

Attentes et représentations des médecins généralistes sur la prise en charge de l'adolescent en surpoids en ambulatoire : réflexion sur l'élaboration d'un outil

Anthony Sanli

▶ **To cite this version:**

Anthony Sanli. Attentes et représentations des médecins généralistes sur la prise en charge de l'adolescent en surpoids en ambulatoire : réflexion sur l'élaboration d'un outil. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03601961

HAL Id: dumas-03601961
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03601961

Submitted on 8 Mar 2022

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.

université de BORDEAUX

U.F.R. des SCIENCES MEDICALES

Année 2022 Thèse n° 16

THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Le 10/02/2022

Par SANLI Anthony
Né le 01/04/1988 à Blois (41)

Attentes et représentations des médecins généralistes sur la prise en charge de l'adolescent en surpoids en ambulatoire. Réflexion sur l'élaboration d'un outil.

Directrice de thèse: Dr Marie LARPIN

Membres du Jury:

Monsieur le Professeur Pascal BARAT……Président
Monsieur le Professeur Christophe ADAM……Rapporteur
Monsieur le Professeur Olivier BRISSAUD ……Assesseur
Monsieur le docteur Benjamin SOEN……Assesseur

Remerciements

À Monsieur le professeur Pascal BARAT, merci de nous faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma considération et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Christophe ADAM, je vous remercie d'avoir lu et évalué mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Olivier BRISSAUD, je suis honoré de vous compter parmi mon jury. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude.

À monsieur le Docteur Benjamin SOEN, je vous remercie faire partie de mon jury. Veuillez trouver ici toute l'expression de ma reconnaissance.

À ma directrice de thèse Marie LARPIN, merci pour ton aide et ton soutien.

Merci à ceux qui ont été, sont, et seront auprès de moi et réciproquement .

Table des matières

GLOSSAIRE ……6
I. Introduction……7
1. Epidémiologie ……7
2. Physiopathologie du surpoids ……7
3. Complications du surpoids ……8
4. Le coût du surpoids et de l'obésité ……9
5. Les recommandations de bonnes pratiques ……10
6. La décision médicale partagée……10
7. L'éducation thérapeutique……11
8. Les difficultés des médecins……12
9. Les outils existants……12
10. Question de recherche ……13
11. Objectifs de l'étude……13
II. Matériel et méthode……14
1. Type d'étude……14
2. Constitution de l'échantillon……14
2.1. Pré-requis……14
2.2. Critères d'inclusion ……14
2.3. Critères d'exclusion……14
3. Cadre réglementaire ……15
4. Réalisation du canevas d'entretien……15
5. Recrutement des participants……16
6. Déroulement de l'entretien……16
7. Mode de traitement des données……16
III. Résultats……18
A. Caractéristiques des participants……18
B. Déroulement des entretiens……19
C. Analyse des entretiens ……19
1 Représentations et opinions des médecins sur le surpoids des adolescents et sa prise en charge……19
1.1 Symptôme sous-diagnostiqué……19
1.2 Surpoids et suivi ……20
1.3 Surpoids et précarité……20
1.4 Surpoids et manque de ressources……20
1.5 Surpoids et dépenses de santé publique ……21
1.6 Surpoids et ressenti du médecin ……21
1.7 Ressenti du médecin envers les professionnels de santé……22
1.8 Surpoids et rôle des parents ……23
2. Attentes des médecins concernant un outil de prise en charge du surpoids de l'adolescent ……25
2.1 Types d'outil……25
2.1.1 Les outils existants cités par les médecins……25

2.1.2 Amélioration ou complément d'un outil existant ..……25
2.1.3 Nouvel outil ……..…..26
2.2 Format de l'outil……..28
2.2.1 Format manuscrit ……28
2.2.2 Format numérique ……..28
2.2.3 Format mixte……29
2.3 Contenu de l'outil ……..…31
2.3.1 Thématiques générales évoquées……..31
2.3.1.1 Trame générale ……..…31
2.3.1.2 Bilan initial……..…31
2.3.1.3 Vidéos explicatives ……..…31
2.3.1.4 Cas pratiques……..…..…31
2.3.1.5 Drapeaux rouges de l'obésité ……..…..…32
2.3.1.6 Objectifs……32
2.3.2 Supports numériques connus……..……..……32
2.3.3 Listing des correspondants ……32
2.3.4 Versant nutritionnel ……..…33
2.3.5 Versant activité physique ……..……33
2.3.6 Versant psychologique……..……33
2.3.7 Versant motivationnel ……34
2.3.8 Versant socio-comportemental ……..……36
2.3.9 Le téléconsulting……..……36
2.4 Qualités requises de l'outil……..38
2.4.1 Efficacité……..……38
2.4.1.1 Accessibilité……..38
2.4.1.2 Adaptabilité ……..38
2.4.1.3 Interactivité ……..…40
2.4.2 Efficience……..……40
2.4.2.1 Gain de temps……..40
2.4.2.2 Aspect synthétique, organisationnel et pratique ……..…..…41
2.4.2.3 Ergonomique……41
2.4.2.4 Collaboratif dans sa conception et son utilisation……..…41
2.4.3 Pertinence……..…42
2.4.3.1 Gratuité……..…42
2.4.3.2 Validité scientifique ……..…..42
2.4.3.3 Confidentialité……..…..…42
2.4.3.4 Attractivité ……..……42
2.4.3.5 Base de données - outil ressource ……43
2.4.4 Pérennité ……..……43
2.4.4.1 Outil durable inscrit dans le temps ……..……43
2.4.4.2 Démocratisation de l'outil……..……44
2.4.4.3 Évolutivité de l'outil ……..…44
2.5 Inconvénients d'un outil et difficultés ……..45
2.5.1 Prise en charge psychologique ……..…45
2.5.2 Outil dépendant de la relation médecin-adolescent……..46
2.5.3 Outil dépendant de la volonté et des compétences du médecin..46
2.6 Intérêts de l'outil ……46
2.6.1 Aide à aborder la problématique du surpoids ……..…46
2.6.1.1 En provoquant le dialogue ……..…..46
2.6.1.2 en mettant à l'aise le médecin ……..…47
2.6.1.3 En favorisant l'auto-diagnostic ……..…47
2.6.1.4 Aide dans l'annonce et l'acceptation du diagnostic…..…..……47

2.6.1.5 Aide dans la compréhension des mécanismes et conséquences du surpoids……47
2.6.2 Trame de consultation initiale ……48
2.6.2.1 Préparation en amont de la consultation ……48
2.6.2.2 protocolisation des consultations……48
2.6.3 Structuration du suivi ……48
2.6.3.1 Par l'interface de l'outil ……48
2.6.3.2 En majorant le nombre de consultations de suivi……49
2.6.3.3 En établissant des consultations de suivi dédiée……49
2.6.3.4 En forçant à écrire une observation ……49
2.6.4 Intégration de l'adolescent dans la prise en charge……49
IV. Discussion ……51
V. Conclusion……55
VI. Bibliographie ……56
VII.Annexes ……60
Annexe 1: Corpulence des garçons et filles de 3 à 17 ans en 2006 selon l'étude ENNS……60
Annexe 2: Corpulence des garçons et filles de 3 à 17 ans en 2015 selon l'étude ESTEBAN….60
Annexe 3: Coût social de l'obésité et du surpoids en 2012 ……61
Annexe 4: État des lieux et impact de la surcharge pondérale en France selon l'OECD……62
Annexe 5: Informations aux participants de l'étude et consentement……64
Annexe 6: Premier guide des entretiens semi-dirigés……66
Annexe 7: Deuxième guide des entretiens semi-dirigés……68
Annexe 8: Troisième guide des entretiens semi-dirigés……69
Annexe 9: Quatrième guide des entretiens semi-dirigés……70
Annexe 10: Formulaire de consentement……71
VIII. Serment médical……72
IX. Résumé……73

GLOSSAIRE

OMS: Organisation Mondiale de la Santé
IMC: Indice de Masse Corporelle
ETP: Education Thérapeutique du Patient
AJR: Apports Journaliers Recommandés
APA: Activité Physique Adaptée
PIB: Produit Intérieur Brut
HAS: Haute Autorité de Santé
ENNS: Etude Nationale de Nutrition Santé
IOTF: International Obesity Task Force
REPPOP: RÉseau pour la Prise en charge et la Prévention de l'Obésité Pédiatrique
RPIB: Repérage Précoce et Intervention Brève
DPC: Développement Personnel Continu
QCM : Questionnaire à Choix Multiples
AJR: Apports Journaliers Recommandés
TSTS CAFARD: Traumatologie, Sommeil, Tabac, Stress, Cauchemar, Agression, Fumeur quotidien, Absentéisme, Ressenti Désagréable

I. INTRODUCTION

1. Epidémiologie

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'OMS comme « une accumulation anormale ou excessive de graisses qui peut nuire à la santé ».

En France, la prévalence du surpoids chez l'enfant a augmenté irrémédiablement depuis les années 1980, passant de 3% en 1965 à 5% en 1980, 12% en 1996, 16% en 2000 (1).

En 2006, l'Etude Nationale de Nutrition Santé rapportait une prévalence du surpoids stabilisée alors que celle de l'obésité se majorait significativement de 3.8% à 7.8% chez les garçons de 15 à 17 ans.

En 2015, l'étude ESTEBAN dévoilait qu'en France la prévalence du surpoids (obésité incluse) chez les adolescents était de: 19% pour les garçons de 11-14 ans, 15% pour les filles. 8.9% pour les garçons de 15-17 ans, 13.1% pour les filles de mêmes âges (Annexe 1).

Malgré sa stabilisation relative sur 10 ans, la prévalence du surpoids reste importante (2,3).

2. La physiopathologie du surpoids

Le surpoids résulte d'un déséquilibre de la balance énergétique entre les apports et les dépenses d'énergie.
Les apports proviennent de l'alimentation. Les dépenses sont représentées par le métabolisme basal, la thermogenèse et l'activité physique.
Le stockage et l'utilisation de l'énergie sont régulés par des mécanismes largement déterminés génétiquement tels que l'appétit et la satiété au niveau hypothalamique.

Les facteurs de prédisposition sont variés (4).

2.1 Les facteurs de prédisposition génétiques.

- Il a été mis en évidence une héritabilité dans 25 à 45% des cas sous forme de gènes « d'épargne » sélectionnés au cours des millénaires pour traverser les périodes de famine.
- L'épigénétique ou changement (réversible) de l'expression des gènes par l'environnement semble aussi être en lien avec le surpoids.
- A cela s'ajoute le rôle métagénétique du microbiote intestinal qui semblerait pour certains favoriser le stockage des graisses.

Des études tendent cependant à relativiser le rôle de ses gènes dans une prédisposition à la prise de poids. Certains de ses gènes pourraient aussi inversement favoriser la perte de poids lorsqu'un changement de mode de vie était amorcé (5).

2.2. Des facteurs de prédisposition précoces durant les premières années de vie.

Ils peuvent avoir un rôle programmateur sur la prise de poids ultérieure.

