailler sur ces thématiques, les fameux diagnostics en amont de la mise en place d'un projet.

E7 : Non, l'organisation elle est plutôt intéressante moi je trouve. Déjà, comme je le disais tout à l'heure, le fait qu'il y ait plusieurs acteurs, et après chaque réunion on a un compte rendu, on sait quand est-ce qu'on va se revoir... Le but c'est de créer un protocole, et il commence à se construire.

E8 : Il y avait du monde autours de la table, il y avait souvent tous les acteurs.

c) *Essoufflement du dynamisme initial*

Le manque de disponibilité des porteurs du projet, et l'absence totale de financement ont amené à un essoufflement du dynamisme initial. Un financement permettrait le recrutement de coordinateurs externes tels que l'Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé (IREPS), ainsi qu'une reconnaissance financière des travailleurs libéraux attachés au projet, et qui pour l'instant sont déficitaire dans leur participation.

(1) Bonne dynamique initiale progressivement essoufflée

E2 : Au début il y avait une bonne dynamique, il y avait des réunions assez fréquentes, alors assez fréquentes ça veut dire tous les 2 mois avec des réunions entre les COPIL, donc c'était intéressant parce qu'on avançait, on pouvait mettre des choses en place, il y avait une belle dynamique qui s'est créée, mais après cette dynamique s'est essoufflée.

E2 : Mais c'est vrai qu'il y avait une telle émulation au début qu'on avait envie de faire beaucoup de choses.

E5 : Mais bon au départ je trouvais que la fréquence était pas mal jusqu'à la déperdition, là. Il y a eu un petit moment de flottement, et c'est vrai que pour moi c'est... Je sais pas ce qu'il en est quoi. Je sais même pas s'il existe encore le projet ! c'est pour ça vous m'avez appelée je me suis dit tiens, c'est bien c'est intéressant, on va voir où ça en est, comment ça se profile.

(2) On regrette l'absence d'un état des lieux initial de chaque secteur, responsable d'une perte de temps.

Malgré une bonne volonté, le manque d'un état des lieux de la situation sur le secteur pour connaître les réalités du terrain dans chaque discipline, ainsi qu'une recherche de financement, préalable au lancement du COPIL, ne permet pas de débiter sur des bases concrètes. Il en résulte une perte de temps et d'énergie, affaiblissant les fondements du projet.

E5 : Eh bien la première fois... Déjà qu'il y ait un petit peu des choses de posées, c'est-à-dire avoir, bon c'est des choses qu'on a travaillé après, mais que la mairie ait déjà dire quelles associations étaient existantes sur le secteur, qu'est ce qui existait déjà en matière de suivi, des choses comme ça.

[...] Dr P., j'attendais qu'elle expose qu'est-ce qu'elle attendait et qu'est ce qui allait se faire dans cette maison de santé, voilà

E5 : Mais du coup elle (Dr P) manquait de choses, vous me demandiez ce qui manquait. Elle est venu, à la base elle a pas fait d'enquête justement sur les chiffres et tout ça, elle aurait pu voir les médecins scolaire et entre collègues discuter, aller voir le financement, comment est-ce que je peux financer certaines choses, et puis apporter des choses, pour que ça apporte un dynamisme, et pour que les gens qui sont là ne perdent pas trop temps, on a blablaté pendant des heures à certaines réunions sans que ça avance ! alors je dis pas, sur une il faut, mais sur 2 ou 3 à un moment les gens ils se fatiguent et ils n'ont plus envie. Elle aurait dû apporter déjà des

éléments, « bah voilà, j'ai fait ça ça ça, je connais déjà les chiffres, j'ai déjà étudié mon sujet ». Mais pas « oui je suis contente j'ai envie de faire ça », C'est super, c'est très bien, mais je pense qu'avec l'expérience elle va s'organiser différemment sur ses autres projets, mais c'est vrai que du coup ça manquait de consistance sur la base pour lancer le projet.

E8 : Après, mais c'est une critique que je ferais à pas mal de réunions actuellement, c'est qu'on est beaucoup sur de la co-construction, alors c'est très bien en soi, mais des fois, surtout quand il y a beaucoup de monde comme là autour de la table, je trouvais que... Comment dire... Je trouvais qu'il n'y avait peut-être pas assez de réflexion en amont qui aurait permis de poser les choses sur vraiment une bonne connaissance du terrain, sur déjà ce qui se passait, et du coup ça faisait qu'on arrivait avec peu de base de travail. Et du coup par moment ça part un peu dans tous les sens parce que chacun apporte des choses, mais surtout, il y a une fois où il n'y avait pas médecin et IDE de l'Education Nationale, donc il manquait beaucoup d'élément, et on parlait sur des choses sans savoir ce qui se passait et sans savoir ce qu'ils faisaient eux déjà en pratiques

E8 : Et du coup, plusieurs fois là je me suis dit ça, je pense qu'il y aurait dû y avoir avant... Enfin qu'on devrait partir sur une base de travail et qu'il n'y ait pas tout à construire lors de ces COPIL, parce que du coup, à mon sens, je trouve qu'on perd du temps.

E8 : Eh bien par exemple, on parlait du dépistage, mais sans avoir été demandé avant à la Possession combien il y avait de médecins, combien il y avait d'IDE, combien ils dépistaient d'enfants, à quels endroits, sans qu'on ait ces chiffres là pour partir d'un... Voilà, je pense au dépistage par exemple, et notamment je pense qu'ils n'avaient pas été invité au début, il n'y avait pas la PMI non plus, donc ça veut dire qu'il manquait des éléments si on parle du dépistage. Voilà, qu'est ce qui se passe à la Possession en vrai, avant de réfléchir ensemble à qu'est-ce qu'on pourrait améliorer, alors qu'on ne sait pas ce qui se passe. Voilà. On peut dire, « ah c'est vrai que ce serait bien de dépister tout le monde et après on fait ça », mais en vrai qu'est ce qui se passe à l'heure actuelle ?

E8 : Mais je veux dire franchement c'est dommage de réunir pleins de gens autour de la table, d'avoir une discussion, mais sans avoir des bases avant.

E9 : Parce qu'on a eu un rassemblement de personnes. Mais on a eu, UN médecin scolaire, UNE infirmière scolaire, UN médecin généraliste, UNE responsable de crèche je crois. Bon voilà, un, UN représentant. Il parle pour lui, ou il parle pour tout le monde ? je ne sais pas. Je n'ai pas l'impression, le médecin scolaire par exemple, elle parlait de son expérience à elle, mais est-ce que c'est le vécu de tous les médecins qui travaillent sur la commune de la Possession ? J'en sais rien, je sais pas. La PMI je ne me souviens pas l'avoir vue, c'est dommage. Bon voilà, c'est compliqué. On se rend compte que c'est très compliqué, d'avoir des représentants comme ça, puis d'imaginer que derrière ça va pouvoir redescendre. C'est pas trop comme ça que ça se passe je pense, pour mobiliser les gens, il faut être plus encore sur le terrain. Je pense.

E9 : Avant de penser à vouloir rassembler tout le monde, peut-être qu'il faut travailler professionnel par professionnel, et peut être qu'il aurait fallu avoir toute l'Education Nationale sur la Possession, tous les médecins, toutes les infirmières, pour voir comment ça ce passe, qu'est ce qui se passe, où c'est qu'il y a des manques,

quels sont les problèmes rencontrés, est ce que le dépistage, l'orientation, la prévention sont gérés correctement, comment ça se passe avec toute la PMI ? Vous voyez ce que je veux dire ? Alors qu'on avait l'impression là qu'il n'y avait que des témoignages de « ah bé moi dans mon école c'est comme ça ». Oui dans ton école c'est comme ça, mais dans toutes les autres écoles, et dans les collèges et dans les lycées, c'est comment ? Il manquait des éléments. Donc peut être que mobiliser métier par métier, et puis après, une fois qu'on sait ce qui se passe dans chacun des représentants des professions, on peut prendre quelqu'un qui vient pour porter la parole, parce qu'on sait qu'il y a un état des lieux globale à la base

(3) Inconstance des participants

Inconstance préentielle des participants, probablement en lien avec leur temporalité, un défaut d'organisation ou une absence de reconnaissance financière, responsable d'une perte de temps et d'énergie, et donc d'une perte de motivation, et d'une lassitude.

E2 : C'est ça aussi. Donc c'est vrai que c'est pas facile. Et on ne connaît pas aussi le degré d'implication des personnes dans le COPIL, donc je sais pas très bien s'ils sont intéressés par ça ou pas. Disons qu'on perd un peu de motivation quand on voit que d'un COPIL à l'autre, il n'y a pas les mêmes personnes qui viennent. Ça fait perdre beaucoup d'énergie.

E2 : La difficulté pour les libéraux c'est toujours pareil c'est la difficulté à se ménager du temps, annuler des RDV, de venir sur un temps pour lequel on n'est pas forcément rémunéré, c'est pas évident pour tout le monde... Les difficultés autres, je pense à un manque d'organisation aussi, qui fait que les réunions sont moins efficaces.

(4) Saturation d'investissement de certains participants

E9 : A partir du moment où c'est l'initiative de la Possession, chacun peut apporter ses... Nous on a apporté notre pierre, on a essayé de faire je vous dis, une intervention auprès des crèches, qui a eu lieu, mais qui aurait pu donner suite à encore d'autres séances. On a mobilisé, en les contactant et en envoyant des messages, des médecins de la Possession sur le projet de prise en charge et de prévention de l'obésité en leur disant que ça existait, on a essayé de passer nos infos à l'Education Nationale, de leur faire connaître nos outils, donc voilà, on a fait ça, mais après on peut faire quoi de plus nous ? c'est compliqué !

(5) Recherche d'un chef de projet, d'un coordinateur externe pour soulager les porteurs du projet des tâches administratives

Besoin d'une aide extérieure ayant un statut de chef de projet pour les démarches administratives telles que l'organisation, la gestion du projet et la recherche de financement. Ce projet innovant étant pour l'instant géré par ses acteurs, sans expérience dans le domaine de la gestion. De par son expérience professionnelle de chef de projet et avec sa mission d'éducation à la santé,

l'IREPS serait toute désignée pour assumer ce rôle, et ainsi soulager les porteurs du projet, non qualifiés et difficilement disponible pour ce travail.

E1 : A un moment il y a eu l'IREPS qui a essayé de mettre un peu de forme dans la coordination du COPIL, qui était une forme assez intéressante.

E2 : Après en termes d'organisation, je pense que c'est important d'avoir un coordinateur vraiment référencé et qui puisse faire les liens. C'est difficile de tout faire. C'est difficile en tant que médecin généraliste de devoir tout coordonner, c'est même en fait impossible, et il me semble que ça, ça pêche au niveau du COPIL, on a mis en place les gens autour d'une table, on a travaillé, mais il n'en ressort pas beaucoup de chose, parce que ceux qui sont chargés de coordonner et de faire les actions sont débordés

E2 : Il serait peut-être intéressant pour le bon déroulé de ce projet, qu'il y ait peut-être une coordination externe et une aide à la réalisation du projet, et dans ce contexte là je pensais à l'IREPS qui pourrait nous épauler. Malheureusement pour mener à bien ces projets il nous fait des financements, et pour l'instant n'en n'a aucun. Zéro financement. C'est-à-dire que quand je participe au COPIL, quand les libéraux participent au COPIL, c'est-à-dire les médecins, les IDE ou les kinés, les acteurs de santé libéraux, ils le font gratuitement. Sur leur temps de travail. Non seulement ils ne sont pas payés, mais en plus ils perdent de l'argent. On perd de l'argent. Parce qu'on ne va pas venir au COPIL sans être payé soit, mais on perd des RDV, on perd des consultations, et on perd plusieurs journées de travail, quand même. Et c'est quelque chose qui est limitant, et qui est quelque part démoralisant.

E2 : Mais après il faut aller à la pêche aux subventions, mais j'avoue que je sais pas faire ça, et il faut avoir du temps.

E2 : On avait un peu défini le rôle de co coordination entre Mme M. et moi, et tout ça était officieux, il n'y a aucun document qui le précise noir sur blanc, ça. Ça c'est compliqué en terme d'organisation, on est peut-être pas très bon aussi. C'est vrai que c'est nouveau en termes de structuration, un peu innovant, et en termes de structuration je pense vraiment qu'il faudrait une aide extérieure pour qu'on puisse mieux se constituer, qu'on puisse mieux définir les rôles et qu'il y ait un soutien... moral de l'ARS c'est sympa, mais un soutien financier ce serait mieux quand même.

E2 : Je pense qu'il nous faudrait une coordination extérieure, je pense qu'il nous faudrait une personne qui soit habituée à mener des projets comme ça. Quand je dis ça, je pense vraiment à l'IREPS hein, je pense que l'IREPS pourrait réellement nous aider, et si ce n'est pas l'IREPS, quelqu'un qui pourrait mener des projets, il nous faudrait un chef de projet en fait ! Et moi ce rôle je peux pas l'assumer, j'ai trop d'activités, trop de casquettes différentes, pour pouvoir me consacrer à ce projet-là, qui demande plusieurs heures de travail par semaine si on veut le faire correctement.

E2 : On devrait faire un genre de carnet de bord pour pouvoir suivre tout ce qui se fait, et avoir vraiment quelqu'un qui cadre, qui synthétise, et qui communique sur les actions menées, qu'il y ait un retour à chaque fois, qui communique à chaque personnes sur les action menées, sur ce qui a été fait, ce qu'il reste à faire, ce qui n'a pas encore été fait, ce qui est en suspens, pour pouvoir avancer.

E2 : Parce que c'est leur job. Parce qu'ils ont mené beaucoup de projets, j'ai suivi un peu les différents projets qu'ils ont menés, ils ont cadré beaucoup de projets comme « sport santé bien-être », ils ont aidé un peu à cadrer ce qu'il se passe avec OIS, Océan Indien Innovation Santé, ils ont l'habitude de mener des projets, et ils sont

ultra professionnels. Voilà pourquoi l'IREPS me vient facilement à l'esprit, et leur cœur de métier c'est de la promotion et de l'éducation à la santé, ce qui est tout à fait ce qu'on essaie de mettre en place à la Possession.

(6) Le manque de communication est source de relâche du projet

E5 : Ça a été touché du doigt, après comment ça a été pris, bah pareil j'attends toujours le retour des dernières rencontres, il n'y en a pas eu, alors c'est pareil est ce qu'il y a des perdutions dans la mailing liste, je sais plus où ça en est ce projet, pffff, je sais pas.

E5 : Quasiment inexistant, le dernier compte rendu que j'ai, ça fait plus de 6 mois, et depuis j'en n'ai pas, donc du coup... c'est pareil, j'ai vu des directeurs d'école, ils ne m'ont pas interpellée non plus sur des choses à mettre en place dans les écoles, ils ne m'ont pas sollicitée sur des projets alors qu'ils auraient dû aussi être sollicités certains directeurs d'école. Mais c'est pareil, au jour d'aujourd'hui je ne sais pas... Il y avait aussi le projet d'enquête sur les grandes sections, ils voulaient des chiffres tout ça, ils voulaient se rapprocher du conseiller technique et de la médecine scolaire pour avoir des chiffres sur notre secteur, là c'est pareil, je ne sais pas s'ils les ont eu, ce qu'ils en ont fait... je sais qu'ils voulaient faire des enquêtes aussi sur certaines écoles qui étaient ciblées, c'était Jean Louis Curie le crois... mais c'est pareil, est ce qu'ils ont fait l'enquête, est ce qu'ils n'ont pas fait l'enquête ? Ils devaient demander au rectorat d'avoir un post infirmier supplémentaire à recruter pour pouvoir faire justement du dépistage. Je sais pas si ça a abouti, si ça n'a pas abouti, en tout cas je n'ai vu personne sur Jean Louis Curie j'en ai pas entendu parler, donc pareil, au niveau des écoles, il n'y a pas eu trop de mise en contact.

(7) Dispersion des thèmes abordés

Excès de thèmes, responsable de dispersion et de leur non aboutissement

E2 : Et les thèmes abordés ont été extrêmement nombreux, donc on a pu aussi se disperser. On a peut-être été trop optimistes, enfin non trop dispersés. On aurait dû peut-être se focaliser sur différents points.

E2 : Mais c'est vrai qu'il y avait une telle émulation au début qu'on avait envie de faire beaucoup de choses

E9 : J'ai trouvé cette volonté, je ne l'ai pas trouvée vraiment dans le fait. J'ai l'impression aujourd'hui qu'il y a eu des petites touches par-ci par-là, il y a eu une formation des cantinières je crois, nous on était intervenus auprès des crèches, on a essayé de transmettre à l'Education Nationale des outils que nous avons mis au point pour que les professeurs des écoles parlent à leurs élèves de ce qu'est l'alimentation, je crois pas que ça a été au bout ce truc-là, il y a eu la volonté de mobiliser les médecins, je crois pas que ça a été fait, ou en tout cas je ne suis pas au courant... Donc voilà, j'ai trouvé, mais je ne m'attendais pas non plus...

(8) Besoin de financement pour assurer la pérennité du projet

Le manque de financement est un frein au développement du projet. Il y a donc nécessité d'en obtenir, pour permettre un défraiement des acteurs libéraux, et le recrutement d'un coordinateur externe tel que l'IREPS. Il assurerait l'organisation des réunions, avec la mise en place d'un agenda avec un ordre du jour, et une communication des résumés des réunions précédentes et des actions menées. Cela éviterait une perte de temps et une lassitude des co-acteurs.

E2 : Un peu plus spécifique, on a évoqué la possibilité de mener un projet de recherche avec un dépistage à l'école, qui n'a pas pu être mené parce que voilà on n'avait pas de sous et qu'il faut bien quelqu'un qui dépiste les enfants et ça c'était compliqué, et ça ce sera à voir avec le rectorat.

E2 : Si on veut qu'il y ait une pérennité et une participation plus soutenue des participants du COPIL en tout cas pour ceux qui ne sont pas salariés, qu'il y ait au moins un défraiement. Et de points d'étapes. Ce serait bien qu'il y ait un agenda. Un agenda un peu rationnel, qu'on sache qu'à tel moment on fait telle chose, qu'il y ait une convocation, un ordre du jour, un suivi de La Réunion, une prise de note, la mise en application d'action, qu'il y ait un retour sur les actions qui ont été menées, que les actions qui ont été menées soient communiquées aux différents membres du COPIL, et, à chaque fois on avance au fur et à mesure en sachant ce qu'il s'est passé, parce que des fois on arrive au COPIL, et les gens n'ont pas été tenus au courant de ce qu'il s'est passé auparavant. Faut tout recommencer, c'est une perte de temps, et c'est fatigant.

E2 : L'IREPS est venue de manière gratuite, on n'a pas rémunéré l'IREPS pour ça, donc je peux pas non plus demander à l'IREPS sans rémunération de bosser gratuitement pour nous. Après c'est vrai qu'ils nous ont fait un soutien au niveau du projet, mais c'était complètement en dehors de toute rémunération, complètement gratuitement. Donc c'est vrai que pour la pérennité, on a besoin de sous pour finaliser tout ça quand même.

E2 : Il serait peut-être intéressant pour le bon déroulé de ce projet, qu'il y ait peut-être une coordination externe et une aide à la réalisation du projet, et dans ce contexte là je pensais à l'IREPS qui pourrait nous épauler. Malheureusement pour mener à bien ces projets il nous fait des financements, et pour l'instant n'en n'a aucun. Zéro financement. C'est-à-dire que quand je participe au COPIL, quand les libéraux participent au COPIL, c'est-à-dire les médecins, les IDE ou les kinés, les acteurs de santé libéraux, ils le font gratuitement. Sur leur temps de travail. Non seulement ils ne sont pas payés, mais en plus ils perdent de l'argent. On perd de l'argent. Parce qu'on ne va pas venir au COPIL sans être payé soit, mais on perd des RDV, on perd des consultations, et on perd plusieurs journées de travail, quand même. Et c'est quelque chose qui est limitant, et qui est quelque part démoralisant.

d) La temporalité de chacun est un facteur limitant pour le bon déroulé du COPIL : l'assiduité des acteurs est parfois difficile, responsable d'une insuffisance de résultat.

(1) Difficultés liées à la temporalité : pour la plupart, c'est un travail « à côté » donc non reconnu, sur la base du volontariat.

La différence de temporalité des différents acteurs rend difficile la mise en place des réunions, et immanquablement l'absence de certains d'entre eux. Il est difficile de concilier sa mission professionnelle avec d'autres projets tel que celui sur l'obésité infantile, par manque de temps. Cependant, cette difficulté est propre à toute réunion partenariale.

E3 : C'est la difficulté de caler une date où tout le monde est disponible, une ou deux fois on avait calé une date, mais après effectivement on s'est rendu compte qu'il y avait 3 ou 4 partenaires qui ne pouvaient pas venir, donc ça a été redécalé redécalé redécalé... Donc quand on n'est pas disponible pour l'un, on décale pour un autre, et du coup c'est moi qui était plus disponible du coup, et j'ai dû rater au moins deux COPIL comme ça.

E3 : Voilà moi à l'O.MS. du Port, ma mission première c'est l'animation sportive. Donc l'aspect sport santé obésité infantile, c'est parce que j'ai cette volonté-là. Mais ce n'est pas ma mission première. Donc souvent on se retrouve avec des gens qui ont une mission première qui très souvent leur prend du temps, et sport-santé-obésité infantile, ça vient un petit peu en second plan et bah ils s'en occupent quand ils ont un créneau, quand ils ont du temps, mais ils ne sont pas dessus en permanence. Et ça je trouve que c'est un peu dommage. C'est pour ça moi que j'ai voulu faire le lien entre les interventions scolaires qu'on mène nous et ce projet-là, parce que c'est vrai que là on était dans ma mission première, et on faisait le traitement de cette problématique. Et le problème c'est que j'y suis pas arrivé.

E3 : Non, je crois que j'ai dû en rater une ou deux, par manque de disponibilité, tout simplement

E5 : Après la difficulté c'est de trouver un temps qui convient pour chacun, entre les médecins libéraux, infirmières scolaires autres, on a tous des plannings qui sont un peu compliqués, et c'est vrai que trouver un temps donné pour chacun c'est toujours un peu compliqué

E6 : Après c'est vrai que pour trouver une date qui convienne à tout le monde, on passe beaucoup de temps pour lancer la date commune. Une fois qu'on y est, lors de la réunion, si les partenaires sont présents, on put lancer la date suivante. Donc là ça devient moins compliqué puisque les partenaires sont autour de la table. On a essayé des outils comme Doodle par exemple, et ça nous permet plus ou moins, quand les partenaires y répondent (air dubitatif), de tomber sur une date commune. Mais oui, effectivement, ça demande une organisation, mais qui n'est pas spécifique à l'obésité infantile, c'est une organisation de réunion partenariale. A partir du moment où on travaille avec les partenaires, forcément, il faut conjuguer avec l'emploi du temps des uns et des autres.

E7 : Bon je n'ai pas pu assister à toutes les réunions par rapport à mon planning, mais c'est un rythme assez raisonnable, c'est une fois tous les deux ou trois mois, donc ça va.

E8 : J'ai pas assisté à tous les COPIL. Notamment 2016 j'ai pas dû en faire beaucoup vue que j'ai été absente une bonne partie de l'année 2016...

E8 : Bah en 2016 j'étais en congé maternité, bref j'ai été arrêté quasiment toute l'année, donc voilà, je pense que c'est surtout pour ça je pense qu'il y en a pas mal que j'ai loupé. Après sinon nan, je pense que je suis allée à quasiment toutes les invitations, parce que je suis au réseau que deux jours par semaines mais il me semble que ça a toujours été sur des jours où je pouvais.

E9 : J'espérais, mais je n'ai pas été déçu, parce que je sais combien c'est difficile de mobiliser tout le monde autour d'un projet comme ça, mais après, il faut y mettre énormément d'énergie. Il faut y mettre du temps, il faut y mettre de l'énergie, et je pense que Mme M. à autre chose à faire, et que Dr P. à autre chose à faire aussi de son côté. Donc voilà, une réunion tous les trois mois pour faire une petite action, bien entendu que ce n'est pas suffisant, voilà, il faut être tout le temps sur le terrain, tout le temps auprès des gens, pour aller rencontrer les autres...

(2) La mobilisation des médecins généralistes est difficile.

- **Représentation des médecins au COPIL jugée correcte malgré cette temporalité**

La présence d'au moins un médecin généraliste est essentielle au bon déroulement du COPIL, du fait de son rôle central de terrain dans la prévention le dépistage et la prise en charge de l'obésité infantile.

E4 : Je pense qu'il en faut au moins un. Il en faut un parce que c'est le médecin de terrain, c'est lui qui voit les enfants, c'est lui qui interroge les parents, c'est lui qui est sur le terrain, qui voit les conséquences, qui connaît surtout les conséquences à long terme de l'obésité. C'est surtout ça en fait, et la prévention elle passe par là. Et c'est le médecin qui est le plus sur le terrain, qui est le plus à même de répondre à des questions pratiques.

Les médecins présents au COPIL sont déjà des médecins mobilisés dans la problématique de l'obésité infantile. En raison de leur tarification à l'activité, leur mobilisation à des horaires de bureau est cependant difficile et contraignante, contrairement aux membres du CCAS, du RP 974, ou de l'éducation nationale, pour qui les heures de réunions sont inclus dans leurs heures de travail.

De ce fait, leur nombre à ces réunions a pour la plupart des co-acteurs été jugé satisfaisant.

Certains acteurs suggèrent, une fois que le COPIL aura débouché sur des projets concrets, de s'adapter à leurs horaires.

E1 : C'étaient des médecins généralistes déjà investis dans l'obésité infantile, les médecins généralistes moins investis étaient moins présents. C'est compliqué de déplacer des médecins généralistes, j'en sais quelque chose.

E1 : (La présence des médecins généralistes) était celle à laquelle je m'attendais, voire même un peu plus. Il y avait une participation assez régulière de certains médecins généralistes, c'est bien.

E2 : En tant que médecins généralistes libéraux, au maximum on était 3, sachant qu'une n'était pas installée à la Possession, donc en gros deux médecins sur... il y a une vingtaine de médecins à la Possession, donc deux sur vingt, c'est... dix pourcent, c'est bien (rire). Après la difficulté, c'est que les COPIL avaient lieu le

jeudi matin, et le jeudi matin en général, les médecins bossent. Donc c'est toujours pareil, on met en place des COPIL, mais après en termes de disponibilité, on est une profession extrêmement surchargée, mais il serait peut-être intéressant d'organiser en soirée, une fois que le COPIL aura débouché sur des actions plus cadrées, plus palpables, des actions concrètes, faire une réunion d'information pour les professionnels médicaux et paramédicaux du secteur de la Possession. Ça, ça me semble essentiel, mais ce sera à voir dans un second temps.

E4 : Eh bien c'est souvent le jeudi matin je pense, c'est le jour où je ne travaille pas, du coup je peux y aller. C'est pour ça que j'y suis allée d'ailleurs. Je n'y serais pas allé si c'était un jour de travail.

E5 : J'ai trouvé que c'était bien, ils étaient deux ou trois je crois, je trouvais que c'était bien qu'ils soient là parce qu'ils sont un pivot pour nous pour la prise en charge ou l'orientation.

E8 : Ceux que j'ai toujours vus c'étaient le Dr M. et le Dr P. bien entendu. Bah ils étaient peu présents mais en même temps je me demande comment c'est possible d'être présent un matin en semaine comme ça. Voilà c'est toujours la même problématique, que ce soit l'Education Nationale, le CCAS, clairement c'est des horaires de bureau, nous aussi le réseau, on peut se libérer à ces horaires-là, les médecins libéraux, bas c'est beaucoup plus compliqué. Deux c'est pas mal, ça peut s'entendre à ce qu'il n'y en ait pas plus.

- **Pour d'autres acteurs, la représentation des MG au COPIL est malgré tout jugée insuffisante**

Certains regrettent de ne pas avoir vu plus de MG, ce qui aurait pu faciliter les discussions, l'unité de langage favorisant la communication et la compréhension. Cette faible représentation pourrait aussi s'expliquer par une campagne de communication insuffisante.

E2 : C'est vrai que si on avait plus de médecin peut être que ça pourrait être plus intéressant, parce que c'est vrai que plus on est nombreux à parler le même langage, plus c'est efficace.

E3 : Ah les médecins il y en avait peu ! je crois qu'ils devaient être deux... tout au plus... On devait être une bonne quinzaine. Entre 15 et 18 participants. Ça faisait pas beaucoup

E6 : Alors la proportion des médecins généralistes... Autant dire qu'il n'y en a pas beaucoup mais il y en a...

E7 : c'est vrai que ça me paraît peu pour moi. Après je ne sais pas s'il y en a eu plus qui ont été convoqués, c'est possible.

E9 : La présence des médecins. Oui donc, il n'y en avait pas. C'est la réalité, ils n'étaient pas là. Alors comment ils ont été mobilisés, est ce qu'il y a eu un travail de fait en parallèle, nous on les a informés en envoyant un mail, aux médecins qui avaient suivi la formation que nous proposons nous dans le cadre du réseau sur la prise en charge, et on les a informés eux, parce qu'on les connaît, ils nous connaissent. Donc on peut imaginer qu'il y ait un minimum d'intérêt au message qu'on peut faire passer. Mais après, ils reçoivent je le sais, des messages en pagaille dans leur boîte mail, et il faut avoir le temps de regarder, de lire, de s'y intéresser, donc c'est difficile aussi. Il n'y a rien qui est simple pour arriver à ça quoi.

(3) La faible présence des médecins généralistes est liée au système de tarification à l'activité (T2A) et donc à l'absence de reconnaissance financière de ce type d'activité.

La médecine libérale est ouverte à une multiplicité de pratiques, que le médecin généraliste est libre de choisir. Cependant, la tarification à l'activité peut être une entrave à son exercice. Pour pouvoir mobiliser les médecins généralistes au COPIL, un défraiement pourrait être envisagé.

E1 : Elle est, là où il se positionne aussi, hein ? c'est une médecine libérale, chacun le voie comme il le veut, moi je suis pas là pour donner des leçons par rapport aux autres pratiques, moi je me sens investi dans la problématique de santé publique, comme j'ai été formé et je suis sensibilisé à ça, donc j'essaye de faire ça au quotidien, après si d'autres médecins ne voient pas cette médecine générale comme ça, bah... c'est le patient qui va finir par choisir son médecin généraliste. Donc voilà, il y a une liberté d'exercice, et une liberté de vision aussi dans leur pratique. Après on peut déplorer peut-être une vision financière de la médecine générale, qui peut entraver sur la médecine en elle-même, mais bon ça, il faut voir avec les systèmes de financement du médecin généraliste, c'est une question c'est sûr.

E9 : Il y en a qui viennent sur leur temps de travail parce qu'ils sont payés pour ça, donc ils sont là pour faire un travail, pour représenter leur métier au sein de réunions comme ça qui sont proposées, et après ils y a ceux qui, s'ils ne bossent pas, ils ne rentrent pas d'argent. Les médecins, s'ils ne bossent pas, ils ne rentrent pas d'argent. C'est pas simple de les avoir.

E9 : Bah... Il y avait qui ? il y avait Dr P., il y avait un autre médecin, je ne me rappelle plus son nom, il n'y en a pas !!! C'est pour ça qu'on a émis l'idée de rémunérer les médecins à part, parce que quel médecin va venir un gros mardi matin ou un gros jeudi matin ? Ils sont tous en cabinet, ils sont tous en train de consulter, à part des médecins comme Dr P. qui choisissent de s'investir pour cette cause, donc il prennent du temps pour eux, à part peut-être exceptionnellement Dr M., parce qu'il est impliqué dans la prise en charge de l'obésité, il est adhérent chez nous, et qui ne travaillait pas à ce moment-là, dit « bah tiens, je vais y passer du temps », mais c'est compliqué de réunir les médecins, on ne les réunit pas comme ça, les médecins il faut les réunir... je sais pas moi, entre midi et deux en les invitant à manger, ou le soir lorsqu'ils ont finis le boulot et ont passé dix heures dans leur cabinet à voir des quantité de patients et qu'ils en ont pleins le dos... c'est difficile de les mobiliser pour différentes causes ! Mais, ça devrait pouvoir se faire. Voilà, il n'y a pas la même temporalité d'un comité local de santé qui commence à 8h et qui finit à 16h, et puis de médecins qu'il faut mobiliser à partir de 19h ou de 20h parce que c'est à ce moment-là qu'ils sont disponibles !

e) *Les débouchés du COPIL sont nombreux*

(1) Le COPIL a permis une harmonisation et globalisation de la vision de l'obésité infantile, grâce à un abord pluridisciplinaire

Le COPIL a permis aux acteurs, issus de multiples horizons, par la variété des thèmes abordés, la richesse de leurs discussions et la complémentarité de leurs expériences, d'avoir une vision plus globale de la problématique de l'obésité infantile et de la prise en charge. Il a aussi permis de prendre conscience de certaines difficultés, notamment celles de changer les mentalités et les représentations.

E1 : Oui, l'approche était différente, c'est ça qu'on va rechercher justement dans des réunions pluridisciplinaires, c'est d'avoir des visions différentes de la même problématique, et c'est comme ça que ça avance, puisqu'on a une vision médicale, on a une vision... particulière, et avoir une vision des autres partenaires, c'est tout aussi important que notre vision, bien qu'elle soit un peu experte, à force de travailler autour de la même problématique. On n'a jamais la même vision que quelqu'un qui va coordonner au niveau médical l'éducation nationale, ou qui va être sur le terrain comme une infirmière, ou qui... voilà, qui va être dans une crèche... on n'a pas du tout les mêmes objectifs, les mêmes visions, et c'est ça qui est intéressant dans ces réunions, c'est d'échanger pour avoir des visions un peu plus globales.

E2 : Qu'ils ont été très intéressants, qu'ils ont été divers, et qu'on a pu se compléter les uns des autres, c'est-à-dire qu'on a pu aborder les thèmes de l'obésité infantile sous différents aspects, que ce soit en termes de prise en charge médicale, de prise en charge éducative, d'information à la crèche, d'éducation thérapeutique, de prise en charge au collège.

E2 : Voilà, grâce à ce COPIL, j'ai en tout cas personnellement une vision beaucoup plus large de l'obésité infantile, et de tous les acteurs qui étaient concernés, et c'est vrai que seuls dans son coin, on n'aurait peut-être pas réussi à aller aussi loin dans le savoir, dans la connaissance de qui faisait quoi, et sur les différents leviers qu'on avait à notre disposition, pour jouer sur l'obésité infantile.

E2 : Non, il y avait des thèmes qui se regroupaient, hein, il y avait des visions communes, mais il y avait surtout des visions complémentaires.

E2 : Il y a 2 thèmes qui ont fait débat, c'est la définition de l'obésité, c'est vrai que ça c'était vraiment une définition inter pro, non, une définition entre médecins, qui a permis de changer les choses ça c'était plutôt pas mal, vu qu'on a pu avoir une action au niveau du Rectorat qui a transmis aux médecins scolaires la définition de l'obésité infantile afin qu'il y ait une harmonisation.

E2 : Après un autre thème qui a posé problème c'était sur les gouters à l'école, parce qu'il n'y avait pas de vision homogène, normalement, dans les directives de l'Education Nationale, on n'est plus sensés donner de gouter aux enfants le matin, et ça faisait débats, parce que certains avaient des représentations comme quoi si un enfant à faim, il faut lui donner à manger, et voilà. On a pu discuter de ces représentations différentes, et essayer d'harmoniser les actions à la possession et les informations au niveau des écoles, comme quoi les enfants ne sont pas censés avoir de gouter le matin. Ils ont le petit déjeuner, des fruits avant 9h, et après les parents ne doivent plus leur donner à manger. Donc ça a pu ouvrir un peu le débat, et changer un peu les représentations qu'avaient ceux en charge de la vie scolaire à la Possession.

E4 : Je me rends compte un peu de la difficulté que ça a de changer les mentalités, de changer les choses, au niveau de l'éducation nationale notamment

E6 : Après c'est vrai, ce que ça m'a apporté un terme de groupe de travail, et je mets d'avantage l'accent, c'est que prendre en compte la problématique de l'obésité

infantile, c'est pas prendre en compte que la nourriture, c'est pas prendre en compte que l'activité physique, mais il y a la dimension psychologique qui n'est pas des moindres. Et du coup, si je devais parler de prévention dans ce domaine-là, je dirais attention oui, la nutrition, oui, les activités physiques, mais attention, nous devons parler aussi de la dimension psychologique. Voilà, ça renforce ça, en fait.

C'était l'occasion de mettre à jour ses connaissances et de réadapter sa pratique professionnelle.

E2 : Bah disons qu'il y a certains thèmes qu'on pensait acquis, on pensait pas devoir revenir dessus, et il s'est avéré qu'il y avait des niveaux de connaissance différents sur l'obésité infantile, notamment sur les médecins et ça, ça nous avait énormément étonné, quand je dis « nous » c'était moi, le RP 974 et Réunion, notamment sur la définition de l'obésité infantile. Définition qui n'était pas du tout en accord avec les recommandations HAS, en tout cas au niveau du médecin scolaire, qui faisait qu'il y avait un défaut de dépistage et de prise en charge, probablement par défaut de connaissance des normes pour définir l'obésité infantile.

E6 : Donc ça permet de remettre à jour le niveau d'information des uns et des autres aussi.

E6 : Et donc ça, je trouve que c'est intéressant, parce que finalement, ça permet de confronter les pratiques professionnelles. Je trouve ça super intéressant ! Moi c'est vrai que je viens pas du tout du domaine médical, mon métier de base c'est le montage de projet, le suivi de projet, j'ai été formée en développement social local, mais c'est vrai que rien que d'entendre ça, on se dit oui, à un moment donné, le professionnel, si ça fait vingt ans qu'il est dans cette pratique-là, à un moment donné c'est important qu'il puisse questionner sa pratique !

Le COPIL a permis de faire un état des lieux des actions menées sur le secteur de la Possession, et des questionner d'autres acteurs sur leurs pratiques.

E2 : Ah oui, donc il y avait ça, il y avait des différences en termes de connaissance qui ont été mis en évidence, on a pu voir qu'il y avait déjà une dynamique autour de l'obésité infantile qui se créait à la Possession puisque ce ça faisait partie d'un des objectifs du Contrat Local de Santé et l'action au niveau de l'obésité infantile pour réduire la prévalence de l'obésité infantile pour réduire l'obésité infantile à la Possession, donc il y a des actions qui étaient menées, et...