- Pendant la grossesse ces facteurs regroupent l'obésité maternelle, une prise de poids excessive, un diabète maternel, le tabagisme, un déséquilibre d'apport d'acide gras au détriment des oméga-3 et l'exposition à des polluants.

- Après la naissance, l'absence d'allaitement et l'utilisation des aliments comme récompense s'ajoutent aux facteurs de risque de surpoids.

2.3. Les facteurs de prédisposition psychopathologiques.

Ils sont à la fois individuels et environnementaux. Ils peuvent aboutir à des comportements alimentaires variés tels que l'hyperphagie, la tachyphagie, le grignotage. À l'opposé existe le phénomène de restriction cognitive avec limitation de la prise alimentaire alternant avec des crises boulimiques.

2.4. Les facteurs de prédispositions sociaux et environnementaux (6).

Le contexte sociétal favorisant la sédentarité et le temps passé devant les écrans ainsi que le niveau socio-économique familial sont déterminants.

La prévalence de l'excès pondéral est plus élevée chez les adolescents issus des milieux sociaux les moins favorisés. Elle concerne un adolescent sur quatre parmi les enfants d'ouvriers, contre un sur neuf parmi les enfants de cadres.
En cause: les habitudes alimentaires tributaires de l'environnement éducatif. Les enfants d'ouvriers sont deux fois moins nombreux à prendre un petit-déjeuner.

La Fédération Française de Cardiologie nous alerte qu'en quarante ans, les jeunes Français (9-16 ans) ont perdu 25% de leur capacité physique (7).
La connaissance des médecins dans la promotion du sport semble par ailleurs insuffisante. En Allemagne, des programmes de formation associés à la distribution de brochures regroupant l'offre sportive locale et son coût ont été un succès dans le comportement de prescription (8).

La privation de sommeil est corrélée à la régulation des hormones de la faim et de la satiété.

Le handicap s'ajoute enfin à ces facteurs par des mécanismes pluriels.

Les adolescents ont tendance à reproduire ce qu'ils observent dans leur environnement. Il a été mis en évidence un mécanisme cérébral sous-tendant l'influence des pairs, mécanisme qui se joue notamment dans le cortex préfrontal où l'activité des neurones qui encodent les préférences personnelles est influencée par l'activité de ceux qui encodent les préférences d'autrui. Ce mécanisme physiologique de mimétisme indispensable à la construction de la personnalité peut donc inéluctablement influencer son statut pondéral selon les référentiels environnementaux de l'adolescent (9).

3. Les complications du surpoids et de l'obésité

Les adolescents en surpoids ou obèses présentent plus fréquemment des troubles orthopédiques: genu valgum, pieds plats, épiphysiolyse de la tête fémorale.

Des complications respiratoires sont décrites à type de dyspnée d'effort, syndrome d'apnée du sommeil, asthme.

La croissance pubertaire est souvent précoce chez les jeunes filles et inversement chez les jeunes garçons en surpoids.

Des complications neurodéveloppementales sont en cours d'exploration. Les enfants avec un IMC plus élevé auraient tendance à présenter des anomalies de croissance du cortex préfrontal entrainant un déficit dans les fonctions exécutives et de planification. Ce déficit affecte lui-même la prise en charge en perturbant les choix alimentaires des enfants (10).

Les facteurs de risque cardiovasculaires sont parfois déjà présents avec une augmentation de la pression artérielle, une insulinorésistance, un bilan lipidique perturbé, une stéatose hépatique.

Les complications sont aussi esthétiques comme les vergetures, la pseudo gynécomastie, l'hypersudation, la verge enfouie.

Les complications à long terme découlent de la persistance du surpoids ou de l'obésité à l'âge adulte entrainant notamment une majoration de la morbi-mortalité cardiovasculaire.

Les conséquences psychologiques et sociales comptent l'échec scolaire, le syndrome dépressif, les idées suicidaires et les troubles de la conduite alimentaire.
Le patient en surcharge pondérale est plus souvent désavantagé dans ses habilités cognitives ou académiques et présente statistiquement plus de difficulté d'insertion sociale et professionnelle (11).
Ces conséquences sociales et économiques sont plus flagrantes que dans d'autres pathologies chroniques (12).

Selon l'Institut National du Cancer, 19 000 nouveaux cas de cancers en France seraient attribuables a une surcharge pondérale, soit 5.4% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers par an.
Parmi eux sont comptés les cancers du sein, colon, rein, endomètre, foie, pancréas, oesophage, vésicule biliaire, estomac, ovaire, pharynx et prostate (13) (14).

4. Le coût du surpoids et de l'obésité

• Le coût humain

Le nombre d'années de vies perdues selon le statut pondéral a été modélisé: 1.5 année pour une personne en surpoids, 3.5 à 8 années pour une personne obèse selon son grade de I à III (15).

• Le coût social

Il se réfère aux dépenses de santé associées à la perte de production à l'échelle nationale résultant de divers phénomènes: l'exclusion de certaines personnes en surpoids du marché du travail, l'absentéisme pour raisons médicales. Ce coût s'estimait à 20.4 Mds d'euros en 2012 en France (10.3 Mds d'euros en 2006) (Annexe 2).

• Le coût économique (Annexes 3)

L'estimation minimale du coût économique du surpoids et de l'obésité serait de 2 % à 7 % des dépenses de santé soit 2,6 % du PIB français ou 56 milliards d'euros, avec un coût pour l'Assurance maladie s'élevant à près de 5 milliards d'euros par an (16).

Le coût moyen pour la Société d'un individu en surpoids ou obèse est de 2500€ soit 600€ de plus par rapport à un individu d'IMC dit « normal » (17).

5. Les recommandations de bonnes pratiques

L'indice de masse corporel (IMC) ou indice de Quetelet se définit par le rapport du poids exprimé en kilogramme, sur la taille exprimée en mètre au carré.

Chez l'enfant et l'adolescent , l'IMC s'interprète en fonction de l'âge et du sexe sur des courbes de corpulence. Ces courbes sont issues des références françaises auxquelles sont ajoutées celles de l'International Obesity Task Force (IOTF) (18).

La corpulence de l'enfant est qualifiée de normale lorsque l'IMC se situe entre le 3ème et le 97ème percentile. Au-delà du 97ème percentile se définit le surpoids incluant l'obésité. Le surpoids se détermine par un IMC au-delà de l'IOTF-25, l'obésité au-delà de l'IOTF-30.

La surveillance de la corpulence de l'enfant se fait par l'étude du rebond d'adiposité survenant normalement à l'âge de six ans. La corpulence varie physiologiquement au cours de la croissance et du développement de l'enfant : elle augmente la première année de vie puis diminue jusqu'à six ans pour ensuite croître jusqu'à la fin de la croissance.

Les recommandations actuelles préconisent aux professionnels de santé de surveiller la corpulence chez tous les enfants quelque soit leur âge, leur corpulence apparente ou leur motif de consultation. Il est recommandé de prendre ces mesures de la naissance jusqu'à l'âge de deux ans, au moins trois fois par an, puis au moins de façon bi-annuelle (19). Il est du rôle de chaque médecin qui suit un enfant d'observer la dynamique de la courbe de corpulence et de compléter ces mesures en cas de signes d'alerte (rebond d'adiposité précoce, ascension rapide de la courbe ou changement de couloir).

Bien que mal codifié, des experts s'entendent sur un suivi trimestriel des enfants en surpoids après l'âge de 2 ans tout en s'adaptant aux situations particulières. La prise en charge semble toutefois décevante avec seulement un tiers d'enfants traité efficacement à 10 ans de suivi (20).

Le dernier plan national de nutrition santé recommande d'intervenir sur l'environnement social, économique et sociétal afin de faciliter les choix individuels favorables à la santé concernant l'alimentation et l'activité physique. Il préconise le développement d'actions spécifiques et prioritaires orientées vers les enfants et populations défavorisées (21).

Une attitude de rejet de toutes formes d'activités physique et sportive peut se construire tôt dans l'enfance à partir de vécus négatifs. Une des tâches du médecin serait de la détecter, éviter la sédimentation de ce rejet et redonner goût au sport (22).

Le médecin traitant est bien au centre de la prise en charge de l'adolescent en surpoids. En cas de difficultés, les recommandations conseillent une prise en charge de proximité avec l'aide de réseaux spécialisés type REPOP selon leurs disponibilités et le contexte social de l'adolescent (23).

6. La décision médicale partagée.

Elle correspond à « l'un des modèles de décision médicale qui décrit deux étapes clés de la relation entre un professionnel de santé et un patient: l'échange d'informations et la

délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé du patient » (24) .

Le professionnel de santé partage l'information médicale, le patient envisage les différentes options et exprime ses préférences. Le choix éclairé doit ensuite être accepté mutuellement.

Ce modèle est à la croisée entre le modèle paternaliste et le modèle de décision informée ou le patient décide seul. C'est un modèle évolutif au fil de la relation médecin-patient et de son état de santé.

Deux modèles se distinguent: le modèle interprétatif ou la décision est produite entre l'information factuelle apportée par le médecin et les préférences immuables du patient. Le modèle délibératif ou le médecin, à travers l'information médicale propose au patient les différents choix pouvant modifier ses préférences initiales.

Les enjeux sont multiples: améliorer la participation du patient, améliorer la qualité des soins, réduire la surconsommation de soins inadaptés à la demande du patient.

Quatre leviers sont fréquemment cités pour réussir le processus décisionnel partagé (24):
- la motivation personnelle du professionnel de santé
- la perception que le partage de la décision permettra d'améliorer l'état de santé du patient
- la perception que le partage de la décision permettra de faciliter le parcours de soins
- le caractère pratique des supports d'aide à la décision.

Et quatre freins sont mis en évidence (24):
- le manque de temps
- le caractère inapplicable d'une décision partagée au vu des caractéristiques liées au patient
- le caractère inapplicable d'une décision partagée étant donnée la situation clinique
- les préférences du patient qui ne souhaite pas s'engager dans un processus décisionnel partagé.

7. L'éducation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique (ETP) part des besoins du patient. Aux moyens de discussion, reformulation, valorisation, écoute active, compréhension, le soignant avance au rythme du patient dans la mise en place des changements de comportements de vie.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé préconisent un entretien de compréhension avec l'enfant et sa famille pour recueillir les données et élaborer le diagnostic éducatif. Celui-ci doit aborder les questions suivantes: Qui est-il? Qu'est-ce qu'il a? Qu'est-ce qu'il fait? Qu'est-ce qu'il sait? Qu'est-ce qu'il croit? Que ressent-il? Quel est son projet? Quelle est sa demande? (25)
Cette approche inclut la reconnaissance par l'enfant et sa famille du rôle des facteurs environnementaux, l'identification des attentes de l'enfant et l'évaluation de ses compétences dans la pratique (26).

L'entretien motivationnel parait prometteur avec des résultats encourageants et une diminution de l'IMC proportionnellement corrélée au nombre d'entretiens effectués par un personnel soignant qualifié (27,28). Il est ainsi complémentaire du diagnostic éducatif, première étape-clé de l'éducation thérapeutique.