E5 : J'ai trouvé que c'était bien, ils étaient deux ou trois je crois, je trouvais que c'était bien qu'ils soient là parce qu'ils sont un pivot pour nous pour la prise en charge ou l'orientation. Parce qu'après des fois on peut constater qu'il y a des suivis par des médecins traitants, mais alors je sais pas exactement ce qu'ils font eux dans leurs consultations. Des fois on voit des enfants qui sont suivis pendant un an, 2 ans, et il y a une courbe de poids qui augmente qui augmente et on ne sait pas ce qu'il fait... Donc est-ce qu'ils sont bien formés à la prise en charge ?

Ça a été l'occasion de se mettre en relation avec les réseaux pédiatriques, et par des discussions, prendre conscience que sa propre expérience de terrain pourrait ouvrir à de nouvelles perspectives de prise en charge de l'obésité.

E7 : Moi de mon expérience en tant que kiné, c'est pareil, on a aussi eu l'occasion de rencontrer le Réseau Pédiatrique et l'association à St Pierre Réunion qui

travaillent depuis quelques années sur l'obésité infantile, et on s'est rendu compte qu'il y a beaucoup de douleurs chroniques chez les enfants obèses, et quand ils entrent dans un processus de vouloir bouger, d'avoir un sport, une activité qui fait bouger, il y a des échecs sur ces activités, en l'occurrence par rapport au fait qu'ils ressentent des douleurs. Je pense que nous en tant que kiné on peut intervenir là-dessus pour minimiser ces échecs qui sont quand même importants. Voilà, c'est important qu'un enfant entre dans une activité qui face marcher bouger. Il y a pleins d'autre choses sur lesquelles on peut jouer, mais je pense que le kiné peut intervenir là-dessus pour qu'il puisse mieux bouger.

(2) Regain de dynamisme vis-à-vis des acteurs historiques

Le COPIL par son abord innovant, palie à la lassitude ressentie envers l'immobilisme des acteurs historiques tels que le Rectorat, et a permis une remise à jour d'anciens projets pédagogiques pour les écoles.

E6 : Après c'est vrai nous en 2009, ce qui a précédé le CLS mais qui existe toujours et qui est devenu plutôt un outil santé politique de la ville, c'est le quartier cœur de St Laurent, il est animé par ce qu'on appelle les ateliers santé ville, et dans le cadre de ces ateliers santé ville impulsés en 2008-2009 à la Possession, et bien il y avait une piste qui avait été proposée, c'était élaborer un annuaire professionnel, que les médecins notamment, pourraient avoir en leur possession. Sur telle thématique je peux pas aller à la réunion, je regarde l'annuaire professionnel et je voie vers qui je peux l'orienter. Donc ça c'est une des pistes, ça remonte à 2008-2009, et c'est une piste qui n'a pas vu encore le jour, mais c'est quelque chose qui avait été évoqué dans l'état des lieux qui avait été fait à l'époque.

E8 : Voilà, le troisième axe c'était des outils qui avaient été proposés pour des ateliers aux seins des écoles donc il y avait eu cette expérimentation il y a quelques années, c'étaient des diets qui allaient faire des ateliers dans les écoles, et l'idée c'était que ça puisse aider les enseignants ces ateliers. Mais pour ça il faut que ça passe par le Rectorat pour que ça soit mis en forme, que ce soit un modèle pédagogique et tout ça. Et donc ça, ça faisait quelques années que c'était dans un des tiroirs du Rectorat, et lors d'un des COPIL, ça pouvait être un des axes de travail qu'on a relancé à ce moment-là, mais on n'a toujours pas de nouvelle, ça n'a pas du tout avancé... On a relancé le truc, mais bon après c'est dans les tuyaux du Rectorat, et nous on n'a pas du tout la main là-dessus, c'est eux qui doivent... voilà !

E8 : Après, je dirais que les acteurs qu'on a pu y voir qui sont l'Education Nationale, REUNIR, l'IREPS... on les rencontre régulièrement dans d'autres circonstances c'est un peu toujours les mêmes autour de la table... Si, avec l'IDE de l'Education Nationale de la Possession on a retravaillé sur le document de l'orientation après dépistage, parce que suite à un des COPIL, certains avaient pu dire que le document n'était pas très attrayant. Donc on l'a refait, on l'a fait à la Possession avec le médecin de l'Education Nationale et l'IDE de l'Education Nationale.

(3) Création d'un réseau autour de l'obésité infantile sur le territoire de la Possession, permettant de valoriser les actions menées en les portant à la connaissance de tous, et ouvrir à de nouveaux projets.

Le COPIL a permis d'impulser de nouveaux partenariats entre acteurs ne se connaissant pas forcément initialement, qui ont abouti à des enrichissements de réseaux, et à de nouveaux projets sur le thème de l'obésité infantile.

E6 : Moi, aux vues de l'implication des uns et des autres, par exemple le RP 974 avec lequel à l'époque je n'avais pas vraiment eu l'occasion de développer des actions, moi le fait de les avoir rencontrés au cours de différentes instances, j'ai pu contacter directement le responsable pour faire appel à lui sur un projet qu'on a pérennisé cette année sur les fameux « samedi santé ». Du coup on a eu un « samedi santé » le 14 avril dernier qui portait sur le sport, la nutrition et le bien-être. Et donc ce RP 974, on a pu le mobiliser, on a proposé un photo-langage pour faire parler les enfants sur leur propre alimentation. Vous voyez ce que je veux dire ? donc si peut-être je n'avais pas eu ce contact en amont, et qu'on avait dit, « ah bas oui, RP 974 ce serait bien pour animer ce type de stand », ça aurait moins marché. Donc parfois on a l'impression d'être trop en réunion, comme je disais trop de réunion tue les réunions, donc il faut vraiment prendre les réunions où on a vraiment notre place, mais en même temps on ne pourrait pas s'absenter à toutes les réunions, ne pas y être, ne pas impulser. On perd cette richesse humaine dans le contact relationnel

E3 : J'avais interpellé justement des gens du COPIL pour intervenir auprès de mes éducateurs pour leur expliquer comment reconnaître qu'un enfant est en surpoids, a des problèmes d'obésité et est obèse, etc. Et après par rapport à ça, quelle approche peut-on retenir lorsqu'on rencontre un gamin de ce genre-là. Et c'est vrai que là-dessus ils étaient intervenus une demi-journée pour l'un, et une journée pour l'autre, avec un diaporama etc.

E5 : Dr M., mais c'était marrant c'était la première fois qu'on se voyait, on communique par courriers, M. F., le diététicien, je l'avais vu à une occasion je sais plus, mais jamais eu l'occasion de travailler avec lui.

E6 : Donc c'est vraiment une réflexion qui est menée, qui permet de faire le lien sur tous les efforts des actions qui sont menés par rapport à la ville.

E6 : C'est-à-dire que lorsqu'on valorise, on veille à ce que les gens soient mis en réseau. Et donc je pense que sur cette thématique obésité infantile, c'est ce qui s'est passé : il y a eu une mise en réseau. Après, oui, à renforcer, à réactiver, parce que chacun on a nos agendas !

E8 : Nous, comme conséquence directe pour le réseau, on a travaillé avec la petite enfance de la Possession donc on a rencontré les directrices de crèches, les assistantes maternelles, puisqu'une des propositions à l'issue d'un des COPIL, c'était de faire ce qu'on avait fait à St Denis donc des ateliers pour les professionnels de la petite enfance au sein des crèches ainsi que pour les parents d'enfants qui étaient en crèche, donc des actions autour de la diversification alimentaire. Donc ça nous a permis de rencontrer et faire des échanges intéressants avec des professionnels de la petite enfance qui étaient très en demande d'avoir des outils et des formations.

Diffusion de l'existence du COPIL de la Possession qui pourrait être un exemple source d'inspiration ou de reproduction dans d'autres municipalités telles que celle du Port, élargissant ainsi le dynamisme de prise en charge de l'obésité infantile dans les communes réunionnaises.

E3 : Moi j'ai fait le lien entre ce qui s'est passé au COPIL de la Possession avec la Mairie du Port, avec l'élu référent de tout l'aspect santé, elle est référente sur le CCAS du Port, et on est en train de voir justement comment on peut s'inspirer de la Possession, pour essayer de créer nous aussi un COPIL sur le Port cette fois ci, en mettant en lien ceux qui sont sur le groupe de la Possession, et les faire mettre en lien avec le Port, et après peut être en faire un commun à terme. Ça pourrait être très intéressant.

Le COPIL a permis un enrichissement des réseaux et de la nature de leurs modes d'interventions. Il a donné l'occasion d'utiliser les réseaux des autres participants, de mailler ces réseaux, et de réaliser des actions intermédiaires sur d'autres secteurs d'activité.

E6 : Ce qui est né de ce groupe de réflexion, un petit exemple de mémoire, on a eu par exemple la participation de la responsable adjointe Petite Enfance qui est éducatrice de jeunes enfants, qui est ma collègue, tout simplement, et qu'on a associé à la démarche, et on a, grâce à ce groupe de travail constitué autour de l'obésité infantile, on a eu des actions intermédiaires, le Réseau Pédiatrique qui a pu intervenir auprès des professionnels de la petite enfance, sur justement l'équilibre alimentaire. Vous allez me dire, l'équilibre alimentaire, normalement quand on travaille autour de la petite enfance, on est tous à même de connaître ce que c'est que l'équilibre alimentaire. Oui, on est tous à mêmes, mais dans la pratique, je pense que les piqures de rappel, c'est pas mal non plus quoi.

La feuille d'émargement et l'utilisation du temps entre les réunions ont pu favoriser la mise en réseau. Ce qui était considéré comme un frein, est finalement un atout : le fort ralentissement des réunions donne le temps aux réseaux de se former et de se renforcer.

E6 : Voilà. Et c'est vrai que l'autre atout, j'ai envie de dire, l'efficacité de ces temps de rencontres, pour moi, un des paramètres c'est le fait que, en dehors de ces temps de réflexions un peu « officiels », qu'on arrive à mettre en place, les partenaires, grâce aux compte rendus qui sont remontés, les feuilles d'émargement que vous avez certainement dû voir passer, le fait qu'il y ait des feuilles d'émargement communiquées dans le groupe, c'est des détails, mais ça permet au partenaire, si lui a besoin d'interpeller untel sans pour autant passer par l'instance, et bien, il peut interpeller. Et c'est ça, la mise en réseau. C'est-à-dire qu'à un moment donné on impulse, mais c'est aussi, pour ma part, savourer le fait que, en dehors des instances, les gens continuent à collaborer. Ça veut dire que cette mise en réseau, pour moi, elle est réussie. Après oui, il y aura toujours à faire, à mieux faire, à parfaire !

E6 : Quand on impulse et met en réseau, les choses ne sont pas forcément tracées en amont, et heureusement ! Parce que ça veut dire que si tout est tracé, il n'y a aucune place pour les différents acteurs qui composent ce groupe, d'initier d'impulser à leur tour, d'innover, de proposer.

(4) Création d'un protocole et d'actions de sensibilisation et de prévention.

Suite à la découverte de lacunes dans la pratique de certains médecins, les membres du COPIL ont su être réactifs, et réaliser la communication d'une action de prévention et de sensibilisation auprès des professionnels de santé du territoire

E6 : A un moment comme piste on avait évoqué la nécessité de passer par l'Ordre des médecins pour qu'il y ait une information, pour réactiver cette information, je dis bien réactiver puisqu'ils sont tous formés à ça, on est bien d'accord ? Ça fait bien parti du parcours, on est bien d'accord ?

E6 : Mais c'est sûr que si demain, et j'ose espérer que ce sera le cas, cette maison de santé voit le jour sur la Possession, je pense que des personnes qui vont être dans le réseau, en tout cas les médecins de la Possession, devront être un peu au goût du jour, parce qu'ils seraient amenés justement à orienter les familles rencontrant cette problématique vers ce type de structure. Donc à un moment, cette sensibilisation devrait se faire si le projet se précise

Un document synthétisant les relevés de conclusions du COPIL a été créé, afin de faciliter la compréhension et la communication du parcours santé de l'obésité infantile. Voir se coconstruire progressivement ce protocole de suivi à long terme est source de satisfaction.

E6 : Oui, c'est vrai que si on reprenait toutes les réunions qu'on avait eu, quelqu'un qui n'a pas suivi ces réunions et qui rejoint le groupe de réflexion, c'est vrai que s'il n'a pas le temps de relire les relevés de conclusions, je trouve que les relevés de conclusions c'est super intéressant, d'avoir du texte à un moment donné, de chercher quelque chose précisément, savoir comment a été mûrie la réflexion, c'est intéressant d'avoir ces récits détaillés. Mais quelqu'un qui ne les a pas, qui ne cherche pas quelque chose en particulier, mais juste la progression de la réflexion, le fait d'avoir quelqu'un qui a ce regard de synthèse sur la globalité du travail, c'est intéressant, c'est ce que je disais, c'est le fameux document qui reste encore à finaliser, qui finalement nous a permis de tracer les différentes rubriques, les différents ordres du jour en un seul et unique document, ça nous a permis d'aborder la promotion de la prévention de la santé qu'on a abordé via l'obésité infantile, le fameux dépistage, la prise en charge, et le volet recherche. Donc ça, c'est un travail qui a pu être fait grâce à l'implication comme je disais tout à l'heure du Dr P. qui est allée frapper à la porte de l'IREPS, et qui effectivement a réussi, grâce aux écrits, grâce aux relevés de conclusions, à dresser ce fameux projet de parcours santé et prise en charge de l'obésité infantile sur le secteur de la Possession. Voilà.

E6 : Donc il y a eu un document, il reste encore à finaliser, et qui finalement retrace l'ensemble des réflexions. Donc l'atout c'est aussi ça : il y a eu à un moment donné des relevés de conclusions qui ont été dressés, et tout le monde n'a pas forcément le temps de lire un relevé de conclusion quand il le reçoit, il y a tellement de travail à faire, là du coup il y a eu un document qui reste à finaliser, donc je reste encore un petit peu sur ma faim, quant à la suite qu'on va donner à ce document qui reste encore à finaliser.

E7 : Moi je trouve que, comme je le disais tout à l'heure, ça permet quand même de pouvoir monter un protocole de suivi sur un long terme, qui commence à bien se dessiner

(5) Pour certains cependant, il n'y a pas encore de débouché et la mise en réseau n'a pas eu lieu, par manque de temps, de vocation au partenariat, ou encore de communication.

E1 : J'ai pas participé aux dernières réunions donc je sais pas ce qu'il en est exactement de ce COPIL, de ce projet

E1 : Après, quels sont les objectifs, et quels ont été les aboutissements ? Faut voir à la fin, qu'est-ce que ça donne, hein ? Faut du temps d'échange, savoir si c'est trop ou pas assez, j'ai pas une vision assez globale pour voir si c'est bien ou pas, parce qu'il faudrait avoir une vision sur... à long terme, sur cinq ans...

E4 : C'est quelque chose de positif, c'est bien, mais ça n'ira pas plus loin. C'est tout, c'est pour mon intérêt personnel c'est tout, mais je ne vais pas en faire quoi que ce soit

E5 : Je sais même pas s'il existe encore le projet ! c'est pour ça vous m'avez appelée je me suis dit tiens, c'est bien c'est intéressant, on va voir où ça en est, comment ça se profile.

E7 : Pendant oui, mais en dehors, non, on n'a pas encore eu l'occasion de se rencontrer en dehors

f) *Les pistes d'amélioration proposées par les co-acteurs sont d'ordre organisationnel*

(1) Amélioration de la communication

E5 : Le COPIL, bah je sais pas, continuer à travailler avec les médecins traitants, essayer de trouver des temps où on peut échanger ensemble, et puis travailler la communication !

Un acteur suggère de créer un outil de communication facilitateur des échanges entre les partenaires du COPIL, par le moyen d'une plateforme numérique, qui permettrait le resserrement des liens des membres du réseaux, malgré les distances temporelles et physiques, palliant ainsi au manque de disponibilité de chacun. Cette plateforme pourrait aussi être accessible à la population, afin qu'elle sache à qui s'adresser en cas de nécessité.

E3 : Moi ce serait la plateforme d'échange. Après il faudrait trouver sous quelle forme, qui la gèrerait, là ça va être une grande question, et la faire vivre, la faire connaître surtout. Parce que si l'outil est mis en place et qu'après en termes de communication les gens sont que la plateforme existe, il n'y aura pas trop de mal à ce qu'elle puisse être alimentée je pense.

E3 : D'où la plateforme : j'ai un enfant obèse j'habite sur le Port, l'idée ce serait d'avoir connaissance de cette plateforme, je clique dessus, et je sais que sur la ville du port, j'ai tel médecin, j'ai tels partenaires à qui je peux m'adresser pour avoir des

informations, pour pouvoir intervenir auprès de mon enfant etc... Ça pourrait être très intéressant.

E3 : Une plateforme de données oui. Une plateforme d'information, ou chacun pourrait venir piocher ou apporter de l'information.

E3 : Lui : Si, on pourrait aussi garder ce système-là de réunions physiques, et en plus on permettrait aux personnes qui n'ont pas pu venir, comme moi quand j'ai raté, d'aller sur la plateforme et de voir ce qui s'est dit, sur quel sujet on a échangé etc... Et garder quand même finalement ce lien avec le groupe. Ça ce serait intéressant

E3 : Oui c'est compliqué. C'est pour ça qu'on avait réfléchi à un moment donné sur la problématique. Après c'est pour ça qu'on avait réfléchi à un moment donné sur la possibilité peut être à un moment de créer quelque chose, de mettre en place une sorte de plateforme virtuelle ou tout le monde pouvait éventuellement venir prendre de l'information, y mettre aussi de l'information, et pouvoir échanger un petit peu. Comme ça selon les disponibilités, on va sur internet, on va sur la plateforme, et on peut accéder aux informations ou en donner. En termes d'échange en tout cas, c'est plus facile

Retours systématiques sur les actions menées pour plus de visibilité sur le projet, afin d'assurer la complémentarité des différents acteurs de terrains, et ainsi mener à bien la co-construction

E9 : Et les seuls retours qu'on a encore une fois c'est les comptes rendus qui sont fait des rencontres, voilà. Parce qu'à chaque fois on sent l'énergie et la volonté de Mme M. notamment qui est un peu le chef de mission de ce projet, et elle se bouge, elle essaye de faire exister les choses, de mobiliser les gens... Après voilà, il faut traduire ça concrètement par des actions de terrain, parce qu'en action de terrain, je ne sais pas s'il y a eu grand-chose jusqu'à maintenant, je n'en sais rien.

E9 : Ah c'est ce qui manquait je pense, pour permettre à tout le monde d'avoir une vision globale. C'est ce que je disais là, il faut avoir un projet dessiné, une route à suivre, pour comprendre quelles sont les interactions entre tous, pour voir qui fait quoi. Alors s'ils sont en train de le faire tant mieux, c'est bien, c'est ce qu'il faut faire je pense, pour permettre à tous de mieux cerner où on est, ce qu'on a à faire, et puis comprendre par rapport à celui qui est là et qui fait autre chose, la complémentarité quoi ! Plutôt que de voir tout seul « moi je fais ça, moi je fais ça, moi je fais ça, après il y a pleins de gens à côté de moi qui font pleins de trucs aussi »

(2) Mise en place d'un outil facilitateur de rencontre tel qu'un calendrier de réunion pour gagner du temps

Un facilitateur d'organisation de réunion permettrait de moins perdre de temps dans la fixation des dates des réunions, en assurant toujours leur flexibilité en fonction du contexte, pour ainsi continuer de se tenir au courant des actualités sur le sujet et s'adapter aux nouvelles situations

E6 : Moi ce que j'aurais envie de dire, c'est la mise en place... Mais c'est même pas une amélioration, parce que c'est même pas une évidence. On se rend compte que trop de réunions tue les réunions. Donc du coup, j'aurais eu tendance à dire, peut être installer un calendrier de réunions, mais même pas. Même pas, parce que je me

dis que si ça devient automatique, est ce qu'on ne perdrait pas en efficacité, donc l'idée ce serait de pouvoir, en termes d'amélioration, trouver quelque chose qui soit un peu plus rapide pour la mise en place de concertation. Parce que c'est vrai que parfois on perd un temps fou à trouver un consensus sur la date qui puisse convenir à tout le monde.

E6 : Donc c'est vraiment interpeler les acteurs en fonction du contexte qui est sens cesse en permanence évolutif. Et donc ça, on peut pas prévoir d'avance.

E6 : Après c'est vrai que quand on a mis en place le projet, je parle par exemple d'une MSP, et qu'il y a un échéancier prévisionnel, là on peut éventuellement envisager une espèce de calendrier de rencontre. Mais bon pour le moment c'est pas encore le cas, mais j'ose espérer que ça va voir le jour.

(3) Révision à la baisse des objectifs pour mieux les maîtriser

Suggestion de revoir les objectifs à la baisse afin de mieux les maîtriser, et de s'inspirer des projets préexistants qui ont déjà fait preuve de leur efficacité.

E5 : Quand on maîtrise pas, il faut revoir ses exigences à la baisse, partir sur des plus petits objectifs. Si les objectifs sont trop grands et que ça part dans tous les sens, bah, il faut repartir sur plus petit, et puis agrandir au fur et à mesure. Par exemple il y avait quelque chose qui était intéressant, c'était se baser aussi, encore une fois sur des choses qui sont faites : c'était le sport sur prescription médicale sur St Paul, ça a l'air de fonctionner, donc voilà, à proposer, est ce qu'on peut calquer ça pendant un temps, est ce que ça peut nous convenir, parce qu'ils en avaient parlé, et c'est pareil, est ce que ça a aboutie, est ce qu'ils sont repartis sur cette idée-là, je sais pas.

E5 : Oui, c'est pour ça, faut pas qu'elle lâche, faut peut-être reprendre avec des objectifs plus réalisables sur un court terme, puis voir après sur le moyen et long terme, voir comment ça fonctionne. Voilà.

(4) Réalisation d'un état des lieux de terrain préalable au COPIL

Un petit groupe de travail pourrait opérer en amont du COPIL, pour faire un état des lieux global de la problématique et connaître les réalités de terrain, ce qui permettrait de partir sur des bases concrètes dès le début, et ainsi gagner énormément de temps.

E2 : On ne partait pas de rien, il y avait du matériel, de quoi travailler, c'est vrai qu'il faudrait plus de coordination

E8 : Je pense qu'il aurait fallu qu'il y ait un groupe de travail réduit avant, ou que ceux qui étaient à l'initiative de ça face un état des lieux de ce qui se passait sur le terrain pour pouvoir le présenter et partir de là

E9 : Avant de penser à vouloir rassembler tout le monde, peut-être qu'il faut travailler professionnel par professionnel, et peut être qu'il aurait fallu avoir toute l'Education Nationale sur la Possession, tous les médecins, toutes les infirmières, pour voir comment ça se passe, qu'est ce qui se passe, où c'est qu'il y a des manques, quels sont les problèmes rencontrés, est ce que le dépistage, l'orientation, la prévention sont gérés correctement, comment ça se passe avec toute la PMI ? Vous

voyez ce que je veux dire ? Alors qu'on avait l'impression là qu'il n'y avait que des témoignages de « ah bé moi dans mon école c'est comme ça ». Oui dans ton école c'est comme ça, mais dans toutes les autres écoles, et dans les collèges et dans les lycées, c'est comment ? Il manquait des éléments. Donc peut être que mobiliser métier par métier, et puis après, une fois qu'on sait ce qui se passe dans chacun des représentants des professions, on peut prendre quelqu'un qui vient pour porter la parole, parce qu'on sait qu'il y a un état des lieux globale à la base.

Suggestion que le CCAS se charge de la réalisation de cet état des lieux, puisqu'il s'est saisi du problème de l'obésité infantile.

E9 : Après qui doit le faire, bah je ne sais pas... Le comité local de santé de la Possession s'est saisi de ce problème, bah je ne sais pas moi quels moyens ils ont mis, ils ont pensé mettre en œuvre pour s'attaquer à ça. Si c'est juste « je fais une réunion tous les deux mois ou tous les trois mois en mobilisant les gens », je dis pas que c'est que ça, j'en sais rien de ce qui est fait derrière encore une fois hein, comprenez bien, je ne veux pas que ce soit mal jugé ce que je dis, mais c'est un travail au long cours quoi ! On le sait, c'est compliqué. C'est compliqué.

(5) Sollicitation plus systématique des acteurs spécialisés

Pour aller au bout de l'idée de collaboration, il faudrait que les acteurs spécialisés dans un domaine soient plus systématiquement sollicités, lorsqu'un projet se rapproche de leur domaine de compétence

E9 : Par qui ? nous, RP974, en première ligne de ça, on aurait pu être sollicités pour donner un avis, par exemple, dans ce travail « collaboratif », vous voyez ? Je ne sais pas qui l'a fait, comment il est fait, il est surement très bien, mais allons jusqu'au bout de cette collaboration. Après peut être qu'il a été fait par des gens qui connaissent très bien, il n'y a pas de souci, je ne me sens pas vexé parce qu'on ne nous a pas sollicité, on a assez de boulot, mais dans l'esprit de « on se met ensemble et on y va », bah voilà, il faut que ce soit croisé, quoi.

(6) Raffermer le partenariat entre Ecole-Mairie-MSP

Suggestion d'un partenariat plus étroit entre Mairie, Directeurs d'école et la MSP de la Possession, avec rencontre des acteurs de terrains qui présenteraient leurs activités, dans l'optique de proposer la création de projets, tout en favorisant une communication systématique entre chaque partenaire, condition essentielle à la bonne mise en œuvre de ces projets.

E5 : On pourrait peut-être proposer aussi, en dehors de la maison de santé je sais pas, mais que la mairie travaille avec les directeurs d'école, et avec la personne qui est porteuse du projet. Il y a le diététicien M. F. qui avait été sollicité à un moment donné, donc on pourrait faire des rencontres avec les personnes, en exposant ce qu'il est, et qu'est ce qui est attendu. S'il y a des projets qui se montent ou s'il y a des directeurs qui sont intéressés pour monter des projets. Avec plus de retours ! Plus de communication, mais c'est toujours compliqué la communication j'ai l'impression.

- (7) Organiser des réunions à des horaires adaptés aux médecins généralistes pour partager les connaissances

Proposition de s'adapter aux horaires des médecins une fois que le COPIL aura débouché sur des projets concrets.

E2 : il serait peut-être intéressant d'organiser en soirée, une fois que le COPIL aura débouché sur des actions plus cadrées, plus palpables, des actions concrètes, faire une réunion d'information pour les professionnels médicaux et paramédicaux du secteur de la Possession. Ça, ça me semble essentiel, mais ce sera à voir dans un second temps.

- (8) Mais surtout, de la persévérance dans le projet

Volonté de voir perdurer le COPIL, de le voir persévérer, en améliorant la communication, et la prise en charge globale de l'obésité infantile, avec l'enfant et sa famille au centre de la réflexion.

E5 : Eh bien qu'il ne faut pas lâcher le truc, c'est des projets qu'il faut continuer à travailler, en transversalité, pas que dans un domaine. Ensuite la première chose qui me vient à l'idée, c'est que sur la Possession viennent de se créer un Mc Donald et un Burger King, et que ça rentre aussi en compte dans... Voilà, la mairie donne des autorisations, crée des maisons de santé en face de Mc Donald, mais voilà, il faut donner du crédit aussi à ce qu'on fait, c'est pas très cohérent. Donc, c'est bien, mais après l'économie est toujours plus puissante, et puis a toujours l'aval sur le reste, ça reste compliqué quoi. Après, je suis bien lucide sur ce qui se passe, il faut bien apporter de l'emploi et du travail, mais bon voilà, ça fait des gros freins sur la prévention. Après, oui le COPIL, bah je sais pas, continuer à travailler avec les médecins traitants, essayer de trouver des temps où on peut échanger ensemble, et puis travailler la communication ! Et continuer à accompagner des familles ! Des familles entières et pas que des enfants isolés, les enfants sont porteurs de soucis plus généraux, c'est pas que un problème de poids en soit...

E5 : Oui, c'est pour ça, faut pas qu'elle lâche !

4. Place du médecin généraliste dans la co-construction

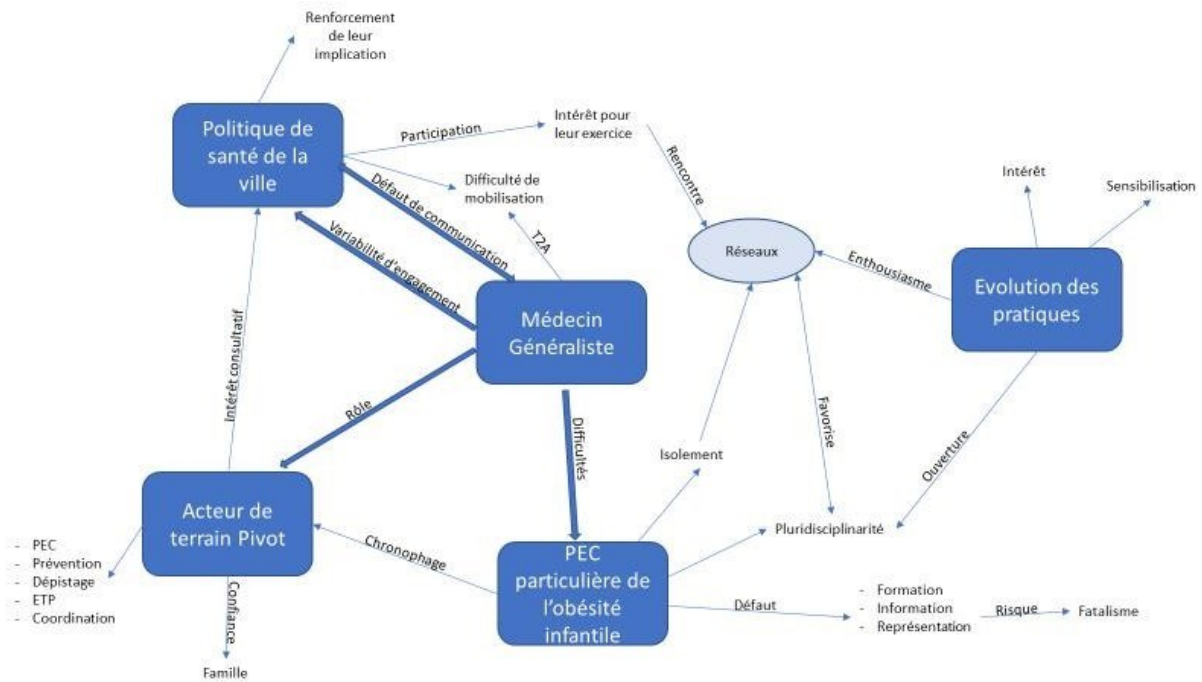


Schéma 4 : Place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile dans sa commune

a) *Place centrale des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité infantile*

(1) *Place du médecin généraliste dans le COPIL*

La présence du médecin généraliste est essentielle au COPIL, car c'est un acteur de terrain central dans la prévention et le dépistage de l'obésité infantile, au plus proche de la population, d'autant plus que les actions de la médecine scolaire sont très parcimonieuses.

E4 : Je pense qu'il en faut au moins un. Il en faut un parce que c'est le médecin de terrain, c'est lui qui voit les enfants, c'est lui qui interroge les parents, c'est lui qui est sur le terrain, qui voit les conséquences, qui connaît surtout les conséquences à long terme de l'obésité. C'est surtout ça en fait, et la prévention elle passe par là. Et c'est le médecin qui est le plus sur le terrain, qui est le plus à même de répondre à des questions pratiques.

E7 : Le médecin généraliste, c'est le médecin le plus proche de la population. Donc qui a un rôle quand même important, préventif, et après de suivi sur les enfants obèses. Et ce qui est ressorti dans le COPIL, et je n'avais pas conscience de ça, c'est qu'il y a peu de suivi médical en milieu scolaire. Le repérage du coup il est plus difficile à faire médicalement. C'est, si mes souvenirs sont bons, au sortir de la maternelle, et après au CM2, donc voilà, à peu près à 4-5ans, et après à 10-11ans. Peut-être qu'il y en a un entre les deux mais je suis pas sûr. Et pendant toute cette période, la personne à même de repérer d'éventuels problèmes, ce sera le médecin généraliste. C'est pour ça que pour moi c'est quand même important sa présence.

(2) Rôle pivot de coordinateur de la prise en charge

Le médecin généraliste est au cœur de la prise en charge, dans la prévention, le dépistage, le soins, l'éducation des patients, et l'adressage aux réseaux spécialisés. Il peut aussi avoir un rôle de formateur dans la diffusion de son savoir auprès d'autres acteurs. Il est donc important qu'il soit mis au courant de l'existence des structures dédiées, afin de l'aider dans sa prise en charge.

E1 : Je suis médecin généraliste. Concernant l'obésité j'étais médecin coordinateur donc à REUNIR pendant quelques années, j'ai encadré aussi des séjours d'éducation thérapeutique dit de niveau 3 de prise en charge d'obésité infantile à Cilaos. C'est des séjours en milieu... dans un cadre ludique, je me doute que tu en as déjà entendu parler, et sinon je suis médecin du RP 974 aussi sur mon cabinet.

E1 : Oui, je fais des actions d'éducation thérapeutique assez régulièrement, pour l'asthme, pour le diabète, et pour l'obésité systématiquement je l'aborde dans mes consultations, en tout cas j'essaye, notamment avec la prise en charge de l'obésité infantile, avec derrière une proposition soit de prise en charge par le Réseau Pédiatrique, soit par REUNIR ou des structures similaires.

E3 : La place du médecin généraliste est très importante je pense. C'est le premier lien médical à mon avis qui existe avec la population, donc du coup effectivement je pense que les médecins généralistes ont un grand rôle à jouer dans l'amorce du lien entre les personnes qui rencontrent un problème avec les autres partenaires. Et c'est vrai qu'à mon avis, les médecins généralistes d'une commune, du moins la majeure partie devrait être au courant de l'existence d'une organisation traitant de cette problématique d'obésité infantile, et ils devraient maîtriser de manière claire quels sont les partenaires qui existent sur le secteur pour pouvoir orienter les personnes. Et là oui ! Et c'est vrai qu'avec Sport sur Ordonnance, et si on prend cette problématique, le médecin généraliste c'est la charnière en fait. C'est lui qui va constater, et c'est lui qui va orienter. Et sur le versant obésité infantile, ça doit être la même chose je pense.

E4 : C'est épisodique hein. Donc ça dépend, des fois j'en repère un, des fois c'est l'école qui me l'envoie. Il y a des patients qui ne sont pas du tout des patients du cabinet mais qui sont envoyés par la médecine scolaire, parce que l'infirmière scolaire a noté justement un surpoids chez l'enfant, et du coup avec l'accord des parents ils m'envoient les enfants et je les soigne aussi, enfin je les voie aussi pour ça, en les incluant dans le réseau.

E5 : En tout cas pour moi c'est essentiel qu'ils soient là et qu'ils fassent partie prenante de la prise en charge d'un enfant, soit qui les oriente, soit qui se mette en lien avec des organismes qui sont plus ciblés sur la pris en charge du surpoids et de l'obésité.

E8 : Avec nous, on appuie à la coordination, c'est le médecin qui intègre l'enfant dans le réseau pédiatrique, c'est le médecin traitant mais pas forcément, qui coordonne le parcours, et nous on fait de l'appui à la coordination, donc quand il y a une rupture de parcours, quand il y a une problématique, un cas complexe, on intervient, soit Maeva qui est assistant, qui a beaucoup les familles au téléphone, les médecins, et quand c'est un cas un peu plus complexe, c'est moi en tant que médecin coordinateur qui appelle les familles les diéts, les psychologues, les enseignants d'activité physique adaptée, les médecins.

(3) Relation privilégiée de confiance avec la famille

Il existe une étroite relation de confiance entre le médecin de famille et le patient, d'où découle une certaine attente des familles vis-à-vis de lui, pour prendre en charge leurs soucis de santé, notamment l'obésité infantile. Le médecin généraliste doit donc assumer cette place qui lui revient, et accepter de s'occuper de cette problématique. Ce temps accordé à cette mission le plus précocement possible permettrait d'améliorer le futur de l'enfant.

E6 : Il joue, il devrait jouer une place capitale. Parce que c'est vrai que parler d'obésité infantile c'est pas avec son prof, c'est pas avec... J'allais dire pas avec l'IDE mais si, l'IDE de l'établissement, mais c'est plutôt en général au médecin de famille à qui on confie... A qui les familles font confiance, qui oriente. On peut lui faire confiance, c'est pas n'importe qui qui nous oriente, c'est le médecin de famille qui a suivi le grand frère, la petite sœur, etc. Donc une place capitale. Maintenant, il faut clairement que cette place soit prise, soit remplie. Vous voyez ce que je veux dire ? Après moi je ne mets rien en question, je relate ce que j'ai pu entendre dans les différents échanges. Et je pense que si effectivement l'ensemble des médecins « prenaient le temps » ou « avaient le temps », je ne sais pas comment le préciser, pour le faire, il y a des choses qu'on gagnerait pour un peu plus tard dans la vie de cet enfant.

b) Difficulté de prise en charge de l'obésité infantile par le Médecin généraliste seul

La prise en charge de l'obésité infantile par le médecin généraliste est difficile, soit en raison de la particularité de cette prise en charge qui demande du temps et de la pluridisciplinarité, soit en raison de représentations erronées qu'il pourrait avoir.