Il s'adresse aux patients initialement ambivalents ou réticents au changement et vise à contourner tout affrontement avec le patient.
C'est le patient qui énonce les arguments favorables au changement. L'objectif est de mettre en évidence toutes les contradictions entre la situation présente et la volonté ou la nécessité de changement.

Une méta-analyse a montré que dans 64 % des cas l'ETP a un effet positif. Les interventions éducatives qui la composent sont multidimensionnelles et multidisciplinaires conjuguées à une intégration des soins (29).
L'ETP repose sur une coordination primordiale entre professionnels, avec un accompagnement du patient et un aménagement des soins, une prise en charge continue dans le temps et une adaptation aux besoins du patient et de sa famille. le partage des responsabilités entre patients, familles et soignants permet d'optimiser les soins (29).

Des études ont en effet montré que l'implication des parents dans la prise en charge améliorait les résultats en terme de perte d'IMC (30,31).

Parallèlement les parents attendent de la part du médecin traitant qu'il soit l'acteur principal de l'éducation nutritionnelle de leurs enfants de par la confiance qu'ils lui confèrent (32).

Le style parental le plus efficace dans la prise en charge des pathologies chroniques de l'adolescent est le style cadrant, fixant des limites tout en laissant de l'autonomie. Hors il parait difficile pour le médecin comme pour les parents d'imposer ou d'opérer un changement de style éducatif à plus ou moins court terme. Cela s'ajoute aux nombreux enjeux qui conditionneraient la réussite de ce futur outil de suivi et prise en charge du surpoids.

L'ETP intégrée à l'outil semble une des pistes à explorer.

8. Les Difficultés des médecins

Plusieurs études ont déjà mis en évidence les difficultés rencontrées par les médecins. Parmi elles, le manque d'outils dans la prise en charge et le suivi de la surcharge pondérale (33).

Il s'ajoute la difficulté d'aborder la problématique du poids en consultation notamment chez l'adolescent, complexité liée particulièrement à l'abord relationnel. Un tiers des adolescents avoue ne pas réussir à se confier à leur médecin (34).
La réussite de la consultation pourrait dépendre des objectifs suivants: favoriser l'expression, détendre la relation, améliorer la représentation du corps et l'estime de soi, augmenter les choix possibles.
L'abord relationnel dans la prise en charge du surpoids pourrait être facilité par l'existence d'un outil, à l'image du « TSTS CAFARD » connu dans le dépistage des troubles psychiques de l'adolescent.

9. Les outils existants

Nous retiendrons le carnet de santé comme outil de dépistage du surpoids des adolescents. Hors il n'aborde pas la prise en charge (35).
Des outils existent dans le dépistage et le suivi de la surcharge pondérale:

- Les Reco2clics HAS Surpoids et Obésité de l'enfant, outil améliorant la navigabilité sur les recommandations de la HAS et facilitant l'accès à une information spécifique mais ne contenant aucun algorithme décisionnel.

- Le Logiciel CALIMCO . Il s'agit d'un logiciel informatique de suivi de la corpulence des enfants. Il a été introduit en 2004 dans le cadre du PNNS, diffusé sous forme de CD-Rom et disponible gratuitement au téléchargement sur le site du PNNS. Pour l'utiliser, les médecins doivent donc le télécharger puis l'installer sur leur ordinateur et se familiariser à son utilisation. Ce logiciel permet de réaliser un suivi de la corpulence d'un enfant, de mettre des commentaires lors des visites, de générer des courriers automatisés ainsi que d'exporter le dossier d'un patient au format Excel ou sur un autre poste informatique. Calimco nécessite d'être téléchargé et de prendre connaissance d'un guide d'utilisation pour s'en servir. C'est un outil destiné uniquement au suivi des courbes de corpulence de l'enfant mais qui ne propose pas de rappels théoriques des recommandations HAS, de fiches conseils ou d'aide au suivi.

- Le site internet du PNNS, www.mangerbouger.fr. Ce site donne des informations sur la nutrition et sur l'activité physique. Il propose des outils et des conseils pour « manger et bouger plus ». Il présente un espace dédié pour les professionnels de santé avec des outils d'évaluation de l'activité physique et des fiches conseils.

- Le site "www.Obéclic.fr" est un outil réunissant l'accès aux recommandations HAS avec des algorithmes décisionnels, la possibilité de générer les courbes de croissance et de corpulence de l'enfant, des informations sur les structures de soins, des fiches conseils et des documents utiles, disponibles immédiatement (36). Hors celui-ci est plutôt destiné à une population d'enfants obèses. Il n'est pas décliné sous forme d'application pour smartphone. Il pourrait être une base de travail intéressante pour la création de notre outil en étendant son contenu aux adolescents en surpoids.

10. Question de recherche

Notre question de recherche part d'un constat personnel au fil des remplacements de médecins généralistes en ambulatoire. Leurs récurrences m'ont permis d'avoir un suivi régulier d'adolescents en surpoids. Étant fréquemment en difficulté devant l'absence de référentiel, l'idée de créer un outil de suivi et de prise en charge m'a paru intéressante.

En effet nous avons le carnet de santé avec un récapitulatif clair de l'examen à effectuer au décours de chaque certificat obligatoire. Les courbes de croissances sont simples à compléter. Hors rien ne préfigure quant à la conduite à tenir lorsque ces courbes ne sont plus dans les normes.

Les médecins connaissent les grandes lignes de la prise en charge mais les résultats constatés laissent supposer que les moyens thérapeutiques à disposition sont perfectibles (37).

Quelles sont les attentes et représentations des médecins généralistes sur la prise en charge des adolescents en surpoids et intérêt d'un outil ?

11. Objectifs

Objectif principal : Faire émerger les attentes et représentations des médecins généralistes sur la prise en charge des adolescents en surpoids afin de discuter l'intérêt d'un outil.

Objectif secondaire : Analyser les attentes afin de proposer un outil acceptable et viable pour le plus grand nombre.

II. MATERIELS ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

La méthode qualitative était justifiée pour explorer les expériences de prise en charge d'adolescents en surpoids par les médecins généralistes. Il s'agissait de les amener à décrire leurs attentes et représentations quant à cette prise en charge pour discuter l'intérêt d'un outil.
Les entretiens ont été réalisés en respectant les lignes directrices du rapport COREQ (38).

2. Constitution de l'échantillon

2.1. Pré-requis

le but était d'obtenir un échantillonnage en « recherche de variation maximale ». La diversité des perceptions, opinions et comportements était recherchée.

La taille de l'échantillon dépendait du nombre d'entretiens nécessaires à la saturation des données et de la faisabilité de l'étude.

Une bibliographie sur les données préexistantes a permis une identification préalable des variables inter et intra-médecins susceptibles d'influencer les résultats.
Par variables inter-médecins on entendait l'âge, le sexe, la formation au sens large, la région d'exercice, le nombre d'actes par jour.
Les variables intra-médecins recensaient les différents contextes et situations comme le niveau d'éducation, l'environnement ou les conditions de vie du patient pouvant influencer la pratique.

La population cible recensait des médecins généralistes du Pays Basque Français.

Des tranches d'âge ont été établies: <35 ans, 35 - 44 ans, 45-54 ans, >54 et plus.

Des médecins exerçant en milieu faiblement, moyennement et densément peuplé ont été interrogés.

La durée d'exercice était catégorisée: <5 ans, 5-9 ans, 10- 14 ans, 15-19 ans, >20 ans.

2.2. Critères d'inclusion

Les médecins inclus répondaient aux critères suivants:
- médecins généralistes ou pédiatres installés titulaires d'un doctorat en médecine générale;
- exercice libéral;
- activité principale de médecine générale en soins primaires;
- activité ou statut de médecin traitant;
- exercice pratiqué en Pyrénées-Atlantiques.

2.3. Critères d'exclusion

Les médecins généralistes suivants étaient exclus:
- retraités, congé maladie ou maternité;

- activité principale exclusive autre que la médecine générale ou pédiatrie en soins primaires: phlébologie, allergologie, acupuncture;
- activité salariée;
- refus de participation à l'étude.

3. Cadre réglementaire

La recherche ne portant pas sur des données de santé de patients mais uniquement sur les données personnelles de professionnels de santé (identités et pratiques de soins), les professionnels de santé interviewés ont été informés à l'aide d'une note (annexe 4) au titre des articles 12 et 13 du Règlement Général sur la Protection des Données.

4.Réalisation du canevas d'entretien

Le canevas d'entretien a été réalisé à partir des données de la littérature et de travaux de thèses. Cela a permis de recueillir une liste de thèmes pertinents non exhaustifs.

Il comporte une première partie avec une question brise-glace. Des questions ouvertes préétablies sur les thèmes à évoquer succédaient. Des questions de relance étaient prévues si l'enquêteur jugeait le thème insuffisamment développé.
La seconde partie abordait promptement le talon sociologique de chaque médecin.

Une première grille préétablie de questions ouvertes a été testée au cours d'un premier entretien (Annexe 6) .

Le Canevas a été remanié à la suite de cet entretien (Annexe 7). Le nombre de questions a d'abord été limité suite à un premier entretien jugé trop long.
Un rappel de la définition de l'OMS concernant l'âge des adolescents était énoncé dès le début d'entretien. L'enquêteur insistait sur le fait que les questions concernaient uniquement l'adolescent en surpoids, et non obèse.
Des questions dans la partie « expérience/vécu » ont été retirées car jugées trop chronophages et peu informatives s'éloignant de l'objet de l'étude.

La partie « intérêt d'un carnet de suivi » a été modifié afin d'être moins suggestif. Il s'agissait de remplacer le terme trop orienté « carnet » par « outil ». Cette partie a été fusionnée avec la partie « contenu du carnet de suivi », dans l'optique d'alléger les questions et optimiser leur objectivité.

Le second entretien a eu lieu avec un médecin pédiatre adhérant au REPOP, de facto familier de la prise en charge des adolescents en surpoids ou obèses. l'objectif était d'étoffer le canevas avec d'autres thèmes non-encore soulevés.

Le canevas a été modifié en suivant (Annexe 8) . La question de « la place des parents dans la prise en charge » a été ajoutée. Celle-ci a été évoquée indirectement par les deux premiers enquêtés et jugée intéressante à développer lors des entretiens suivants.

Ces deux premiers entretiens étaient donc à usage exploratoire auprès de personnes ressources.

A l'issu du second entretien, le canevas était donc constitué de 6 grandes thématiques accompagnées de questions et relances.

Ce canevas a été remanié après le 3ème entretien (Annexe 9). La question « Pourrait-on étoffer le contenu de l'outil par des sources non validées scientifiquement? (Réseaux sociaux, Neuro-marketing, applications, sites… ?) » a été reformulée et complétée devant la réaction de l'enquêtée la jugeant imprécise.

La question sur une potentielle modification de l'image ou relation avec l'adolescent lors de l'abord de la problématique du surpoids a été ajoutée. Les entretiens précédents rapportaient tous une notion de pathologie de l'intime, ainsi que des difficultés à aborder le surpoids. La question avez donc pour objectif de rechercher des causalités et d'éventuelles solutions, peut-être à travers l'outil.

La question sur le neuromarketing jugée trop compliquée et imprécise a été détaillée. La définition du neuromarketing était donnée puis la question posée.

Ces modifications sont surlignées en rouge en annexe. L'objectif était d'être plus concis et d'influencer le moins possible les réponses des interviewés.

5. Recrutement des participants

Le premier médecin a été recruté par l'entremise d'un médecin tiers. Les médecins généralistes suivants ont été sélectionnés par la méthode « boule de neige », figurant tous sur la liste des médecins généralistes de l'Ordre des médecins de Pyrénées Atlantiques.

Ils ont été contactés par téléphone pour convenir d'un rendez-vous.

Le rendez-vous était pris de préférence en dehors de leurs horaires de travail et se déroulait dans une pièce de leur choix où ils se sentaient à l'aise.

6. Déroulement de l'entretien

Les interviews étaient réalisées en présentiel. Au début de chaque entretien, l'enquêteur se présentait ainsi:
« bonjour, merci de me recevoir. je suis médecin généraliste remplaçant et cette entrevue rentre dans le cadre de mon travail de thèse. Le but est de faire un état des lieux des attentes des médecins généralistes sur un outil d'aide à l'accompagnement des adolescents en surpoids en ambulatoire. Les données seront anonymisées ».

L'accord des médecins participants était recueilli sur un formulaire de consentement avant le début de chaque entretien. Ils étaient intégralement enregistrés (Annexe 9).
Les aspects non verbaux étaient notés séparément de façon manuscrite.

En fin d'entretien les médecins pouvaient faire part de leurs remarques quant au déroulement de l'entretien.

7. Mode de traitement des données

Les données enregistrées sur dictaphone ont été retranscrites sur Pages.

Immédiatement à l'issue de l'entretien, les aspects non verbaux étaient notés ainsi que des commentaires généraux (attitude générale du médecin, difficultés particulières concernant le déroulement de l'entretien,…).

La transcription en verbatim fidèle à l'enregistrement était réalisée à la suite de l'entretien.

Chaque transcription a été importée dans le logiciel NVivo 12 sous format anonymisé.
Une analyse thématique a été réalisée à partir de cette base de données.
Les thèmes communs les plus pertinents ont été développés dans la partie Résultats.

L'arbre de codage a été réalisé selon une thématisation continue afin d'obtenir une analyse plus fine et riche du corpus d'entretiens.
Les thèmes ont été élaborés à partir de la subdivision des entretiens en unités de signification.

Le procédé a permis de faire évoluer le guide d'entretien et d'obtenir la saturation des données stoppant l'inclusion de nouveaux médecins.

Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer l'absence d'apport de nouveaux concepts.

III RESULTATS

A. Caractéristiques des participants

Notre échantillon comprenait treize médecins. Ils exerçaient tous dans un cabinet de groupe. Les caractéristiques de chaque participant sont résumées dans le tableau ci dessous.

Participants	Âge	Sexe	Densité de la commune d'exercice	Durée d'exercice	Formations médicales particulières
M1	< 35 ans	Masculin	Dense	< 5 ans	Médecin REPOP / DU tabacologie et hypnothérapie
M2	> 55 ans	Féminin	Dense	> 20 ans	Médecin pédiatre / DU surpoids et obésité de l'enfant
M3	< 35 ans	Féminin	Faible	< 5 ans	Aucune
M4	< 35 ans	Masculin	Faible	5 - 9 ans	Aucune
M5	35 - 44 ans	Masculin	Dense	10 - 14 ans	Aucune
M6	45 - 54 ans	Masculin	Faible	15 - 19 ans	DU médecine du sport
M7	35 - 44 ans	Féminin	Dense	10 - 14 ans	DIU gynécologie-obstétrique
M8	35 - 44 ans	Féminin	Moyenne	10 - 14 ans	Aucune
M9	35 - 44 ans	Masculin	Moyenne	5 - 9 ans	DU aptitude à la médecine d'urgence
M10	45 - 54 ans	Masculin	Dense	15 - 19 ans	Capacités de médecine d'urgence et de catastrophe (ancien urgentiste)
M11	< 35 ans	Féminin	Faible	5 - 9 ans	Aucune
M12	35 - 44 ans	Féminin	Faible	10 - 14 ans	DU gynécologie-obstétrique DU médecine générale de l'enfant
13	45 - 54 ans	Masculin	Faible	≥ 20 ans	Aucune

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des médecins

B. Déroulement des entretiens

Les treize entretiens ont été réalisés entre le 4 décembre 2020 et le 15 avril 2021. Leur durée variait de 32 à 81 minutes avec une moyenne à 50 minutes. La saturation des données a été obtenue au 10 ème entretien.

C. Analyse des entretiens

1. Représentations et opinions des médecins sur le surpoids des adolescents et sa prise en charge

Les attentes des médecins généralistes concernant l'élaboration d'un outil de prise en charge du surpoids de l'adolescent peuvent dépendre de la vision du médecin quant à cette problématique.

1.1. Symptôme sous-diagnostiqué

Le surpoids était pour huit médecins un problème médical sous-abordé à la fois par les médecins et par les patients; l'intérêt d'une prise en charge précoce était souligné :

- *M7: « Pas assez pointé du doigt, pas assez diagnostiqué, sous-diagnostiqué je pense. D'où l'intérêt de le diagnostiquer assez tôt justement. »*
- *M10: « Je pense que c'est largement sous-estimé et largement banalisé par les patients. »*

Certains l'expliquaient par un manque d'intérêt :

- *M12: « Donc après il y a des assos qui peuvent nous aider à prendre en charge les gamins, mais je pense que si on s'y intéresse c'est pas si compliqué. »*

D'autres évoquaient un manque de sensibilisation à la problématique:

- *M11: « On n'est pas assez sensibilisé à l'aborder en consultation et les patients ne sont pas assez sensibilisés à venir pour ce motif aussi. »*

Un sentiment de lassitude était décrit:

- *M12: « Euh… Très sous-estimée je pense, parce qu'on en parle pas mal mais on a l'impression que plus on en parle plus il y a de gros…»*

L'intérêt d'être plus méthodique était évoqué:

- *M1: « Je suis assez axé sur le RPIB, le repérage précoce et l'intervention brève. là je pense que déjà on pourrait développer un peu (…) déjà je pense que si chaque médecin repérait dès l'intervention brève, ça serait énorme. Et aurait la possibilité d'adresser à des personnels dédiés, formés et sans contrainte pécuniaire. »*

L'idée d'étendre le dépistage et de le systématiser était soulevée :

- *M11: « Donc avoir vraiment une influence sur eux je vois pas. Faut aller les voir dans les collèges, les lycées, faire des interventions. »*
- *M3: « Et il faudrait l'aborder systématiquement. »*

Deux médecins proposaient de repérer et prendre en charge le surpoids dès le plus jeune âge :

- *M13: « Nous quoi qu'il arrive il faudrait que dès le plus jeune âge on fasse une sorte de propagande et que ça rentre en sous cortical! Je pense que là-dessus on est un peu défaillant parce qu'on éduque pas dès le plus jeune âge les parents, les jeunes parents, les enfants, à faire attention à leur alimentation et activité physique. Donc oui il faudrait sensibiliser dès le plus jeune âge, en y consacrant du temps… »*

1.2 Surpoids et suivi

Une difficulté majeure reposait sur la compliance aux consultations de suivi:

- *M1: « Alors je me suis rendu compte que quand tu ne mettais pas de date de reconsultation, t'avais à coup sûr un perdu de vue. »*
- *M10: « Oui j'ai souvent du mal à les accrocher, j'aime bien les reconvoquer d'une semaine sur l'autre, tous les 15 jours pour leur dire, « voilà on se fixe ça comme objectif, tu viens, on parle, on voit comment ça se passe », on leur donne des petites règles d'hygiène diététique ou petits conseils sur comment bien manger. Je surveille le poids. Mais au final après quelques consultations ils prennent pas le rendez-vous ou ils ne reviennent plus. (…) Le plus dur c'est de fidéliser les patients. »*
- *M8: « C'est vrai que si c'est moi qui relève le problème je vais pas les reconvoquer systématiquement à un mois deux mois trois mois pour réévaluer systématiquement et voir s'ils ont mis en place des règles hygiéno-diététiques etc… (…) la difficulté va plutôt être dans le contrat de soin qui est difficilement mis en place parce que ça reste de sa volonté à lui. Pas comme un contrat de soin en psychiatrie ou t'es obligé de te traiter ou sinon t'as une punition pour le coup. »*
- *M4: « on les revoit rarement uniquement pour ça, et y'en a aucun que j'ai réussi à faire revenir régulièrement sur du long terme. »*

1.3 Surpoids et précarité

Sept des médecins interrogés corrélaient précarité et surpoids sur fond de fatalisme:

- *M1: « Là on pourrait avoir du répondant et le levier pécuniaire, on le sait, va être un facteur limitant pour beaucoup de personnes. Les personnes qui en ont besoin, c'est souvent eux qui sont les plus touchés dans le surpoids. »*
- *M10: « C'est la précarité sociale qui fait que… pour moi les ados en surpoids c'est une population biaisée parce que c'est une population qui est plutôt dans la précarité et qui n'est pas forcément demandeuse de soin. Y'a beaucoup de fatalité par rapport à ça, et c'est comme ça. (…) c'est un plaisir pas cher qu'on peut faire à son gamin avec un bonbon, une bouteille de coca, le petit plaisir que la mère offre à son gamin parce qu'elle n'a pas le temps de passer du temps avec lui, qu'elle peut pas lui acheter autre chose. Elle va entre guillemets se déculpabiliser en lui achetant du sucre parce que c'est pas cher. »*
- *M10: « Papa était gros, maman a toujours fait à manger comme ça, donc y'a pas de prise de conscience de la gravité de la situation de la part des parents dans cette catégorie socio-professionnelle. »*

1.4 Surpoids et manque de ressources.

Le manque de ressources financières et législatives était relevé majoritairement:

- *M2: « C'est peut-être une priorité mais dans les faits ils ont enlevé tout les sous qui allaient avec! »*
- *M5: « il faut que les outils de neuro-marketing négatifs puissent être régulés sur le plan législatif pour que ça ait un impact sur le plan privé. »*
- *M11: « Oui peut-être faire des pubs pour redéfinir l'IMC, ça ils ne connaissent pas trop l'IMC, qu'ils se pèsent et se mesurent et qu'ils se rendent compte qu'ils sont en surpoids d'eux-mêmes. »*
- *M8: « je pense que sans levier pécuniaire c'est difficile à mettre en place. Alors quel mode de rémunération à mettre en place euh je sais pas, peut-être un peu comme la Sécu fait, un forfait par ado, peut-être pas un paiement à l'acte parce que ça reviendrait trop cher mais, euh, ça nécessite réflexion… »*

Le manque de ressources matérielles était rapporté:

- *M4: « je pense qu'au niveau du système de soins certes il y a du dépistage qui est fait, mais au-delà du dépistage pour la deuxième partie de prise en soins il n'y a pas assez d'accent mis dessus. »*
- *M10: « En étant mieux formé aussi, euh, je cherche justement dans les formations DPC des trucs sur la diététique. Je trouve pas vraiment ce que je veux. C'est compliqué bien que je sois demandeur. »*

Le manque de ressources au sein de l'unité familiale était cité:

- *M12: « Mais la place des parents oui, je dirais que c'est 75/25, c'est d'abord le rôle des parents d'éduquer leur enfant à bien manger et faire du sport. »*

le manque de ressources intellectuelles était évoqué:

- *M4: « Nous on est juste formé à surveiller les courbes de poids mais après tout ce qui découle derrière bah c'est compliqué (…) dans notre bagage médical de base on n'a aucune connaissance en la matière (…) de toute façon on se forme sur le tas sur l'éducation thérapeutique (…) je pense qu'il faudrait que justement on ait vraiment des notions de base comme en addictologie avec les interventions brèves. »*

1.5 Surpoids et dépenses de santé publique

Un médecin s'attardait sur les conséquences économiques du surpoids:

- *M1: « Un enfant en surpoids c'est un obèse en devenir. Et quand on voit le coût que ça a pour la société, les problématiques de santé que ça va engendrer… ».*

1.6 Surpoids et ressenti du médecin

1.6.1 Surpoids au second plan par rapport à l'obésité

Trois interviewés notaient une banalisation du surpoids majorant la prévalence de l'obésité. Ils soulignaient qu'une prise en charge précoce du surpoids participerait directement à la prévention de l'obésité:

- *M5: « C'est un problème de santé publique mais c'est plus le côté obésité qui est mis en avant. On se penche moins sur le surpoids. Sur tous les efforts de santé publique en général (…) Et oui, euh, essayer d'arrêter de banaliser le surpoids, parce que je pense que maintenant c'est ce qu'il se passe. Comme je disais, quelqu'un qui a un IMC 27 qu'on croise dans la rue on pourrait se dire que c'est un gabarit normal alors que finalement il est en surpoids… »*
- *M3: « On attaque le problème quand c'est trop tard, enfin pas trop tard, mais quand ils sont déjà obèses. Et l'IMC entre 25 et 30 c'est facilement une majorité de la population et on l'aborde pas suffisamment, moi la première. »*

1.6.2 Pathologie de l'intime

Cinq médecins corrélaient le surpoids à un sujet tabou :

- *M1: « Par rapport au poids, on sait qu'il y a un certain tabou quand même au cours des consultations quand on aborde ce sujet. Y'a des sujets qui sont plus ou moins tabous, ça s'en est un. »*

Une minorité abordait le surpoids avec aisance:

- *M7: « Mais je ne trouve pas ça forcément très compliqué parce que je trouve justement qu'ils attendent qu'on leurs en parle. (…) Et puis en tant que médecin généraliste ils nous connaissent, c'est le secret médical, ça sortira pas d'ici. »*

La majorité confirmait être mal à l'aise. Certains adaptaient leur discours à l'âge du patient:

- *M5: « De toute façon de base avec les adolescents c'est toujours un peu bancale. Il y a toujours plein d'aprioris, c'est toujours un peu compliqué pour eux, ou il y a pas mal d'attention de leur part au ressenti physique, etc, eux déjà ne sont pas à l'aise donc c'est moins facile pour le praticien. »*

Ils adaptaient leur discours lors la consultation initiale du fait de la sensibilité du sujet:

- *M7: « De pas les culpabiliser. Je ne sais pas comment expliquer. Euh, oui c'est pas discriminant mais c'est vrai que ça les embête parce que souvent ils viennent pas pour ça, alors parler de leur surpoids, ça les intéresse pas forcément. Sujet délicat. »*

Certains partageaient leur peur de blesser l'adolescent:

- *M11: « Et ensuite souvent les ados sont pas très bien dans leur peau. J'aime pas trop rentrer dans leur intimité, du moins quand ça concerne le poids. Ça me gène pour eux, parce que je pense que c'est vexant pour eux d'entendre leur dire qu'ils sont en surpoids. »*
- *M13: « T'es un peu vite désemparé par peur de brusquer les enfants et d'avoir un effet un peu inverse par rapport à ton discours donc t'es toujours sur un fil. Tu sais pas si tu dois y aller frontal ou au contraire y aller tranquillement. Donc pas facile parce qu'on peut vite les braquer. »*

D'autres partageaient leur peur d'engendrer d'autres problèmes en abordant le sujet:

- *M5: « Alors soit c'est problématique pour le patient mais ça se passe bien, ça l'aide à modifier des choses. Ou alors ça le braque et il se bloque par rapport à ça. Ou alors c'est révéler un problème que lui ne s'était pas imaginé, et entrainer d'autres problèmes. »*
- *M6: « Il peut souvent aussi y avoir un contexte psychologique, traumatique sous-jacent. Parfois on peut soulever d'anciens traumatismes ou problèmes. Donc parfois on peut être un peu hésitant à parler du poids d'une manière brute de décoffrage. Il faut toujours trouver les bons mots. Non pas que je le sois, enfin peut-être, mais c'est surtout un risque pris par rapport au passé de l'adolescent, au contexte familial etc… De le heurter. Ça peut jeter un froid si on parle du surpoids, on se doute avec son comportement quand il y a un malaise, un mal-être chez l'ado, il peut baisser la tête et être dans le retrait. »*

1.6.3 Positionnement risquant d'être moralisateur

Deux médecins évoquaient leur inconfort à travers une position délicate:

- *M12: « Le cas difficile c'est le problème du côté moralisateur, directement je pense qu'ils se sentent un peu agressés, et le côté moralisateur rentre dans l'équation, en disant « bouge-toi plus… » de l'entendre par quelqu'un d'autre que les parents je pense que ça peut être compliqué pour les ados. Ils sont souvent en plein conflit avec les adultes en plus (…) Mais bon on l'a forcément le côté moralisateur, derrière notre bureau face au gamin, lui il a l'impression qu'on est là pour lui dire ce qui est bien, ce qu'il faut faire. »*
- *M13: « Après la relation peut être modifiée parce qu'on commence à être un peu plus moralisateur, à inculquer des règles et aller un peu contre la dynamique que l'ado avait avec son alimentation et son hygiène de vie en général. »*

1.6.4 Ambivalence entre surpoids et monde de l'image et du corps parfait

Un médecin partageait son ressenti sur ce constat:

- *M9: « Je pense que c'est de plus en plus un monde de l'image, l'image du corps est de plus en plus mise en valeur dans les réseaux sociaux. Je pense que pour l'adolescent c'est quelque chose à laquelle il est particulièrement sensible et qu'il est de plus en plus touché par ça. »*

1.6.5 Sujet non prioritaire

Un médecin faisait part de son désintérêt pour le surpoids:

- *M4: « C'est pas des domaines qui m'intéressent forcément et y'a déjà pas mal d'autres domaines ou j'estime qu'il faut que je me forme. Ça me semble pas être une de mes priorités à l'heure actuelle. »*

1.6.6 Langage du médecin

Les médecins employaient régulièrement le champ lexical du combat:

- *M4: « J'ai l'impression que le combat est tellement déséquilibré. Je ne vois pas comment on pourra modifier le rapport de force. »*
- *M10: « Pas mal de clichés sur lesquels il faut lutter « oué mais j'ai les os lourds » « oué mais je fais de la rétention d'eau. »*
- *M12: « Je fais un peu, je bataille un peu selon les gens. Je me fixe pas assez d'objectifs avec « voilà pour vous il faudrait faire ça »… »*
- *M1: « Faut pas les confronter les parents, faut essayer tout doucement de les amener vers un objectif commun. »*

1.7 Ressenti du médecin envers les professionnels de santé

Trois médecins mettaient en avant le manque de compétences médicales:

- *M1: « il y a à mon sens pas beaucoup de médecins généralistes qui vont se sentir légitimes, compétents, qui ne vont pas avoir de structure pour le faire, structure de consultation pour se sentir à l'aise. »*
- *M10: « Alors il y a le REPOP qui existe pour les gamins mais finalement c'est pas terrible. Avec les médecins qui ont fait 2 heures de formation et qui se disent référents REPOP. Et en fait c'est pas du tout intégré dans une prise en charge globale. »*
- *M2: « D'autres gens les envoient à Dabanta pour ok s'en débarrasser, moi c'était pas mon idée. (…) les généralistes s'en foutent parce qu'ils n'ont pas le temps… »*
- *M1: « C'est vraiment une hygiène mentale à avoir pour chaque médecin traitant qui est confronté à un problème de santé publique et qui doit se donner les moyens de prendre en charge correctement ses patients. »*

1.8 Surpoids et rôle des parents

L'intégration des parents dans la prise en charge était une difficulté fréquemment évoquée:

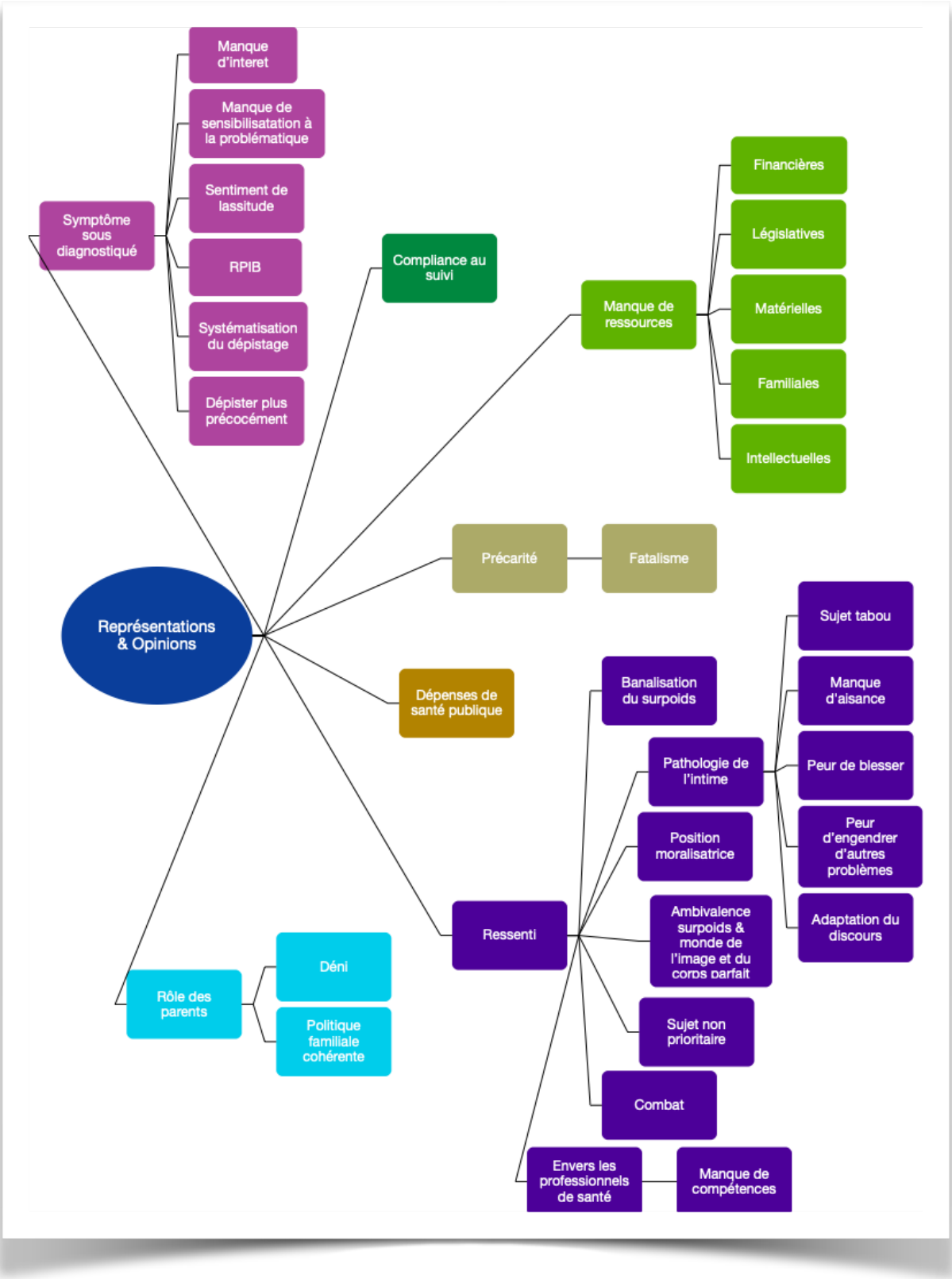
- *M1: « Les parents font de la merde, concrètement, dans 90% des cas, dans mon expérience à chaque fois c'est les parents qui posent problème. Y'a des dysfonctions. »*
- *M10: « Parce que les parents sont pas là à pousser derrière, donc le gamin il ne va pas de lui-même demander à revenir. Donc c'est un peu cette limite là que je subis dans ma prise en charge. »*
- *M5: « C'est difficile de faire modifier dans la prise en charge les règles hygiéno-diététiques, activités sportives si les parents ne sont pas dans cette optique là. Des fois ce serait plus des prises en charge familiales qu'il faudrait faire! »*