E2 : Ah là par contre je vais être pessimiste ! Je pense qu'ils sont dépassés par les événements. Je pense qu'il y a trop de facteurs sur lesquels il faut jouer, et c'est fatigant, c'est pas facile, et on est vite désemparé. Je pense qu'il y a 2 types de médecins, ceux qui accordent de l'importance à l'obésité infantile et qui feront tout pour intervenir, donc vont se mettre dans les réseaux, vont adresser les patients aux structures environnantes, donc qui feront beaucoup de choses, ces médecins-là risquent par contre d'être épuisés par ce type de prise en charge, et l'épuisement peut concourir à une diminution de la prise en charge, on le voit un peu avec le RP 974 puis qu'il y a pleins de médecins qui ont fait la formation réseaux, mais pourtant en termes d'actifs, de file active, il y en a pleins qui n'ont pas de patient en file active, et qui sont débordés, qui n'ont pas le temps de mettre ces actions en place. Après il y a les médecins qui sont peu intéressés par la prise en charge de l'obésité infantile comme j'avais dit initialement, pour des prétextes de heu... c'est la culture à La Réunion, c'est comme ça. Ça par contre c'est un problème de représentation. Je pense qu'il y en a certains qui ont une représentation erronée de l'obésité infantile par soi-disant une explication culturelle de l'obésité. Je pense que c'est un peu facile de ne pas faire de prise en charge pour ces raisons-là et je pense que ce sont des prétextes, mais bon après... ce serait à étudier plus précisément, au niveau de leur représentation.

(1) Insuffisance d'implication de certains médecins généralistes liée à un désintérêt de la problématique

E4 : Par manque d'intérêt, par manque de temps, c'est peut-être personnel, je sais pas moi, mais il y a un désintérêt complet de cette problématique-là. Pourtant on est au courant de tout ce qui se passe par la suite. Mais la priorité pour eux elle n'est pas là. Ils voient l'urgence. Un gamin qui vient pour un problème X ou Y, ils règlent le problème X ou Y, ils ne pensent pas à peser, mesurer, faire la courbe de poids etc. Et c'est dingue le nombre de confrères, bon je veux pas dénigrer, mais même les pédiatres ils le font pas ! les pédiatres en ville ! Parfois la courbe de poids elle est même pas faite ! C'est une aberration ! Vous voyez ce que je veux dire ? Donc c'est clair que c'est insuffisant complet. Pour répondre à votre question, c'est complètement insuffisant.

(2) Difficulté liée au manque d'information, de formation, parfois responsable de défaut de représentations

Fatalisme de certains médecins, lié à leur représentation de l'obésité infantile et au mode de vie de leurs patients, ainsi qu'à une insuffisance de connaissance de cette problématique. Ces difficultés sont d'autant plus dures à surmonter, que la prise en charge de l'obésité infantile diffère, par son approche et son suivi, des autres activités du médecin généraliste

E8 : Il y a aussi ceux qui sont fatalistes, qui pensent que ça ne sert à rien, que quand toute la famille est en surpoids ou obèse, de toute façon on ne pourra pas faire grand-chose, avec les discours de « de tout façon les gens ne sont pas motivés, les gens mangent n'importe quoi », avec cette vision un peu négative de l'obésité, infantile ou pas infantile

E8 : Oui ! il y en a très peu qui connaissent en fait. Après aussi, il faut connaître, c'est pas sur les courbes du carnet de santé, l'IOTF 30, le rebond d'adiposité précoce pareil, je pense qu'ils ont déjà entendu, on leur a dit que c'est un des critères, mais savoir ce que c'est en pratique sur la courbe le rebond d'adiposité précoce, je ne suis pas sûre que ce soit clair pour tout le monde. Et puis voilà, 97^e percentile comme définition du surpoids, l'IOTF 30 comme définition de l'obésité, finalement il y en a très peu qui connaissent.

E8 : Après, clairement, mais parce que ça ne leur a pas été expliqué, la définition de l'obésité de l'enfant, peu la connaissent...

E9 : L'obésité, on reçoit la famille, il faut l'écouter, longtemps, parce qu'elle ne se livre pas tout de suite et tout d'un coup, il faut la comprendre, il faut l'encourager, même si dans les conseils qui sont donnés, des fois un peu trop ambitieux ou restrictif par rapport à des comportements, il y a derrière de la bonne volonté, mais la famille peut être découragée par ça donc il faut bien comprendre la famille, il faut bien comprendre le problème, beaucoup écouter, il faut avoir beaucoup d'empathie, je dis pas que les médecins n'en n'ont pas, mais il faut être capable d'aller chercher, il faut faire de l'éducation thérapeutique, c'est indispensable j'imagine pour prendre en charge correctement cette maladie, je sais pas comment dire, ce problème de santé. Donc je pense que les médecins sont sensibilisés à ça, ils ne sont pas tous prêts, et formés, et capables, je le dis, de s'en occuper correctement.

E9 : Et puis à côté de ça, il y a ceux qui disent « Pffff, j'ai beau leur dire, de toute façon ils mangent trop, ça sert à rien, ils écoutent pas ». Donc je schématise à peine, mais c'est une réalité, il y a des médecins qui pense que c'est impossible de faire entendre, comprendre quelque chose à leur patient. Parce que oui, c'est vrai, c'est pas parce qu'on est enrôlé qu'on se sent malade, c'est toute la difficulté. Et donc toute la difficulté je crois aussi, et tous les médecins ne l'ont peut-être pas compris, c'est que c'est une prise en charge qui est complètement différente je trouve, du métier que le médecin fait habituellement.

(3) Difficulté liée au caractère chronophage de cette prise en charge pour un médecin seul

La prise en charge de l'obésité infantile par le médecin seule est trop chronophage.

E8 : Il y a ceux qui ont envie de faire, mais qui trouvent que c'est trop chronophage dans leur organisation, notamment ceux qui n'ont pas de consultation sur rendez-vous, ou parce qu'ils sont seuls, donc voilà, c'est difficilement compatible avec leur activité donc ils font, mais pas autant qu'ils aimeraient faire.

(4) Des médecins souvent trop isolés dans leur prise en charge

Méconnaissance de l'action du médecin généraliste pour la prise en charge de l'obésité infantile, mais certitude que cette action seule, bien qu'essentielle est insuffisante et que le problème étant multifactoriel, sa prise en charge est nécessairement pluridisciplinaire et englobante aussi la famille de l'enfant, avec nécessité d'améliorer le dialogue avec les partenaires éventuels

E5 : Je n'ai jamais vraiment confronté les idées et discuté avec les médecins traitants sur leur point de vue par rapport à la prise en charge de ces enfants-là. Après, ça ne peut être qu'un avis personnel et de me dire que... Voilà, une prise en charge du médecin traitant seul sur une évaluation poids taille, pour moi c'est pas suffisant, après, est-ce qu'ils font l'orientation, est-ce qu'ils appuient sur la prise en charge psychologique, est-ce qu'ils appuient sur l'orientation sur des ateliers sur l'alimentation, la cuisine, le sport, est-ce qu'ils le font je ne sais pas, je peux pas vous dire, mais en tout cas, ils pourraient travailler ça quoi. Une prise en charge du médecin traitant seul, pour moi c'est pas efficace. Enfin je ne pense pas. Comme je vous disais, pour moi c'est un problème multifactoriel, on ne peut pas travailler que sur un équilibre alimentaire pour que ça s'améliore, ou que sur un poids taille, quoi. C'est pas suffisant et puis il faut une prise en charge de la famille en général, c'est des habitudes de vie, c'est une problématique familiale, donc voir que l'enfant... Et des fois, dans la famille, l'enfant peut être amené chez le médecin traitant par la maman qui fait très attention, et puis à côté le papa ne fait pas du tout attention, ou les grands parents ! Dès que les enfants vont chez les grands parents ils vont être gâtés, ils vont avoir pleins de choses, de sucreries, ils vont pas dire stop ! Et la famille, la maman peut se battre, le papa peut se battre, ils sont complètement impuissants. C'est vrai que le médecin traitant seul c'est pas suffisant. C'est bien, c'est essentiel, c'est un bon point de départ, peut-être à des temps réguliers, mais pas seul, pas uniquement.

E7 : Juste sur mon retour d'expérience sur les enfants obèses que j'ai eu à mon cabinet. Bah le médecin généraliste, pour moi, j'ai pu repérer une surcharge chez un enfant, mais c'est que mon diagnostic, le médecin ne m'a informé aucunement, alors que c'est lui qui m'a fait la prescription.

Nécessité de simplifier et de coordonner les outils d'aide aux médecins proposés par les réseaux ou les institutions pour assurer une meilleure prise en charge des enfants. Cette tâche pourrait être attribuée au COPIL

E6 : Après, c'est cette fameuse mise en réseau qui est peut-être « compliquée », enfin peut être longue, en fait. L'idée c'est vraiment de travailler avec ces médecins-là, pour trouver l'outil qui nous permette de partager ce qu'on peut partager bien sûr, puisqu'il y a ce qui est de l'ordre du secret médical, donc l'idée c'est vraiment de trouver un outil qui ne vienne pas s'imposer au médecin comme une charge trop lourde, mais quelque chose qui soit plus synthétique, il y a des fiches de liaison par exemple, qui ont été partagées. Puisqu'il y avait une fiche du médecin qui existait, et il y a une autre fiche dans l'Education Nationale qui existe. Et donc l'idée c'était de mettre en synergie ces deux types d'outils pour essayer de créer un seul et même outil, finalement assez concis, mais qu'on ait le même outil pour le patient. Oui, c'est des détails, mais dans ce domaine-là, ça existe. Moi j'ai entendu parler de deux fiches de liaison dans deux organisations différentes, qui visent le même objectif, le bien-être de l'enfant. Donc voilà, ça il faudrait que ce soit posé, et faire en sorte qu'il y ait un seul et même outil.

c) Evolution favorable de la pratique des médecins généralistes vis-à-vis de l'obésité infantile

(1) Diversité des pratiques selon les médecins généralistes.

Diversité des pratiques, des actions de prévention, et des approches selon les médecins généralistes, malgré les formations et les aides extérieures

E6 : Parce qu'on s'est rendu compte aussi sur l'une des réunions, moi j'ai été surprise que les courbes par exemple n'étaient pas forcément prises en considération par l'ensemble des médecins. Moi je croyais que c'était une évidence. On emmène notre enfant... Pour moi c'était une évidence ! Et non ce n'est pas une évidence, même chez le médecin... Donc ça j'avoue que j'étais surprise d'entendre que non, ce n'était pas forcément fait automatiquement. Et j'ai eu l'impression que c'était l'affaire des pédiatres en fait. Non, l'enfant peut être suivi par un médecin qui n'est pas pédiatre ! On est bien d'accord ! Donc cette fameuse courbe elle n'est pas forcément retranscrite.

E9 : Parce qu'il faut des formations, et ça ne suffit pas, il faut des aides, on a des aides, des fiches d'aide à la consultation qu'on a mis au point, pour que le médecin puisse avoir un sujet de discussion avec la famille, mais ça ne suffit pas. Je pense que vraiment il y a une attitude particulière, mais on le voit avec les médecins, on les connaît, et on voit les médecins avec qui ça se passe bien, et on voit que c'est dû plutôt à... Juste à ça : à la façon qu'a le médecin de s'occuper de cette problématique. Sa relation humaine qu'il va mettre là-dedans.

(2) Enthousiasme des médecins généralistes soutenus par des réseaux tels que le RP 974

Enthousiasme des médecins généralistes soutenus par les réseaux et formés à l'éducation thérapeutique.

E8 : Il y en a dans le réseau qui sont extrêmement impliqués, ceux qui sont formés en éducation thérapeutique, ceux qui ont une sensibilité à la nutrition, il y en a qui sont très impliqués, et qui ont envie de faire, et qui ont envie de suivre et qui n'ont pas envie de déléguer cette prise en charge, et qui trouvent ça assez satisfaisant,

E8 : On va dire que les médecins les plus récemment formés sont peut-être moins fatalistes et on peut-être plus envie de faire.

E8 : Moi je vois vraiment une différence entre ceux qui ont une approche éducation thérapeutique et ceux qui ne l'ont pas.

E8 : Oui, en tout cas, avec cette expérimentation, ça a permis de les sensibiliser à cette problématique, et après, je pense qu'ils se sont quand même pas mal saisis de ça, la mission Retrouve Ton Cap, avec le côté on est content de pouvoir s'appuyer sur d'autres professionnels, de pouvoir les orienter vers d'autres professionnels. Enfin moi c'est ma perception. Quand j'ai les médecins, ils sont tous plutôt enthousiastes.

E9 : Ça reste hyper vaste ! D'expérience avec les médecins qui travaillent chez nous, nous on a formé 250 médecins. Sur les 250, on en a une grosse centaine qui participent à la prise en charge réseau, en travaillant avec nos outils, et en suivant en même temps avec le dossier médical, en leur faisant profiter d'une prise en charge pluridisciplinaire, donc ils sont venus aux formations, ça veut dire qu'ils s'intéressent quand même à l'obésité, mais après concrètement, nous on a pu voir qu'une grosse centaine, donc sur 250 s'impliquait dans la prise en charge. Ça veut pas dire que les autres ne s'y intéressent pas, mais ils n'ont pas le temps, ou leur patientèle n'est pas prête, ou ils n'arrivent pas à s'organiser pour proposer des consultations longues nécessitées par les modalités de cette prise en charge. Donc il y a ça, on n'a pas toujours les possibilités de s'impliquer dedans.

(3) Une jeune génération de médecins généralistes plus sensibilisée et ouverte au travail en équipe

Changement de pratique de la nouvelle génération de médecins, qui est ouverte au travail en équipe et à la mise en réseaux, et semble plus sensibilisée à la problématique de l'obésité infantile

E3 : Oui. Euh... Je dirais, j'allais dire, la nouvelle génération de Vanessa, de vous, de jeunes médecins, ils sont très sensibles à ce problème-là. Après chez les médecins un peu plus anciens, je pense qu'ils voient le problème, mais après je ne pense pas qu'ils soient aussi dynamiques que ça auprès du parent ou de la famille, pour faire en sorte que la famille puisse entrer dans une dynamique de traitement ou de trouver les partenaires pour les aider. Je pense qu'ils sont moins là-dessus. Enfin c'est mon impression hein ?

E8 : On va dire que les médecins les plus récemment formés sont peut-être moins fatalistes et on peut-être plus envie de faire.

E9 : On a des médecins ancienne génération qui ont leur habitude de travailler tout seul dans leur cabinet avec leur petit réseau, « je connais untel, je connais untel,

je connais untel », et modifier un peu ce fonctionnement c'est pas évident. On se rend compte que les jeunes médecins, la nouvelle génération, est beaucoup plus ouverte à un fonctionnement en réseau et au travail en équipe, à des choses un peu plus différentes de ce que pouvaient pratiquer leurs anciens.

(4) Intérêt croissant des médecins généralistes pour l'obésité infantile

Il existe une multiplicité des pratiques des médecins généralistes selon leur sensibilisation et formation. Le constat de l'augmentation de la proportion de médecins sensibilisés au problème de l'obésité infantile permet cependant d'être optimiste quant à l'intérêt qu'ils y portent

E1 : J'ai visité quelques médecins pour aborder la question de l'obésité infantile dans le cadre de REUNIR, il y avait forcément un biais de sélection, c'est en plus une approche personnelle, il y avait peut-être... une trentaine de médecins, mais il y avait de tout ! de tout type de médecins : des qui ne savaient pas ce que c'était que l'IMC (haussement de sourcils)... des médecins qui étaient tout à fait renseignés, et qui prenaient en charge des enfants de l'obésité infantile dans le cadre du Réseau Pédiatrique. Donc il y a vraiment une diversité, il y a autant de pratique de médecine générale que de médecins généralistes. Donc voilà. Globalement, on est de plus en plus formé, de plus en plus informés sur la problématique. Après, à chaque médecin généraliste de mettre en place des choses qui lui semblent pertinentes et nécessaires.

E9 : Ensuite, c'est pas parce qu'ils prescrivent que ça va aller jusqu'au bout, que les familles vont voir la diet et tout ça, mais en tout cas, on sent les médecins qui sont intéressés.

d) *Place des médecins dans la politique de santé de leur ville*

(1) Cette place dépend de l'intérêt de chaque médecin et du temps qu'il est prêt à lui accorder

Multiplicité des pratiques de la médecine libérale qui rendent le médecin généraliste libre de son choix d'activité.

E1 : Elle est là où il se positionne aussi, hein ? c'est une médecine libérale, chacun le voie comme il le veut, moi je suis pas là pour donner des leçons par rapport aux autres pratiques, moi je me sens investi dans la problématique de santé publique, comme j'ai été formé et je suis sensibilisé à ça, donc j'essaye de faire ça au quotidien, après si d'autres médecins ne voient pas cette médecine générale comme ça, bah... c'est le patient qui va finir par choisir son médecin généraliste. Donc voilà, il y a une liberté d'exercice, et une liberté de vision aussi dans leur pratique.

Tous les médecins ne se sentent pas concernés par l'aspect politique de la santé publique, et tiennent seulement à être tenus informés : la présence du médecin généraliste n'est pas requise dans l'élaboration des politiques de santé publique, car cela est du domaine purement politique et administratif.

E4 : Averti ça c'est certain, mais je sais pas si c'est utile après de délayer et d'avoir 50 médecins présents, ce n'est pas utile non plus... Le Dr P. elle a un très bon

rôle, médecin de terrain et tout, un très bon rôle. Elle prend beaucoup plus la parole que moi d'ailleurs. Elle est beaucoup plus impliquée, beaucoup plus heu... Nos deux présences suffisent je pense, c'est pas la peine d'en faire plus. Et après... Les décisions elles ne dépendent pas de l'avis du médecin je pense. C'est bien qu'ils prennent des décisions entre eux et c'est très politique, très administratif, très communal. C'est des décisions qui sont très internes, et donc la médecine n'intervient pas beaucoup là-dedans.

(2) La représentation des médecins généralistes lors de l'élaboration du CLS était faible, du fait du manque de leur disponibilité

Une multitude d'acteurs du monde social et institutionnel a participé à l'élaboration du CLS, cependant, les médecins, bien que le sujet touche de près à la santé, y ont été très peu représentés du fait des horaires des réunions, qui coïncident aux horaires d'activité de ces derniers, les rendant indisponibles.

E6 : Donc il y en a eu des médecins, mais il n'y en a pas eu beaucoup, et j'arrive pas à mettre la main sur le document qui me permet de vous dire combien on en a eu, mais je vais pouvoir le faire je pense... Il y avait bien sur des élus, il y avait la préfecture, puisque c'est un contrat qui est en trois parties, on avait la sous-préfecture, la Direction Régionale Jeunesse et Sport, [...] bon c'est des gens qui ne sont pas forcément là, ils sont conviés là-dedans, puisque le CLS est censé aborder toutes les thématiques en lien avec la santé selon la définition de l'OMS. Il y avait un médecin conseiller du Rectorat, la médecine scolaire, la Caisse Régionale de Sécurité Sociale c'est pas un médecin mais l'ARS, l'IREPS, l'Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion, les pharmaciens, la gendarmerie, les bailleurs sociaux... Bah non, il n'y en a pas beaucoup... Il y a le médecin du service des actions de santé du Port... Donc il y en a deux sur... Beaucoup plus que ce que j'ai évoqué tout à l'heure. Donc autant dire qu'il n'y en a pas beaucoup, et donc après aussi c'est une histoire d'agenda, c'est ce que je vous disais, nous nos réunions se passent en journée, en journée le médecin il travaille.

(3) Les médecins généralistes, ainsi que tous les autres acteurs de santé, auraient un rôle à jouer dans la politique de santé de leur ville :

E2 : Je pense que le médecin, mais aussi les autres professionnels de santé : les IDE, les kinés, qui sont des acteurs de promotion de la santé, évidemment.

Intérêt consultatif du médecin généraliste dans la prise de décisions municipales, car acteur de terrain ayant une vision globale de la santé de la population sur son secteur, permettant ainsi de donner une légitimité et un sens aux projets municipaux. Intérêt notamment en prévention primaire, le médecin généraliste étant une forme d'observatoire de santé.

E5 : Je pense que c'est important qu'il soit consulté parce que c'est lui quand même qui a un regard sur la population du secteur, et qui va poser des diagnostics de problèmes de santé locaux. Donc c'est vrai que c'est important d'avoir le point de vu

des médecins traitants de la zone pour savoir un peu quelles sont les problématiques de la population sur laquelle on veut travailler. Parce que c'est comme moi sur l'échelle de l'établissement : si je ne me base pas sur des diagnostics pour poser des projets, quel sens donner au projet, si c'est juste l'envie que moi j'en ai, ou si c'est pour suivre des directives nationales... Après je me pose sur le diagnostic de mon établissement, et sur les problèmes des élèves de mon établissement. Donc sur un contrat local de santé c'est la même démarche, il faut aller voir quelles sont les problématiques de la population et sur quel secteur, pour donner du crédit au projet qu'on veut monter. Parce que c'est le médecin traitant qui va voir la population générale, il peut passer des messages, il peut dire, attendez, il existe telle ou telle structures, tels ou tels projets, il peut orienter aussi. Donc ça me paraît essentiel déjà en prévention primaire, que lui il observe, il pose des choses, et puis qu'il oriente la mairie, oui. Et qu'il valide, sur des projets de mairie, est ce que déjà c'est intéressant de les travailler, est-ce que c'est viable, et est-ce qu'ils peuvent y participer, oui/non ? Moi ça me paraît un élément essentiel le médecin traitant, oui. C'est des observatoires de santé hein ? sur des petites échelles quoi.

E9 : Donc je pense que, comme je le disais tout à l'heure, je crois en la force, la synergie, le rassemblement des compétences et du travail des uns et des autres pour atteindre un objectif. Donc pourquoi les médecins ne travailleraient pas dans un projet communal ? Bah oui, pourquoi pas ? Pourquoi pas ! Donc là il faut trouver juste l'intérêt pour eux, il faut trouver un projet dont on voit bien les tenants et les aboutissants, il faut qu'il y ait une communication qui soit faite régulièrement pour expliquer comment ça avance, il faut qu'il y ait une complémentarité à trouver entre les uns et les autres. Voilà, on a un objectif, et on sait que pour atteindre cet objectif, soit on y va tout seul de son côté, soit on se met ensemble pour y aller. Tout seul on va plus vite, mais à plusieurs on va plus loin. Vous voyez ce que je veux dire ? Bien sûr on peut avancer tout seul et tracer sa route, on va aller quelque part mais tout seul. À plusieurs, on s'entraide, on peut construire quelque chose et si c'est quelque chose qui tient la route, on va pouvoir aller plus loin. Donc moi je trouve qu'il y a certainement et sûrement une place (pour le médecin généraliste).

Intérêt pour leur pratique : la participation des médecins aux projets municipaux leur permettrait de se tenir informés des nouveautés de la ville, et de faciliter leur mise en réseaux par la rencontre des différents autres acteurs de terrains, pour ainsi mieux orienter les familles dans un parcours de soins optimisé

E6 : Alors la place du médecin généraliste, elle est assez claire pour moi, c'est-à-dire que le fait d'avoir des médecins d'une part ça permet à ces médecins d'être informés de ce qui se fait, la mise en réseau permet d'orienter une famille qui a telle ou telle difficulté, il rencontre les différents acteurs, hormis la grande messe de ces comités de pilotage, il y a quand même des acteurs qui sont autour de la table, et ça permet de mettre un nom sur des visages. Et au-delà ça permet de voilà, sur la ville dans laquelle j'exerce, je rencontre telle ou telle problématique avec certaines familles, j'ai effectivement tel ou tel acteur que je peux interpeler. Donc cette mise en réseau, c'est toujours au bénéfice du patient, de l'utilisateur.

La municipalité devrait impliquer plus les médecins libéraux, afin de les sensibiliser aux problématiques telles que l'obésité infantile, et les inclure dans les réseaux de la ville. L'hypothèse étant que les actions locales et municipales permettent d'impliquer les médecins et les sensibiliser à des problèmes de santé publique.

E2 : Après la place des médecins, dans le COPIL, oui, bien sûr, mais c'est aussi la place du médecin dans le CLS comme on en a parlé tout à l'heure. C'est étonnant qu'il n'y en ait pas plus.

E3 : Bah c'est ce que j'ai demandé justement à la municipalité justement à l'élue qui est en charge de ce sujet-là, que peut être elle, en tant qu'élue, elle pourrait à un moment donner solliciter les médecins installés sur la ville du Port sur une rencontre d'échange et de sensibilisation sur cette problématique, et pendant cette réunion, leur présenter le projet du Port sur cet aspect de l'obésité d'une manière générale, et voir s'ils seraient volontaires pour rentrer dans un réseau portois traitant de cette problématique.

E3 : Et je pense que là à un moment donné il faudrait que ce soit un aspect politique posé et porté par la municipalité. Et là je pense que les médecins verraient d'un autre œil cette sollicitation. Moi O.M.S du Port je les ai sollicités, bon. J'en connais quelques-uns, ils vont me dire oui, on va dire M. M., il veut bien, mais selon leurs disponibilités, et malheureusement tels que je connais les quelques amis médecins que j'ai, en termes de disponibilité, ils sont très short.

E3 : On avait voulu mettre en place à un moment donné un centre médico sportif, j'ai eu deux médecins, ils venaient quoi ? deux soirs par semaine, à chaque fois heures, mais voilà au bout d'un an ils se sont essouffés, non ils pouvaient pas suivre. Là-dessus on a du mal. Parce que je peux comprendre ils ont leur métier en premier lieu, mais après bon... Mais je pense qu'avec la quantité de médecins qu'il y a on peut créer un réseau, on peut faire une plaque tournante, un relai pour que ce ne soit pas tout le temps le même qui soit mobilisé, et que ce soit moins lourd dans le fonctionnement. Réseau à créer

E8 : bah dans ce dispositif où on essayait de renforcer le dépistage, il faut bien entendu qu'il y ait une réponse à ce dépistage, et donc la première réponse à ce dépistage, c'est l'orientation vers le médecin traitant. Donc bien entendu qu'il faut qu'il soit impliqué. Et puis aussi le fait qu'il y ait cette action locale, ça peut aussi aider à sensibiliser les médecins comme la mission Retrouve ton Cap, dont La Réunion est département expérimental, qui permet de sensibiliser les médecins du département, bah là pareil quand il y a ce type d'action, ça permet de sensibiliser les médecins locaux j'imagine

(4) Insuffisance de communication entre la municipalité et les médecins libéraux concertant les problèmes de santé publique

Alors qu'ils sont eux même acteurs de terrain, certains médecins ont le sentiment d'être mis à l'écart dans les prises de décisions municipales touchant à la santé publique, avec une absence de communication et de sollicitation.

E2 : Je trouve vraiment dommage par contre que le CLS ait été rédigé sans concertation avec les médecins du secteur, je suis un peu étonnée de ça. C'est vrai

que le CLS, la mairie a fait une enquête auprès de la population mais, auprès des médecins, apparemment non. Ensuite peut-être que je me trompe, mais il me semble que non, et dans l'application du CLS, j'ai l'impression aussi que les médecins sont oubliés, parce qu'on n'est jamais sollicité pour participer à des actions ou on n'est même pas au courant qu'il y a des actions qui sont mises en place, alors que les actions s'adressent à nos patients. Donc ça en termes de communication, c'est un peu dommage, ce serait bien qu'il y ait un peu plus de communication sur ce que la mairie met en place et dans ces actions qui sont mises en place, laisser peut-être aux médecins et aux professionnels de santé une place pour s'exprimer et pour participer serait intéressant.

Ce manque de communication est responsable d'une méconnaissance réciproque de la municipalité et des médecins généraliste, ce qui est un frein à un partenariat potentiellement fructueux.

E2 : Je pense qu'il y a une peur d'aller vers les médecins par la mairie, par le CCAS, qui redoute peut-être le médecin qui est souvent décrit comme quelqu'un d'inaccessible, non impliqué. Je pense que cette vision, vu ce qu'on met en place elle est fautive, c'était peut-être une vision un peu erronée. C'est dommage parce que la mairie et le CCAS ne voient pas forcément les médecins comme des partenaires, alors qu'il me semble que ce serait intéressant. Après, que les médecins répondent ne répondent pas, ça je sais pas hein, mais en tout cas qu'il y ait cette possibilité de proposition et qu'il y ait une communication destinée aux médecins, destinée aux salles d'attente des médecins parce qu'il y a quand même beaucoup de monde qui passe et l'impact de campagne de communication au sein des cabinets médicaux pourrait être important.

L'organisation de réunions informelles pourrait corriger le cloisonnement des professions médico-sociales au sein d'une même commune.

E2 : J'ai l'impression que c'est par manque de communication, et très probablement aussi par manque de temps. Et par manque d'interface : on travaille dans la même ville, on œuvre pour la même chose, le bien être des gens, mais on ne se parle pas, donc peut-être qu'il faudrait organiser des réunions informelles entre professionnels du monde médico-social. Et dans médico-social, il a « médico », donc il y a un médecin.

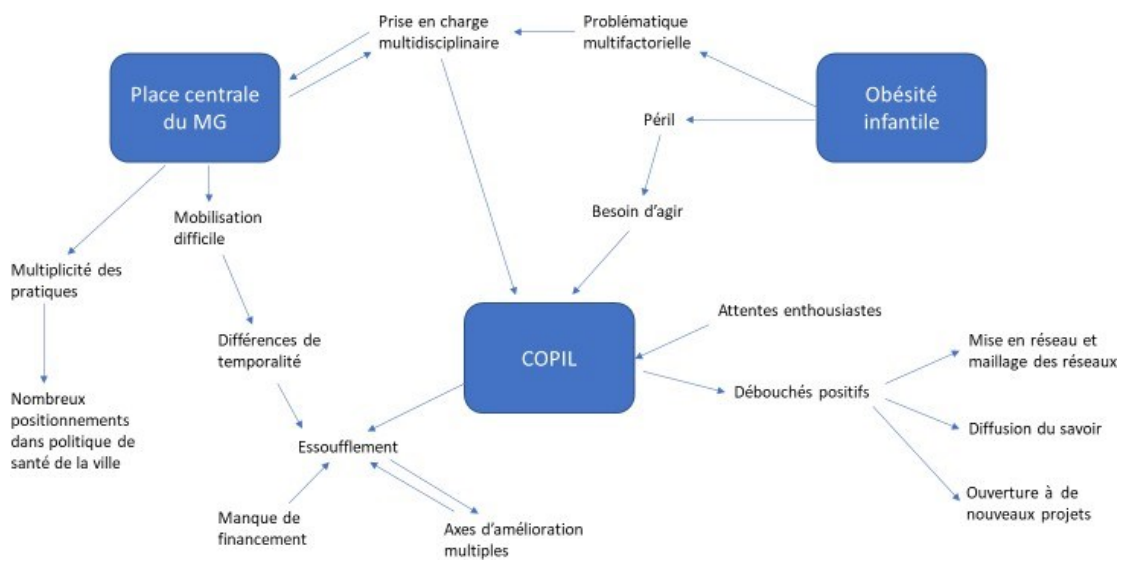


Schéma 5 : Co construction du monde médico-social autour de l'obésité infantile

IV. DISCUSSION

A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1. Forces

a) *Intérêt de l'étude*

Il s'agissait d'une étude portant sur un thème d'actualité important à La Réunion, dans la continuité du PRAANS.

Cette étude est un outil d'aide à la pérennité d'un projet d'action locale à la Possession.

L'approche sur ce sujet a été évaluée pour la première fois par un étudiant de Médecine Générale, offrant un œil nouveau à un sujet touchant aux sciences Humaines et Sociales.

b) *Choix de la méthode*

La méthode qualitative phénoménologique est une méthodologie compréhensive centrée sur la personne et son expérience vécue. Elle vise à la compréhension authentique de ce qui se présente, tel qu'il se présente dans la conscience des sujets

se prêtant aux entretiens, sans jamais se baser sur des théories connues pour l'interprétation. Cela nécessite pour nous autres chercheurs de nous positionner en retrait dans une attitude empathique et d'ouverture pour accueillir le discours du sujet.

Cette attitude neutre et sans idée préconçue, nécessaire à la théorisation à partir du discours, est appelée réduction phénoménologique, ou encore Epochè d'Husserl (14).

L'analyse interprétative des discours par l'approche phénoménologique aboutie à l'émergence de catégories conceptualisantes. Celles-ci révèlent un phénomène, permettant la compréhension globale des discours. Dans ce type d'analyse, la question de recherche relève de la compréhension d'un phénomène plutôt que de la volonté de répondre à une question précise (15).

La portée pragmatique de ce type d'analyse est de deux ordres : descriptive et organisationnelle. La transformation pragmatique de l'approche phénoménologique vient de la prise en compte de l'ensemble des contenus inscrits dans le verbatim. Selon la théorie des catégories universelles de Pierce, toutes les expériences peuvent être décrites par trois catégories interdépendantes : 1/ la théorie, les principes (tierceté), 2/ les faits, l'expérience, le vécu (secondeité), et enfin 3/ les émotions, le ressenti, la perception (primeité). Ces catégories s'organisent selon une architecture logique à partir des relations qu'elles entretiennent entre elles : 3 présuppose 2 qui présuppose 1. Autrement dit, pour expliciter une théorie, on se base sur des faits, eux-mêmes issus d'un ressenti (16).

La question de recherche visait à analyser le vécu des participants, leurs expériences, leurs représentations. S'agissant d'entretiens, les données recueillies étaient non quantifiables (15). Dans cette perspective, la démarche qualitative, qui a

pour but la compréhension et l'interprétation des pratiques et des expériences, était la mieux adaptée à notre projet.

c) *Choix de l'échantillon*

Les participants à cette étude étaient d'origines professionnelles variées, ce qui a permis une grande diversité des points de vue et des réponses, assurant la richesse des entretiens.

2. Limites : les biais

a) *Biais d'investigation*

Il s'agissait de notre première expérience en recherche qualitative. De ce fait, il arrivait parfois que les questions de relances lors des entretiens ne soient pas suffisamment ouvertes, ne permettant pas au participant de développer jusqu'au bout sa pensée. De même, le canevas d'entretien pourrait être jugé trop descriptif pour une enquête phénoménologique visant à explorer le vécu et les émotions des participants.

b) *Biais externes*

Les entretiens étaient longs. Deux médecins nous ont reçus sur un temps de consultation, et n'avaient donc pas le temps de développer suffisamment leurs récits. Leurs entretiens sont par conséquent les plus courts de ceux recueillis. Il est possible que dans un autre contexte, leurs interventions eussent apporté de nouvelles informations.

c) *Biais d'interprétation*

En absence d'expérience de l'enquêteur, l'analyse des données en vue de faire émerger des théories n'est pas exempt d'une certaine subjectivité.

Cependant, une triangulation des premiers entretiens a permis d'y pallier en partie.

B. SYNTHÈSE

1. Comment les acteurs ont-ils vécu le COPIL ?

a) *L'obésité infantile est un enjeu de santé publique, un défi à relever conjointement.*

Les acteurs s'accordent à considérer l'obésité infantile comme une problématique multifactorielle imposant une prise en charge multidisciplinaire, qui engloberait aussi la prévention par l'éducation et l'information, ainsi que le dépistage.

Ils alertent sur le caractère urgent de ces actions, l'obésité infantile pouvant être lourde de conséquences sur la santé à court et à long terme des patients concernés.

Ce risque peut dès lors avoir un impact sur notre système de santé, tel que nous le connaissons actuellement.

Ces constats rejoignent les données d'études antérieures réalisées en France métropolitaine et autres territoires d'outre-mer (17, 18).

Les acteurs pourtant issus de mondes différents, puisent leurs motivations dans des origines diverses, ils se rejoignent de par leur attitude volontariste de vouloir combler le manque de prise en charge qu'ils auraient constaté dans leur commune d'exercice qu'est la Possession. D'après eux, ce manque serait lié à une insuffisance d'implication des professionnels, probablement à cause d'une absence de formation et d'information concernant l'obésité infantile, laissant toute place à des représentations pouvant être parfois erronées. Mais il serait aussi lié à une absence de structure de premiers soins dédiée. Ce type de structure permettrait aux familles de bénéficier d'une prise en charge de proximité, dans cette commune où une partie de la population ne dispose pas de moyen de transport individuel (19). Elle aurait également comme atout d'être au plus proche des familles sur le plan relationnel, par opposition aux institutions souvent jugées intimidantes.

C'est dans cet état d'esprit et à l'occasion de la signature par la Municipalité du Contrat Local de Santé de la Possession d'une part (13) et du projet de création de la Maison de santé Pluriprofessionnelle SAKISOIGNE d'autre part, que des dynamiques jusqu'à présents cloisonnées ont pu se retrouver autour d'une table, pour mettre sur pied le COPIL.

La perspective d'une rencontre interdisciplinaire a été la source d'aspirations enthousiastes. Sur le plan intellectuel déjà, les acteurs envisageaient ce COPIL comme une source d'apprentissage, qui leur permettrait non seulement d'élargir leur vision et leur connaissance de l'obésité infantile, mais aussi de prendre conscience des actions d'autres secteurs d'activités, d'harmoniser leurs langages autour de discussions et ainsi établir un état des lieux global de la situation de l'obésité infantile à la Possession et des actions qui y sont menées. Sur le plan relationnel ensuite, les acteurs espéraient, par les rencontres, renforcer les liens préexistants, enrichir leurs réseaux en les maillant, afin de potentialiser leurs possibilités de travail. Enfin sur le plan entrepreneurial, ils avaient l'espoir de participer à la co-construction d'un projet synergique autour de l'obésité infantile, l'hypothèse étant que, si elle est bien organisée, cette coordination, cette synergie, permet aux membres d'une équipe de travailler plus efficacement que par la simple addition des actions de chacun.

Par la coopération et la mutualisation des ressources, les acteurs souhaitaient renforcer sur leur secteur l'accès aux soins et leur qualité (20), dans une logique de territorialisation de la santé.

b) Des difficultés inhérentes à l'organisation

L'engouement initial a été très important, avec des acteurs impliqués et motivés, des discussions animées, riches et variées, et un foisonnement de propositions de projets, le tout animé par une représentante du CCAS. Cette exaltation s'est cependant essouffée progressivement devant certains obstacles rencontrés.

(1) Coordination

Les acteurs ont quasiment tous déploré l'absence d'un état des lieux initial pour chaque secteur d'activité, qui aurait permis de débiter directement sur des bases concrètes, et éviter ainsi une perte de temps, source de lassitude.

Du fait de l'émulation initiale, les projets ont été jugés trop ambitieux, trop nombreux et dispersés, sans qu'il soit possible de tous les mener à bien. Ne connaissant pas l'évolution de tous ces projets, certains ont considéré que la communication, malgré les ordres du jour et les comptes rendus de rencontre, était insuffisante. Certains en ont ressenti, avec une pointe d'amertume, une impression d'être mis à l'écart.