Un médecin partageait le ressenti d'une forme de déni des parents quant au surpoids de leurs adolescents :

- *M10: « Il voit bien que y'a un problème quelque part mais on a l'impression qu'il y a un peu de déni de la part des parents. »*

Les médecins rapportaient l'importance d'élaborer une politique familiale cohérente dans la stratégie de prise en charge du surpoids:

- *M1: « Souvent ils sont en surpoids ou obèses eux-mêmes donc pour faire changer un comportement à un gamin qui mange comme les parents, c'est-à-dire mal, bah ça c'est compliqué. Si les parents comprennent pas le changement l'enfant va pas le comprendre non plus, ou du moins pas l'assimiler aussi rapidement qu'escompté. »*
- *M4: « Après je pense que bien souvent les parents ont des régimes alimentaires déséquilibrés. Comme les enfants héritent des habitudes alimentaires des parents, c'est un tout (…) Donc c'est sûr que la problématique des enfants rejaillit sur les parents et les parents n'ont pas forcément envie de s'occuper d'eux-mêmes. Donc ça peut être un frein supplémentaire. »*
- *M3: « S'il y a juste l'ado qui est mal parce qu'il se trouve en surpoids et que les parents s'en foutent, ça marchera pas, il faut vraiment qu'il y ait une adhésion de toute la famille. »*
- *M8: « Donc après oui l'implication des parents elle est majeure parce que c'est eux qui plus de la moitié du temps font les repas, hormis ceux de la cantine, mais les soirs et les week-ends généralement les ados ils mangent ce que leurs donnent leur parents. Donc c'est d'abord sensibiliser les parents sur la qualité et la quantité. »*


Représentations & Opinions
Symptôme sous diagnostiqué
Manque d'interet
Manque de sensibilisatation à la problématique
Sentiment de lassitude
RPIB
Systématisation du dépistage
Dépister plus précocément
Compliance au suivi
Manque de ressources
Financières
Législatives
Matérielles
Familiales
Intellectuelles
Précarité
Fatalisme
Dépenses de santé publique
Ressenti
Banalisation du surpoids
Pathologie de l'intime
Sujet tabou
Manque d'aisance
Peur de blesser
Peur d'engendrer d'autres problèmes
Adaptation du discours
Position moralisatrice
Ambivalence surpoids & monde de l'image et du corps parfait
Sujet non prioritaire
Combat
Envers les professionnels de santé
Manque de compétences
Rôle des parents
Déni
Politique familiale cohérente

2. Les attentes des médecins concernant un outil de prise en charge du surpoids de l'adolescent

2.1 Types d'outil

2.1.1 Les outils existants cités par les médecins

2.1.1.1 Le carnet de santé

Le carnet de santé était majoritairement cité et critiqué:

- *M11: « Parce que sinon on a le carnet de santé mais les ados ils ne viennent pas avec donc compliqué. Pour les enfants oui, mais les ados le carnet n'est pas très utile. »*
- *M4: « Côté médecin on a déjà un outil qui est le carnet de santé et qui est un outil de surveillance intéressant. Par les courbes de croissance, pour permettre de faire voir, enfin que ce soit visible. (…) pour moi le carnet de santé c'est juste une aide pour suivre, et pour faire accepter, et faire identifier le problème aux parents. Après ça pour moi c'est juste avant la prise en charge. Pour moi le carnet de santé il aide pas à la prise en charge. »*

2.1.1.2 Les courbes d'IMC sur le logiciel médical

- *M2: "On a un outil fabuleux qui est sorti depuis 30 ans dont maintenant les gens se servent et qui sont dans nos logiciels c'est la courbe d'IMC. »*

2.1.1.3 Les applications

- *M1: « J'ai tendance à leur conseiller certaines applications à télécharger pour qu'ils aient une activité physique minimale. »*
- *M9: « Y'a déjà des applis type Yuka qui scannent ton alimentation mais je ne suis pas sûr que l'ado de lui-même va s'en service, c'est pas lui qui fait les courses… Je ne suis pas sûr que ça soit vraiment adapté à l'alimentation de l'adolescent en particulier. »*

2.1.1.4 Autres

- *M1: « J'ai la trame du REPOP. »*
- *M9: « Il y a les analyseurs d'assiette quand on prend une photo avec son téléphone. »*
- *M3: « Après il y a le site « mangerbouger » ou il y a plein de conseils, du PNNS, et euh, effectivement je leurs donne parfois le nom de sites où il y a plein de conseils. »*

2.1.2 Amélioration ou complément d'un outil existant

- *M9: « Il ne faut pas que ce soit un outil de plus, il faut que ce soit intégré à ce qui est déjà existant, soit une amélioration d'une structure existante soit si c'est numérique ou papier qu'il s'intègre dans une aide à la prise en charge plus globale. »*

2.1.2.1 Amélioration d'un organisme dédié

- *M10: « Pour moi la définition de l'outil au sens large ça peut être un organisme dédié. Alors il y a le REPOP qui existe pour les gamins mais finalement c'est pas terrible (…) Et en fait c'est pas du tout intégré dans une prise en charge globale. Pour moi un outil ça doit être intégré dans une prise en charge globale avec plusieurs corps de métiers remboursés et disponibles. (…) Je pense que ce serait clairement une amélioration, pas nécessaire de faire du neuf. (…) le REPOP nécessiterait d'être amélioré, renforcé et communiqué. »*

2.1.2.2 Amélioration d'un site ou d'une application

- *M10: « Pour la pédiatrie il y aussi un peu foison mais dans « Pédiadoc » tu vois il n'y a pas d'onglet pour cette prise en charge là. Donc ça peut tout à fait s'intégrer dans ces outils numériques là, avec des documents à disposition qui puissent être aidants sur la prise en charge diététique, des outils à mettre à disposition des médecins. »*
- *M11: « Soit créer une application mais faut leur donner l'envie de la télécharger, soit sur des applications déjà connues. Créer un outil en plus ou une fonctionnalité supplémentaire. »*

2.1.2.3 Complément d'un logiciel médical

- *M5: « Et notamment on voit pas mal de logiciels de prescription médicale qui apparaissent ou il peut y avoir des liens avec tous ces différents outils là et intégrer toutes les données de ces outils directement dans le dossier patient. »*

2.1.2.3 Complément du carnet de santé

La majorité des médecins s'accordait pour compléter la partie dépistage du carnet de santé avec une partie prise en charge:

- *M1: « On nous demande dans le carnet de santé de renseigner le poids, la taille, les courbes… PAF! T'as ton suivi euh.. à cet endroit là. Donc ça serait extrêmement pertinent. C'est-à-dire tu repères, tu constates, t'as une aide pour ton intervention brève, et possiblement à cet endroit là, t'as des aides pour le médecin qui le suit, euh généraliste, pédiatre, pour avoir des consultations dédiées très appréciables. »*
- *M10: « C'est ciblé le surpoids des ados donc peut-être intégrer dans le carnet de santé une page, ça peut pas faire de mal, à destination des médecins, de tout le monde. »*
- *M4: « S'il y avait déjà plus d'éléments sur l'éducation nutritionnelle avec des informations simples. Sur l'alimentation au quotidien. Et surtout après, je pense qu'il faudrait prolonger le carnet de santé avec des ressources vraiment pratico-pratiques de la vie quotidienne. »*
- *M2: « s'il y avait un outil pour le surpoids, un feuillet, intégré dans le carnet de santé oui. Rajouté au carnet de santé il va se perdre. »*

Un médecin rappelait la contrainte de place dans le carnet:

- *M7: « Je pense qu'un adolescent en surpoids il faut le suivre sur 2 ou 3 ans mais je trouve que sur le carnet de santé ça va faire beaucoup si à chaque fois on lui demande d'apporter, de nous donner ses repas, ses activités physiques. »*

2.1.3 Nouvel outil

- *M8: « Effectivement si on avait un outil, ou un score prédictif pour repérer plus facilement ces ados plutôt que du pifomètre bah peut-être que la prise en charge serait plus facile. Un outil pour dépister et pour suivre. »*

2.1.3.1 Une application

La grande majorité des médecins évoquait la création d'une application pour répondre au mieux aux besoins de l'adolescent:

- *M11: « Alors comment motiver les ados bah un cahier non c'est plus trop la mode donc plutôt une appli sur les téléphones (…) Le plus pratique c'est une application que tu peux télécharger gratuitement sur toutes les plateformes de téléchargement, et que ce soit assez simple. »*
- *M8: « Le plus simple je pense ce serait une application. (…) Un peu comme « globule » ou il y aurait la diététicienne, un éducateur sportif, euh quelque chose comme ça… »*

2.1.3.2 Un site en ligne

- *M11: « Ce qui serait pratique ça serait d'avoir un truc ou tu peux accéder de tous les PC sans avoir à changer d'application ou rentrer des codes, mots de passe etc, quelque chose de pratique. »*
- *M5: « En y réfléchissant ça pourrait être un peu comme le site 'mesvaccins.net' ou il y a un accès patient, ou le médecin et le patient peuvent rentrer des données, et dedans y'a toute une bibliographie avec plein de documents scientifiques validés ».*

2.1.3.2 Un site internet associé à une application

- *M9: « De toutes les façons pour l'ado l'outil ça serait un site internet je pense et le mieux serait un site internet adapté au mobile (…) pour l'ado une appli à télécharger, mais je pense que le plus facile ça reste un site ordi-mobile que tu peux utiliser quelque soit ton support, par facilité. »*

2.1.3.3 Un logiciel médical

- *M5: « Oui un outil numérique qui serait sur le logiciel du praticien et qui permettrait d'avoir accès à plein de documentations et facilement imprimables ou transférables au patient. »*

2.1.3.4 Un auto-questionnaire

- *M5: « Comme il existe des autotests sur le tabac etc ou l'alcool, finalement ça reste des problèmes de santé publique, avoir un autotest de surpoids-obésité ou il y a quelques réponses sur les modes de vie.*

Le patient le remplit en salle d'attente (…) pour savoir ou ils en sont au niveau de leur IMC, de leur activité physique.»