L'hétérogénéité au sein d'un groupe est une caractéristique commune à tous les collectifs (associatifs, militants ou non, bénévoles ou non, professionnels...). Cette hétérogénéité étant décrite comme une force, mais parfois comme un frein (21), notamment lorsque qu'il s'agit de la question de la coordination du groupe.

Cette coordination était gérée par des acteurs reconnaissant être sans expérience dans ce domaine et se retrouvant parfois submergés par l'étendue de cette tâche.

(2) Temporalité

La planification des rencontres a elle aussi été sujette à quelques difficultés. En effet, la temporalité de chaque secteur d'activité étant différente, il était fastidieux de s'accorder aux agendas de chacun. Pour les institutions, ces rencontres étaient incluses dans les horaires de bureau. Cependant, pour nombre des acteurs, la participation au COPIL était basée sur le volontariat. Il était alors nécessaire de pouvoir concilier ses missions professionnelles et le temps dédié au COPIL. Cela était d'autant plus difficile pour les acteurs libéraux, comme les médecins et les kinésithérapeutes. Etant rémunéré à l'acte, un médecin libéral perd une demi-journée de travail pour pouvoir participer à une réunion. Un des médecins interrogés a d'ailleurs assuré qu'il n'aurait jamais participé au COPIL si les réunions n'avaient pas eu lieu sur son jour de repos. C'est d'ailleurs ce que souligne Mme Cécile FOURNIER, Docteur en Santé Publique et Sociologie : « *[pour les médecins généralistes] les pratiques de santé publique et de coordination restent toutefois difficiles à développer dans les conditions actuelles d'exercice du fait de contraintes organisationnelles liées à la persistance du modèle libéral marqué par la pratique isolée et le paiement à l'acte* ». (22)

A la vue de cette peine à les mobiliser, la présence peu importante des médecins a donc été jugée correcte malgré tout, bien qu'une plus grande représentation eut été la bienvenue.

Le manque de disponibilité des porteurs de projets ainsi que la quasi impossibilité de réunir tout le monde à chaque fois freinait l'efficacité des réunions.

(3) Financement

Le COPIL n'a bénéficié d'aucun financement. Cela a été regretté par les acteurs, qui considèrent que des subventions auraient permis non seulement de faciliter l'élaboration des projets proposés par le COPIL, mais surtout de solliciter l'aide d'un coordinateur externe qui aurait agi en chef de projet, auraient soulagé les acteurs des tâches administratives pour qu'ils puissent se consacrer uniquement aux missions pour lesquelles ils sont formés. Ces subventions auraient aussi permis de réaliser un défraiement pour les acteurs libéraux, afin de les inciter à venir aux réunions.

Ces défauts d'organisation, de disponibilité, et de reconnaissance financière, ont généré une perte de temps et d'énergie, amenant fatalement à une perte de motivation. Les acteurs ont constaté une inconstance progressive des participants, qui ont amené le COPIL à être de moins en moins productif.

c) *Malgré les freins, la satisfaction d'être parvenu à une co-construction*

A court terme le COPIL, projet novateur, expérimental et volontariste, ne semble pas avoir permis d'aboutir à des projets concrets et satisfaisants, faute d'organisation et de financement suffisant.

Il a cependant permis à chaque acteur d'avoir un état des lieux des actions menées sur sa commune, d'avoir une vision plus globale de l'obésité infantile, de mieux prendre conscience des enjeux et de réaliser un maillage de leurs réseaux, en créant de nouveaux partenariats, enrichissant ainsi la prise en charge de l'obésité infantile. Le travail collaboratif sur le projet de santé favorise la confiance, la connaissance mutuelle et l'émergence d'un travail collectif (23). Son côté innovant a aussi redynamisé les acteurs historiques tels que le Rectorat ou l'ARS. Finalement, les débouchés du COPIL étaient très proches des aspirations que les acteurs avaient en s'y rendant.

Les acteurs semblaient tous motivés pour voir perdurer le COPIL, qui permet d'impulser des projets transdisciplinaires dans la commune, en vue d'améliorer la qualité de vie de ses citoyens. Dans cette optique, ils étaient nombreux à proposer des axes d'améliorations, notamment pour faciliter la planification des réunions, prévenir les pertes de temps générées par les absences en renforçant la communication, ou encore revoir à la baisse les projets pour les rendre plus accessibles.

Comme le faisait remarquer l'un des acteurs, il était trop tôt au moment des entretiens pour apprécier les débouchés du COPIL : *E1 : « Après, quels sont les objectifs, et quels ont été les aboutissements ? Faut voir à la fin, qu'est-ce que ça donne, hein ? Faut du temps d'échange, savoir si c'est trop ou pas assez, j'ai pas une vision assez globale pour voir si c'est bien ou pas, parce qu'il faudrait avoir une vision sur... à long terme, sur 5 ans... »*. La co-construction demande du temps (24), le fonctionnement pluriprofessionnel étant un processus lent de transformation des modalités d'interaction et des cultures professionnelles (23).

Un des défis de ce travail intersectoriel et participatif était de permettre la rencontre et l'échange entre des acteurs inscrits dans des logiques de travail différentes en termes de temporalité, de mandats, de cultures de travail, de représentations et langages... (24). Ce défi a été relevé grâce à la volonté d'un médecin, et à la médiation du CCAS. Bien que nombre des acteurs considéraient la représentante du CCAS comme la porteuse du projet, elle-même se désignait comme une facilitatrice de rencontre, cherchant à favoriser le bon fonctionnement des dispositifs centrés sur les médecins et autres acteurs de terrain et impulser la création de partenariats. Mais elle était aussi une animatrice coordinatrice qui est parvenue à réunir des partenaires hétérogènes et à faire émerger des propositions. Elle avait un rôle de vecteur et médiateur pour que d'autres intervenants spécialisés puissent entrer en discussion et aboutir sur des actions concrètes dans l'espace local. Sans cette action d'animation,

la coopération locale n'aurait pu avoir lieu, en raison du cloisonnement entre les autres acteurs locaux (25)

2. Le médecin généraliste libéral comme acteur communautaire ?

La prise en charge de l'obésité infantile par le médecin généraliste seul est difficile de par la complexité de sa problématique, et la nécessité d'une approche pluridisciplinaire demandant du temps et de la coordination (26). Jusqu'à il y a encore une dizaine d'années, l'exercice de la médecine générale libérale concourait à travailler de manière isolée, en connaissant mal le travail et les compétences des autres soignants et en communiquant insuffisamment avec eux (27). De plus, les représentations liées à l'obésité infantile, même chez les médecins généralistes, peinent à évoluer, la reléguant souvent à un simple problème culturel (26). De ce fait, de nombreux acteurs interrogés ont été assez pessimistes sur l'intérêt que pouvaient porter les médecins généralistes sur l'obésité infantile.

Cependant, la médecine générale tend à s'ouvrir sur une pratique plus pluridisciplinaire et les médecins généralistes sembleraient très enthousiastes pour prendre en charge des enfants en situation de surpoids ou d'obésité, dès lors qu'ils seraient soutenus par des réseaux (26). De plus, la nouvelle génération de médecins généralistes s'avérerait beaucoup plus sensibilisée au sujet et plus ouverte au travail en équipe (26). Malgré une diversité des pratiques, les médecins généralistes, selon certains acteurs, auraient un intérêt croissant pour l'obésité infantile.

Cela est important, car ils considéraient le médecin généraliste libéral comme la pierre angulaire de la prise en charge de l'obésité infantile. Il serait l'acteur de terrain qui est au plus proche des familles, jouant un rôle à la fois de soignant et d'intermédiaire avec d'autres structures dédiées à l'aide à la prise en charge. Pour l'aider dans ce rôle, un acteur proposait qu'une des actions du COPIL soit de simplifier et coordonner les outils d'aide mis à leur disposition.

Le rôle du médecin généraliste étant considéré comme central et les acteurs lui accordant un statut d'expert, sa présence était jugée unanimement comme essentielle au COPIL, tant pour les avis qu'il aurait pu donner, que pour son rôle d'acteur de terrain. Sa mobilisation étant compliquée, les acteurs n'ont pas été surpris par sa faible représentation, même si tous auraient été satisfaits qu'un plus grand nombre d'entre eux soit présent.

Concernant la participation des médecins généralistes à la politique de santé de leur ville, selon un des médecins interrogés, celle-ci est variable et devrait le rester. La liberté sous entendue dans la notion de médecine libérale offre la possibilité au médecin de s'y intéresser selon ses engagements. D'autant plus que, comme nous l'avons déjà évoqué, la tarification à l'activité le rend difficilement mobilisable hors de son cabinet. Certains, peu concernés par les aspects politiques, se contenteront d'être simplement tenus informés des nouveautés. D'autres y verront une occasion d'améliorer leur pratique, notamment par la rencontre de nouveaux réseaux. D'autres enfin, aimeraient être plus impliqués, en particulier dans l'élaboration des projets. Les acteurs reconnaissent que les médecins généralistes pourraient avoir un rôle

consultatif non négligeable, grâce à leurs connaissances à la fois scientifiques et liées à leur activité de terrain.

Ce rôle du médecin acteur de santé au niveau communal ne pourra cependant se réaliser sans une meilleure communication avec la municipalité. L'émergence depuis plusieurs années de regroupement de professionnels de santé libéraux, tels que les maisons de santé pluriprofessionnelles comme solution possible à la pérennisation de l'offre de soins de premier recours et le développement des contrats locaux de santé, amènent élus locaux et professionnels de santé libéraux à se rencontrer et dialoguer (28). Ce lien étroit et cette implication entre médecins et municipalité, comme cela s'est vu à l'occasion du COPIL Obésité Infantile de la Possession, est donc un véritable déterminant de la mise en place et de pérennité du processus de coopération, qui amènera à valoriser la politique de santé de la commune. Les premières rencontres entre médecins libéraux et élus territoriaux se sont tenues en 2010 en Île de France à l'initiative de l'association Elus, Santé Publique et Territoires, faisant constat d'un besoin de dialogue entre ces 2 groupes d'acteurs : « *La santé Publique et la santé de chacun ne progresseront que s'il existe une mise en œuvre territorialisée de programmes et schémas régionaux de santé, donc une implication des collectivités territoriales de leur élus et que cela soit fait de la manière la plus partenariale possible, en particulier avec les professionnels de santé libéraux, qu'ils soient médecins généralistes ou spécialistes. Cela ne peut se faire sans territorialisation, c'est-à-dire sans les collectivités territoriales et les professionnels de santé libéraux qui œuvrent sur un même territoire. Il y a donc intérêt et obligation de se rencontrer, de mieux se connaître, de dépasser les représentations mutuelles, parfois un peu figées et archaïques, des uns sur les autres, afin de mieux travailler ensemble, pour les patients ou concitoyens qui sont les mêmes personnes* » (29).

C. OUVERTURE

L'implication dans un projet collectif demandera une prise de conscience progressive de la co-responsabilité de chacun. Il faut une réelle volonté durable de tous les acteurs en présence pour travailler ensemble dans un même projet, dans une vision partagée du territoire et de la santé. Toutefois, la seule bonne volonté des acteurs n'est pas toujours suffisante pour lever les nombreux freins possibles à la collaboration entre institutions. Les domaines de compétences, les logiques d'intervention et les temporalités des différentes entités fédérées peuvent être difficiles à intégrer dans un projet réunissant des partenaires issus de secteurs d'activité variés (24).

Cependant, le COPIL Obésité infantile a su perdurer et ses projets se concrétiser puis fleurir, voire même dépasser les objectifs prévus, permettant d'envisager de nouvelles perspectives (30). Cela est dû notamment grâce à l'ouverture de la Maison de Santé SAKISOIGNE et le dynamisme du CCAS, qui travaillent toujours en lien étroit. Cette Maison de Santé est entre autres porteuse de la Mission Retrouve ton Cap, une expérimentation destinée à prévenir l'obésité chez l'enfant, lancée début 2018 par l'Assurance Maladie pour une durée de 3 ans dans 4 départements : le Nord, le Pas-de-Calais, la Seine-Saint-Denis et La Réunion (31). Par ce projet, la Possession

devient une ville pôle de la prise en charge de l'obésité infantile à La Réunion, ravivant l'engouement des acteurs de terrains. Néanmoins, la question du financement reste toujours en suspens. Qui pourrait financer un projet de co-construction communal ? La municipalité, l'ARS, l'Union Régionale de Médecins Libéraux (URML) ?

Actuellement, les MSP et les Communautés Professionnelles Territoriales des Santé (CPTS) pourraient être des structures permettant de faciliter ces actions de co-construction avec des financements dédiés. Le travail pluriprofessionnel au sein de ces structures est un atout dans ce type de projet.

Cependant, cela limite le médecin ne travaillant pas dans ces structures et qui souhaiterait s'investir dans un projet de co-construction. Comme le rapporte M. BOURDILLON dans un article portant sur les missions de santé publique des médecins généralistes, « *La pénétration des démarches de santé en médecine générale doit s'accompagner de mesures permettant de la libération de temps médecin. Sans cela, le médecin généraliste ne pourra s'investir dans le recueil des données, leur analyse, les choix des décisions en matière d'organisation du travail de santé publique de l'unité de santé à laquelle il appartient* » et reconnaît la nécessité « *d'une organisation différente du travail et l'indemnisation des professionnels investis hors de la réalisation des actes face aux patients* » (32).

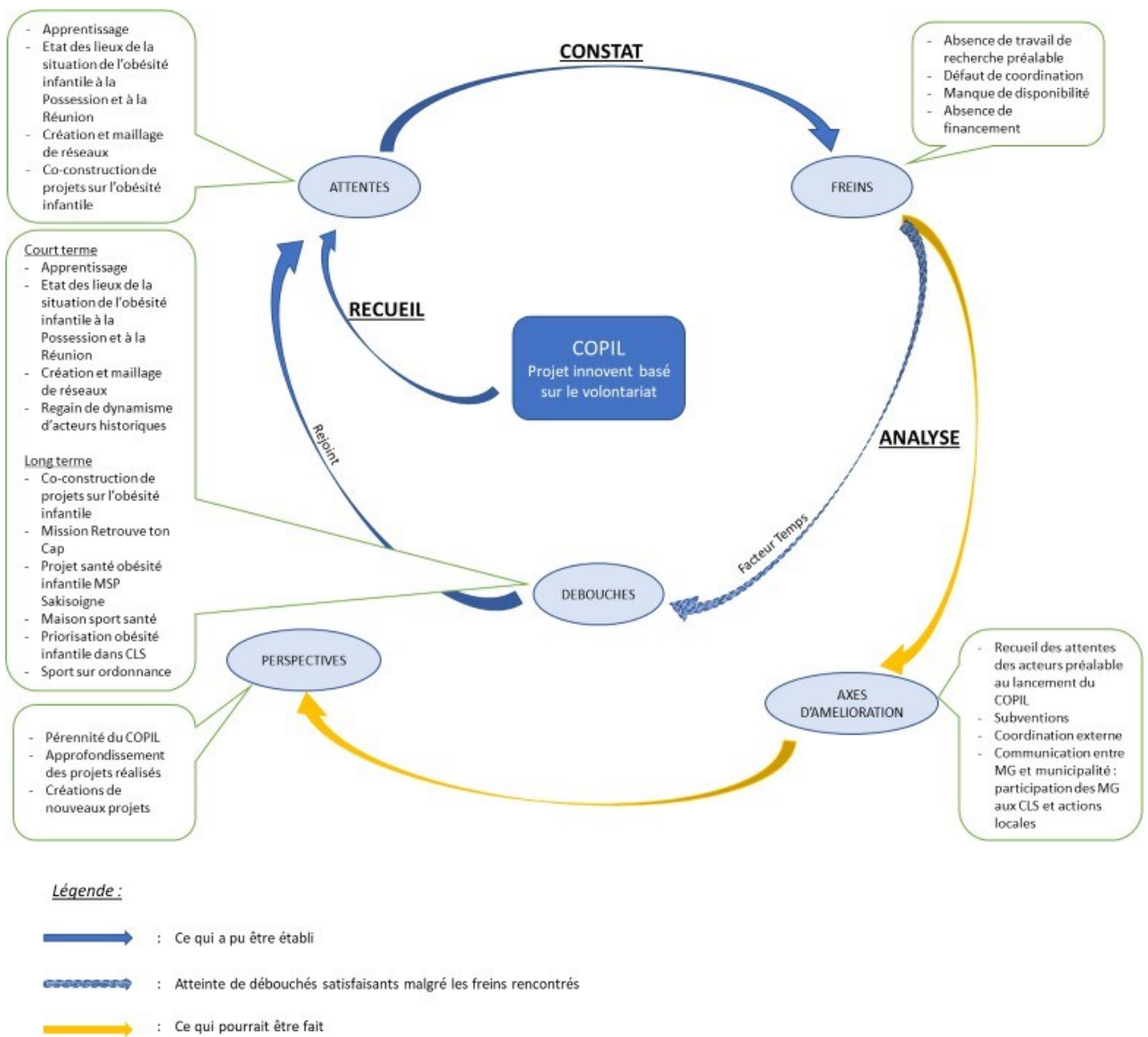


Schéma 6 : synthèse de la recherche action sur le COPIL Obésité infantile

V. CONCLUSION

Les priorités nationales et régionales de santé font sens pour les acteurs médicaux, sociaux, institutionnels. Il existe une volonté forte d'agir à différents niveaux. Ces volontés cependant se heurtent à des difficultés de coordination et de financement.

Le COPIL obésité infantile a pu voir le jour du fait de plusieurs facteurs réunis :

- Un contrat local de santé dont une des priorités était l'obésité infantile
- Un projet de recherche porté par le département de Médecine Générale de La Réunion via le Dr PALMA, cheffe de clinique des universités à l'époque, avec un salaire lui permettant de se rendre disponible
- Un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnel avec pour axe prioritaire la prise en charge de l'obésité infantile
- L'implication des différents acteurs (associations, Rectorat, CCAS, caisse des écoles, office des sports...) et une relation de confiance entre ces acteurs.

La réunion de ces multiples facteurs n'est pas commune.

L'objectif de cette étude était de comprendre, à travers le récit de leurs expériences comment les acteurs du COPIL avaient vécu ce projet innovant, quelles étaient leurs espérances vis-à-vis de lui, et ce qu'ils en avaient retenu.

Il en est ressorti que tous étaient extrêmement enthousiastes à l'idée de participer à un travail collaboratif trans sectoriel, avec la perspective d'un apprentissage mutuel, et d'une co-construction synergique autour de l'obésité infantile.

Cependant, malgré une bonne volonté collective, l'organisation initiale a été trébuchante, en raison notamment de difficultés liées aux temporalités de chaque secteur, à l'absence d'état des lieux initial, à la dispersion des projets, au manque de communication et à l'absence de financement.

En raison de cette différence de temporalité, les médecins généralistes libéraux, pourtant considérés comme un pilier de la prise en charge de l'obésité infantile, étaient difficilement mobilisables, et par conséquent peu représentés. Néanmoins, la présence de ceux qui ont pu y participer était tout à fait essentielle.

Malgré tout, le COPIL a permis, outre un élargissement des connaissances de chacun, de créer de nouveaux partenariats et de mailler les réseaux de chaque acteur, potentialisant ainsi la prise en charge de l'obésité infantile sur le secteur de la Possession, dans une logique de territorialisation de l'offre de soin de premier recours. La dynamique créée a pu se pérenniser, permettant à ce jour la réalisation de la quasi-totalité des actions prévues lors de ce COPIL.