2.1.3.5 Un calendrier

- *M1: « Un calendrier alimentaire et le calendrier sportif (…) éventuellement, des tableaux, que les ados rempliraient un mois auparavant avec son activité physique, son alimentation, sa sédentarité. »*

2.1.3.6 Fiches alimentaires

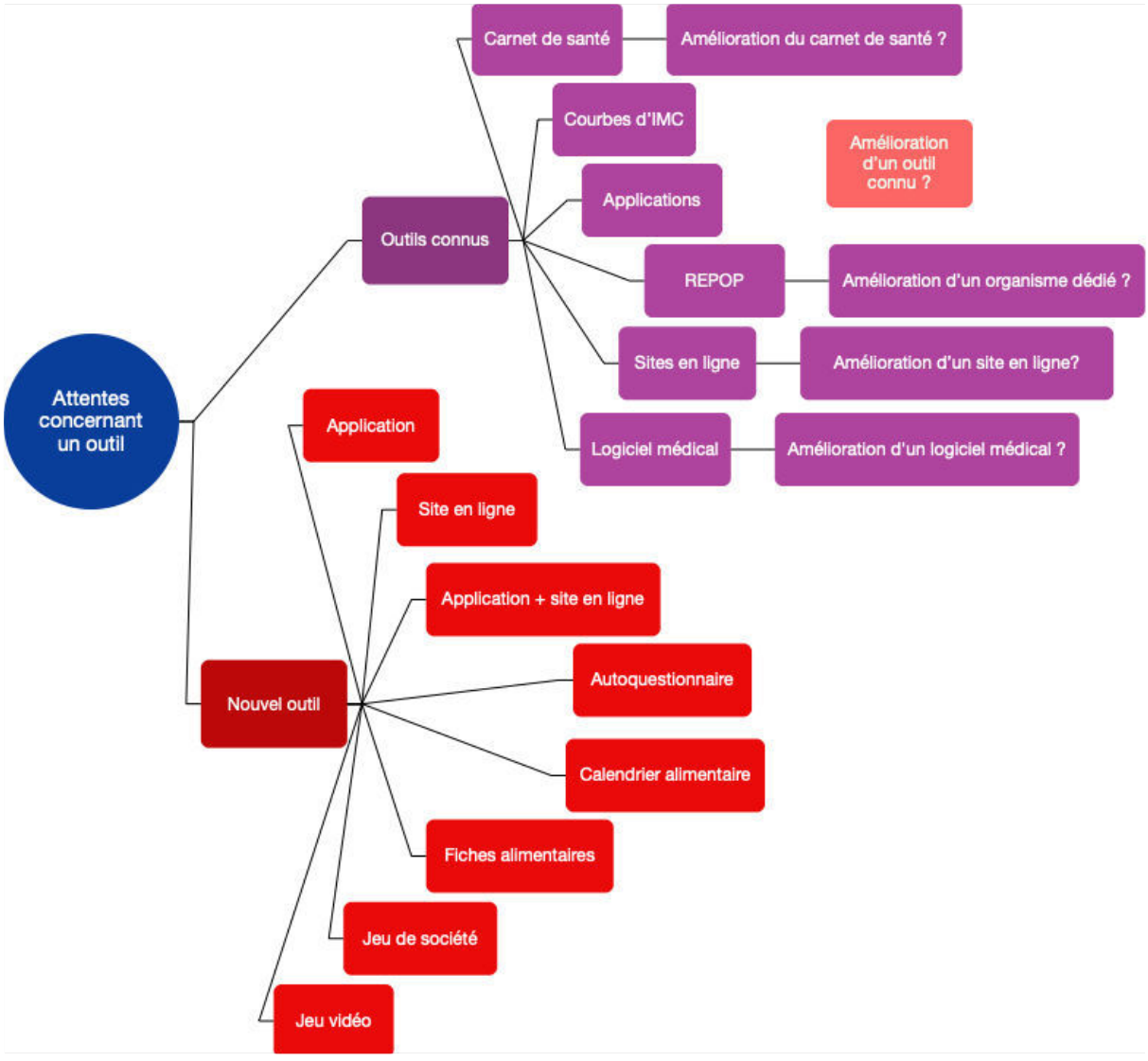
- *M9: « Mais c'est vrai que des fiches de nutrition ou d'alimentation vraiment bien faites ça pourrait être intéressant aussi. »*

2.1.3.7 Un jeu de société

- *M7: « Et bah on pourrait faire des jeux de société voilà! Les ados adorent les jeux de société, on pourrait faire un type de jeu de société sur le surpoids! »*

2.1.3.8 Un jeu vidéo

- *M11: « Un jeu comme « Pokemon GO » pour les faire marcher… ! »*
- *M9: « Jeux vidéos non, les jeux vidéos interactifs éducatifs c'est chiant… ça marchera pas. Ça intéresse personne. »*



2.2 Format de l'outil

2.2.1 Format manuscrit

2.2.1.1 Favorables

Un seul médecin était vraiment en faveur d'un format manuscrit:

- *M12: « Oui. Forme manuscrite j'aime bien. Je m'y retrouve pas aussi bien sur un ordinateur mais c'est personnel. Parce qu'effectivement ça serait plus facile pour les gamins d'utiliser du numérique. »*

2.2.1.2 Avantages

Un médecin évoquait une meilleure adhésion par le format manuscrit:

- *M7: « Ce serait un cahier qui appartient à l'ado pour qu'il puisse plus s'impliquer dans le projet. »*

Un médecin rapportait une meilleure intégration des problématiques:

- *M3: « Mais en même temps de façon manuscrite ça permettrait de mieux comprendre pour l'ado ce qu'il a mangé et de l'intégrer un peu plus dans sa prise en charge. »*

Un médecin soulignait le côté valorisant du format:

- *M7: « Ça a toujours plus de valeur quand on imprime et qu'on donne quelque chose au patient plutôt que de juste lui dire d'aller consulter le site. Et à la fois après le patient peut trouver pas mal d'infos par lui-même. »*

2.2.1.3 Inconvénients

La majorité des médecins s'accordaient sur l'inconvénient de la portabilité d'un support manuscrit, facilement perdu ou oublié lors de la consultation:

- *M5: « On peut avoir un carnet papier mais c'est toujours le risque de euh, le carnet n'est pas ramené, on a pas accès au jour J à l'information. »*

Un médecin nuançait cet inconvénient:

- *M12: « Mais d'un point de vue relation médecin-ado je pense qu'un carnet manuscrit, avec ses défauts, bien sûr on peut le perdre.. c'est facile. Mais si le gamin adhère à sa prise en charge bah généralement il ne l'oublie plus. »*

La majorité des médecins associait ce type de format à un support has-been dont l'usage pourrait rapidement lasser l'adolescent:

- *M6: « Parce qu'une simple fiche alimentaire si t'as de la chance il la lit, mais après t'as plus de chance qu'elle finisse sous une pile de bouquins…! »*
- *M8: « Faut que ce soit numérique. Je vois pas d'autre format… Je vois pas un ado remplir des grilles ou des tableaux toutes les semaines, compiler ses données c'est du temps en plus, que moi je prendrais pas ça c'est sûr. Pour les ados si c'est pas numérique ça n'a pas d'intérêt. Via smartphone. »*

Un médecin estimait le support manuscrit inapproprié pour traduire le ressenti de l'adolescent:

- *M2: « Souvent ils le cachent à leurs parents donc ils ne vont pas écrire sur un papier que ça va pas. Ça c'est justement la limite d'un outil. »*

2.2.2 Format numérique

2.2.2.1 Favorable

Le format numérique était majoritairement plébiscité par les interviewés:

- *M2: « Y'a un côté en moi qui me dit: « quand même c'est pas cool », mais la réalité c'est que les jeunes sont branchés smartphone, et que si on leur propose un outil papier, ça risque de ne pas le faire. »*
- *M9: « Manuscrit, impossible. Je pense que les ados n'utilisent plus un stylo, ils ne connaissent plus que le numérique. »*

2.2.2.2 Avantages

L'accessibilité était le principal avantage rapporté puisque quasiment tous les adolescents ont accès à l'informatique ou la téléphonie:

- *M5: « Y'a le côté c'est le prolongement de leur personne, ils passent tellement de temps dessus, tellement de données personnelles etc, ils y ont accès, pour eux c'est facile d'y accéder, c'est didactique. »*

La praticabilité du format numérique particulièrement à travers la portabilité du smartphone était soulignée avec une potentielle majoration de l'observance:

- *M6: « Sur smartphone, il l'a dans la poche, il peut la remplir dès qu'il a mangé. Il peut regarder quand il a un doute sur quelque chose… C'est tout. Tu peux pas faire plus pratique qu'une application! »*
- *M1: Tout le monde a un téléphone sur lui. Donc c'est un outil qu'on peut avoir à chaque consultation sans oubli. Donc y'aura une certaine sorte d'observance si on veut l'utiliser comme un outil thérapeutique. »*

Le format numérique faciliterait la promotion de l'outil:

- *M8: « Faut que ce soit diffusé sur les plateformes qui les concernent, donc tous les nouveaux réseaux sociaux, « Twitch » et compagnie, ça déjà c'est pour avoir un impact. »*

Le format numérique serait un support d'échange propice à l'interactivité:

- *M9: « Des messages simples, potentiellement interactifs avec un forum… »*
- *M8: « Ce qui pourrait être bien c'est faire un genre de truc un peu communautaire, que tous les ados aient ce genre d'outil et qu'ils s'émulent là-dedans (…) le but c'est que tout le monde soit dans le même train et que tout le monde avance ensemble. »*
- *M3: « Justement les applis de course à pied où tu peux partager, « j'ai couru dix kilomètres aujourd'hui », voilà, tu partages tout ce que tu fais pour ton poids! (Rires) Partager avec les copains tout ce que tu fais pour ta santé, pour ton poids, que ce soit pour ton activité physique, ton alimentation, « aujourd'hui j'ai cuisiné une salade ! » Et tu le partages sur les réseaux sociaux, et partager ce que tu fais de bien. »*