Le médecin généraliste y a un rôle attendu, considéré comme central voire incontournable. Il est nécessaire de créer les conditions permettant sa participation aux CLS et actions locales. Convier les MSP, les CPTS et les médecins libéraux aux CLS est essentiel.

Cette réflexion devra être menée entre l'Union Régionale des Médecins Libéraux, l'ARS et les municipalités signataires des Contrats locaux de santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. Obésité [Internet]. WHO. [cité 19 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/obesity/fr/>
2. Haute autorité de santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent - Recommandation pour la pratique clinique, septembre 2011. [cité 19 juin 2019]. Disponible sur : www.has-sante.fr/pdf.
3. Chardon O., Guignon N., 2013, « La santé des élèves de CM2 en 2007-2008, une situation contrastée selon l'origine sociale », Études et résultats, DREES, n° 853, septembre. [cité 19 juin 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er853.pdf>
4. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2017 ;(13) :234-41. [cité 6 juin 2019]. Disponible sur: <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Invs/BEH/2017/13/1.pdf>
5. Plateforme d'Information des Etudes en Santé. La corpulence des enfants en classe de 6ème et des enfants en grande section maternelle à La Réunion en 2011-2012. Avril 2013. [cité 6 juin 2019]. Disponible sur: https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/PIES%20n2_ARIS_corpulence%20enfant.pdf
6. ORS - Tableau de bord nutrition santé La Réunion 2018. Déc 2018. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/orsoi_tb_nutrition_sante_reunion_complet_2018.pdf
7. August GP, Caprio S, Fennoy I, Freemark M, Kaufman FR, Lustig RH, et al. Prevention and Treatment of Pediatric Obesity: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline Based on Expert Opinion. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. déc 2008;93(12):4576-99.
8. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020. Fév 2014. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf
9. Julia C, Farah Z, Czernichow S. Impacte médico-économique de l'obésité. In: Traité médecine et chirurgie de l'obésité. Lavoisier. 2011. p. 27-32.
10. Programme national nutrition santé 2011-2015. 2011. [cité 19 juin 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers->

11. Plan Obésité 2010-2013. 2010. [cité 19 juin 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf
12. Programme Alimentation Activité Nutrition Santé (PRAANS) Volet Réunion 2013-2016. ARS OI. 2012. [cité 19 juin 2019]. Disponible sur : https://www.oceanindien.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/PRS_PRAANS_def_modifie.pdf
13. ARS Océan Indien. La Ville de La Possession signe son Contrat Local de Santé pour mieux coordonner la politique de santé. 2015. [cité 6 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/la-ville-de-la-possession-signe-son-contrat-local-de-sante-pour-mieux-coordonner-la-politique-de-sante>
14. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B. La méthode phénoméno-pragmatique: une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. 2013;Exercer(105):4-11.
15. Paillé P, Mucchilelli A. L'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes. In: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Collin. 2016. p. 319-75. (U).
16. Engberink AO. Intérêt d'une approche sémio-pragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative. Recherches qualitatives. 2013;(15):96-115.
17. Inserm. Obésité: Dépistage et prévention chez l'enfant. Synthèse et recommandations. Paris : Les éditions Inserm; 2000 p. X-41. [cité 16 juin 2019]. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/10608/188>
18. Daigre J, Atallah A, Balkau B, Inamo CH, et al. P 245 - Prévalence de l'adiposité chez les adultes et les enfants dans quatre territoires français d'outre-mer L'enquête PODIUM, Diabetes & Metabolism, 2011;37:91.
19. Immatriculation des véhicules neufs à La Réunion en 2016. Direction de l'environnement de l'aménagement et du logement La Réunion; 2017 mars. Report No.: 2017-2. 2016. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: http://www.reunion.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/immatriculations_neuves_reunion_2016.pdf
20. Grenier C, Rimbart-Pirot A-G. Outil de territorialisation de l'action publique et co-construction du territoire, Cas de mise en place d'une communauté hospitalière de territoire. In: Collectivités, territoires et santé Regards croisés sur les frontières de la santé. l'Harmattan; 2016. p. 249-70.

21. Delest C. Création des centres de santé communautaires en France: freins et leviers : étude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès de créateurs en France. Lyon; 2019.
22. Fournier C. Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle: paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. Sciences sociales et santé. 2014;2(32):67-9.
23. Fournier C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes [Thèse de Santé Publique - Sociologie]. [Paris]: Ecole doctorale de Santé Publique Paris Sud 11, Paris Descartes; 2015.
24. Dynamiques intersectorielles et participatives - La structuration de l'action communale en santé. Fédération des maisons médicales. Santé conjugée. avril 2012 (60). [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.maisonmedicale.org/-La-structuration-de-l-action-.html>
25. Monneraud L. Les collectivités dans l'action publique de santé, Recomposition des champs d'intervention et construction de légitimité. In: Collectivités, territoires et santé Regards croisés sur les frontières de la santé. l'Harmattan; 2016. p. 233-47.
26. Payet GL. L'obésité infantile, un problème de poids pour les médecins généralistes. Exploration des représentations des médecins généralistes de la Possession concernant l'obésité infantile et sa prise en charge [Thèse de Médecine Générale]. Université de Bordeaux; 2018.
27. Pestiaux D, Vanthuylne D. Médecine générale: apprendre à travailler en pluridisciplinarité. La Rev Prescrire. Aout 2012;(32):635.
28. Bourgeois I. Les collectivités territoriales face à la pérennisation de l'offre de soins de premier recours. L'invention d'un dialogue entre élus et professionnels de santé libéraux. Retour d'expériences d'interventions en santé publique. In: Collectivités territoires et santé Regards croisés sur les frontières de la santé. l'Harmattan; 2016. p. 299-317.
29. Premières rencontres « Médecins libéraux & Elus territoriaux » d'Île de France. Améliorer la santé de tous : se connaître pour agir ensemble. Paris; septembre 2010 ; p. 14. [cité 6 juin 2019]. Disponible sur: http://espt.asso.fr/wp-content/uploads/2010/09/1009_1eresrencontre-elus-mg.pdf
30. Relevé de conclusions COPIL Obésité infantile du 07 février 2020. La Possession: CCAS de la Possession; février 2020.
31. Prévention de l'obésité pour les enfants de 3 à 8 ans « Mission: retrouve ton cap ». Janvier 2019. [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/525258/document/newslette>

[r_retrouve_ton_cap_v7_lareunion.pdf](#)

32. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé Publique (Brucur). 1 déc 2008;32(2):67-95.

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Les thèmes suivants seront abordés dans l'ordre que prendra la discussion. Les tirets sont des suggestions de relance.

Présentation du participant : Qui êtes-vous ? Pouvez-vous vous présenter ?

- Homme/femme
- Age
- Détaillez votre fonction/secteur d'activité
- Quels sont vos centres d'intérêt ?
- Avez-vous des enfants ?

Obésité infantile : Que vous évoque l'obésité infantile ?

- Qu'est-ce que c'est ?
- Qu'en pensez-vous ?
- Selon vous, quelle est l'impact qu'elle pourrait avoir ?
- Pour vous, existe-t-il déjà des axes de prévention ?
- Aviez-vous déjà une action de prévention dans l'obésité infantile ?

Parcours : Pouvez-vous me raconter comment vous avez rejoint le COPIL ?

- Qu'espériez-vous y trouver ?
- Que pensiez-vous y apporter ?

Le COPIL, organisation : Que pensez-vous du déroulé des COPIL ?

- Que pensez-vous du lieu de rendez-vous ?
- Que pensez-vous de la fréquence des rendez-vous ?
- Avez-vous pu participer à chaque rencontre ? pourquoi ?
- Connaissiez-vous les autres participants ? quelles en étaient les conséquences, positives ou négatives ? (Facilité des échanges, freins, ressenti)
- Sur le plan organisationnel quels seraient les autres remarques que vous pourriez apporter ?

Le COPIL, thèmes : Que pensez-vous des thèmes abordés ?

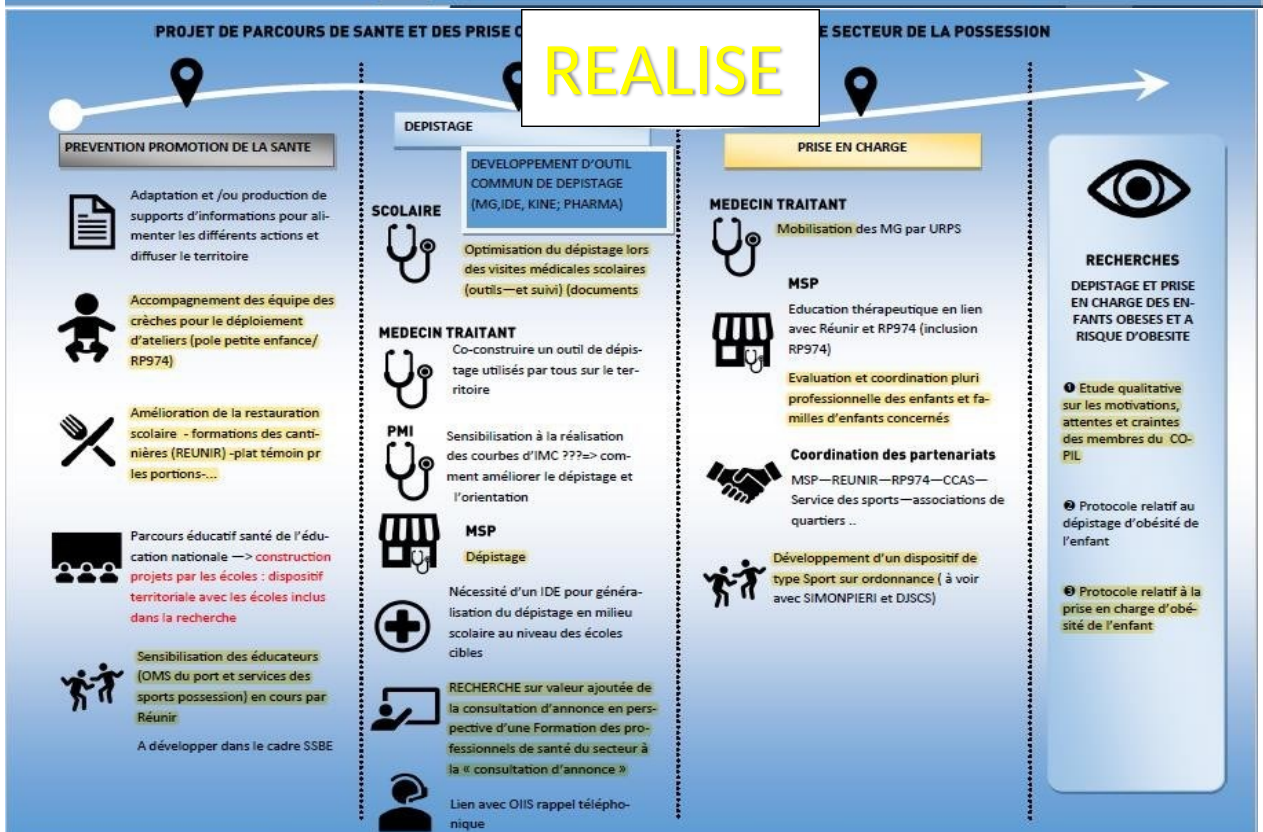
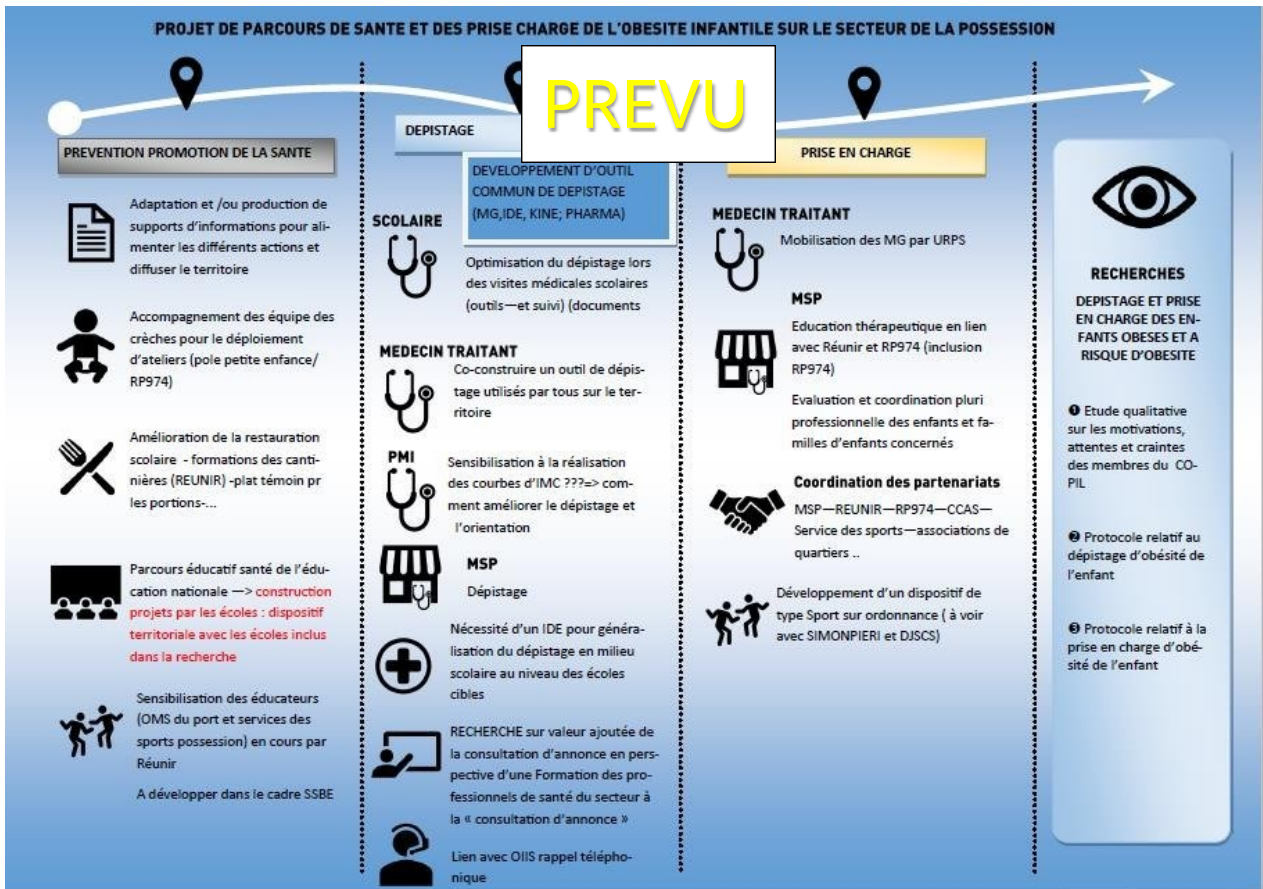
- En intégrant le COPIL, quelles problématiques souhaitiez-vous aborder ? avez-vous pu ?
- Quelles étaient les problématiques abordées par les autres participants (était-ce les mêmes, les compreniez-vous, étiez-vous d'accord ?
- Qu'avez-vous ressenti lors de ces réunions ?

Suggestions : Quels seraient les axes d'amélioration que vous pourriez suggérer ?

Place du Médecin Généraliste dans les COPIL

- Que pensez-vous de la présence MG dans ces réunions ?
- Quelle était la proportion de MG présent ? (Qu'en pensez-vous ?)
- Quelle impression avez-vous de l'importance que les MG portent sur le sujet de l'obésité infantile
- Selon vous, quelle est la place du MG dans la politique de santé de la ville ?

ANNEXE 2 : Actions prévues au COPIL 2017 et réalisées en 2020



SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

CONTRAT LOCAL DE SANTE, ETUDE D'UNE CO CONSTRUCTION AUTOUR DE L'OBESITE INFANTILE

Résumé

Introduction : L'obésité infantile est un enjeu national de santé publique. A La Réunion dans la commune de la Possession, elle constitue un des axes prioritaires du contrat local de santé signé en 2015, et est au cœur du projet de Maison de santé Pluriprofessionnelle Sakisoigne. Elle est à l'origine de la création d'un Comité de Pilotage dont le but est d'organiser une prévention et une prise en charge coordonnée avec tous les acteurs locaux du monde médico-socio-institutionnel travaillant sur ce sujet.

Le but de cette étude est d'évaluer le vécu des participants à ce COPIL, d'identifier les freins et leviers de son organisation pour la rendre pérenne.

Méthode : Il s'agit d'une analyse qualitative phénoméno-pragmatique à partir d'entretiens semi dirigés recueillis auprès de 9 professionnels ayant assisté à au moins 2 réunions du COPIL.

Résultats : La perspective d'un travail synergique et d'un apprentissage commun ont été source d'enthousiasme. Un maillage des réseaux s'est créé. Cependant l'engouement initial des acteurs a été freiné par des difficultés organisationnelles inhérentes à chacun telle que le manque de disponibilité lié à des temporalités peu compatibles, notamment chez les médecins généralistes, ainsi que par une absence de financement.

Conclusion : Le COPIL a perduré et ses projets se sont concrétisés grâce aux volontés de chacun, et à l'expérimentation "Mission Retrouve ton Cap" de l'Assurance Maladie. Néanmoins, il sera nécessaire de renforcer la communication entre les mondes médical et socio-institutionnel afin de permettre aux médecins de pouvoir participer aux actions locales, ainsi que trouver des financements facilitant le développement de ce type de projet sur le long terme.

Discipline: Médecine Générale

Mots-Clé: obésité infantile – contrat local de santé – comité de pilotage - co construction – interdisciplinarité - médecine Générale - réseau coordonné – vécu - recherche qualitative – La Possession - La Réunion

LOCAL HEALTH CONTRACT, STUDY OF A CO-CONSTRUCTION ABOUT CHILDHOOD OBESITY

Abstract

Background: Childhood obesity is a national public health issue. At Reunion Island, in the town of La Possession, this is a Local Health Contract's priority line signed in 2015, and it is at the heart of the Sakisoigne pluri-professional health center's project opened in 2018. It is at the origin of a steering committee which purpose is to organize a coordinated prevention and care with all local actors from medical, social and institutional fields.

The purpose of this study is to assess the actors' experiences of this steering committee, to identify the obstacles and levers of its organization, to make it sustainable.

Method: This is a qualitative phenomeno-pragmatic analysis from semi-directed interviews made with 9 professionals who had taken part of at least 2 meetings.

Results: The possibility of a synergetic work and a shared learning has been a source of enthusiasm. A networking has been made. Yet, the initial enthusiasm has been curbed by organizational difficulties like a lack of availability because of incompatible temporalities, especially with GPs, and a lack of financing as well.

Conclusion: The steering committee has persisted and its projects has been realized, through a shared will, as well as the Health Insurance's experimentation "Find Your Direction Mission". Nevertheless, it will be necessary to strengthen communication between the medical and socio-institutional worlds, to enable doctors to participate in social actions, and to find a source of funding in order to make long-term development easier for this kind of project.

Discipline: General Medicine

Keywords: Childhood obesity – local health contract – steering committee – co-construction – interdisciplinarity – general medicine – health network – experience – qualitative research – La Possession – Reunion Island