Il aboutirait à une meilleure compliance au suivi à travers une interface personnalisée :

- *M6: « Et ça permet d'avoir une interface de suivi, que l'ado mette son propre suivi avec sa biométrie. »*

Le format numérique pourrait être plus propice à rendre l'outil ludique:

- *M2: « Je pense qu'il faut surtout qu'il soit simple à utiliser et qu'il ait un côté ludique pour accrocher l'ado et qu'il ait envie de l'utiliser. Et effectivement c'est là qu'intervient le fait que ce soit un outil sur smartphone. »*

Un médecin rapportait que les applications avaient une efficacité connue dans le domaine de l'addiction:

- *M1: « En tout cas je le vois dans les outils numériques utilisés dans le sevrage tabagique, c'est très très pertinent chez les adolescents. »*

2.2.2.3 Inconvénients

Le principal inconvénient était une majoration du temps d'écran:

- *M2: « Je suis mitigée… Moi je suis dans un monde ou je dis aux gens « pas d'écran! » »*

Un médecin relativisait cet inconvénient et apportait une potentielle solution:

- *M5: « Mais les écrans en soit c'est surtout leur utilisation. Si un ado va consulter un article sur le surpoids sur son smartphone c'est pas ça qui va le faire grossir! (…) dans les bibliographies il faudra mettre des rappels sur la prévention avec les temps d'écran. »*

Les médecins ont évoqué les difficultés d'utilisation et de dépendance à l'application:

- *M12: Après bien sûr qu'avec les applis il pourrait y avoir un truc sympa à faire, ça pourrait être intéressant, mais plus compliqué à utiliser, pour moi. Pour l'ado ça serait l'idéal. »*
- *M3: « Il ne faut pas que ce soit trop fixé sur le poids, qu'ils se pèsent tous les quatre matins! Qu'ils ne le rentrent pas sur l'appli tous les jours! »*

- *M9: « Une appli de toute façon ça crée une dépendance, c'est le principe, toutes les applis sont faites pour rendre les gens dépendants. »*

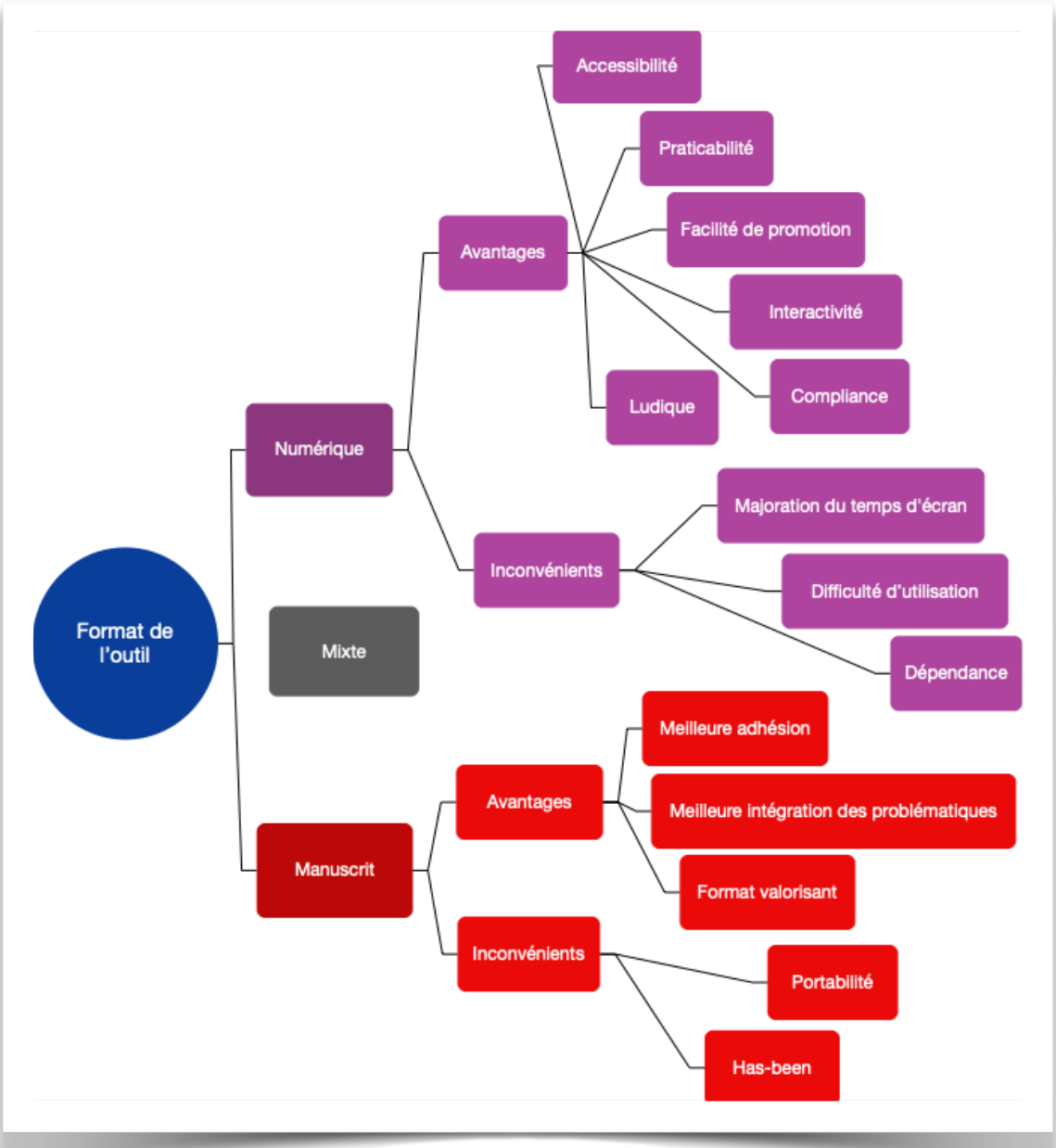
Certains estimaient l'application plus utile pour l'adolescent que pour le médecin:

- *M9: « Parce que clairement les outils qu'on a l'habitude d'utiliser, par exemple « antibioclic » l'appli je ne l'ai pas et je vais toujours sur le site. On a pas toujours envie d'avoir 100 000 applications sur son téléphone (…) T'as un patient dans ton suivi t'auras pas forcément envie de télécharger ton appli sur ton téléphone pour un patient par mois, une fois tous les 3 mois. (…) T'es pas vraiment sur ton téléphone mais plutôt sur ton ordi en consultation. Donc je pense que le côté appli c'est pas forcément utile côté médecin mais par contre je pense que l'ado il faut qu'il puisse avoir l'appli de disponible. »*

2.2.3 Format mixte

D'autres médecins ont évoqué la possibilité d'un format mixte plus adaptatif et pouvant être complémentaire:

- *M8: « Peut-être pas un format unique, bon après moi je suis très connecté donc le format numérique me botterait bien mais après il y a des gens qui restent encore très papier donc peut-être prévoir une version papier pour les médecins moins connectés de l'ancienne génération. »*
- *M4: « (…) pour donner les premières pistes aux parents via le carnet de santé et après les prolonger en leur donnant des éléments plus concrets, plus poussés, à travers un format numérique. »*



2.3 Contenu de l'outil

2.3.1 Thématiques structurales générales évoquées

2.3.1.1 Trame générale

La notion de calendrier alimentaire avec recueil d'informations sur la composition des repas et l'activité sportive était évoquée:

- *M1: « Je le verrais plus comme un calendrier, ou tu pourrais récolter ce qu'ils ont mangé, tu pourrais récolter l'activité physique qu'ils ont fait, leur ressenti, euh… plein de choses… Le dépistage des troubles du comportement alimentaire, le dépistage de la dépression, ça pourrait être une porte d'entrée excellente pour aborder les problèmes. »*
- *M6: « Une application qui se base sur euh, outre le côté suivi pour avoir des conseils personnalisés et adaptés, sur par exemple un agenda alimentaire. Par exemple sur une semaine l'adolescent va rentrer tout ce qu'il mange et ensuite avec un algorithme tu regardes tous les écarts et ça permet de donner des conseils personnalisés. Un agenda électronique intégré à l'application ou au site internet. Ça pourrait être la deuxième étape, après la compréhension, l'évaluation de ce qu'il fait. Y'a déjà des sites qui donnent les valeurs nutritionnelles de tout ce qu'on a mangé. »*

Les trames déjà connues des outils en « …clic » étaient fréquemment citées comme modèles d'inspiration:

- *M11: « Comme « antibioclic ou diabétoclic » ou un site avec un genre de menu déroulant. Première consultation, courbes, un endroit ou tu puisses tout trouver quoi. Des fiches à imprimer pour les règles alimentaires, des conseils. Un genre d' « obésoclic ». Je sais pas si ça existe déjà… »*
- *M3: « Type, trucs en « clic », ou au départ vous auriez une page remplie avec le patient, taille, poids, son nom, est-ce qu'il est sédentaire, pas sédentaire, ce qu'il mange, l'entourage, la catégorie sociale, enfin tout ce qui est en rapport avec son poids, une page pour le premier entretien et ensuite des pages de suivi, quel thème abordé à chaque fois, qu'il y ait plein d'onglets qui orientent, qui donnent plein d'outils pour la prise en charge, que ce soit diététique ou activité physique et ce qu'il faut aborder à chaque fois avec le patient. »*

L'idée d'intégrer des étapes dans la trame de l'outil était évoquée:

- *M12: « Pas de jeux mais une application avec des étapes, application ou cahier ou livre ou il puisse voir ses améliorations, ses évolutions. »*

2.3.1.2 Bilan initial

Les médecins évoquaient l'importance d'un bilan initial simple et standardisé permettant de mieux initier la prise en charge et son suivi:

- *M8: « Ça parait indispensable dans un outil d'avoir un bilan initial pour identifier les besoins et en fonction mettre l'encadrement en place. Peut-être un système de QCM, quelque chose comme ça. »*
- *M9: « Un site ou il y a un petit questionnaire de départ, ou au départ tu repères les difficultés personnelles du patient. Et après en fonction il t'oriente vers différentes fiches, différentes vidéos, différents supports. »*

2.3.1.3 Vidéos explicatives

L'intégration de vidéos pédagogiques à l'outil était clairement plébiscitée puisque jugée totalement adaptée aux supports de lecture actuels des adolescents:

- *M11: « Par des petites vidéos peut-être. Des catégories dans l'outil avec dans certaines des vidéos pour faire un peu de sport, d'autres pour des recettes de cuisine. Après pour la psychologie je sais pas… Des vidéos courtes qui reviennent sur un point et que l'ado pourrait ensuite approfondir. »*
- *M6: « Peut-être que oui un adolescent il préférera regarder une vidéo explicative plutôt que de lire un texte explicatif. Encore une fois dans l'idée « compréhension de la pathologie du surpoids » tu peux développer des petits spots explicatifs. »*
- *M9: « Et vidéos oui c'est vrai que pour l'ado vu le succès des Youtubeurs machins et compagnie, je pense que le format vidéo c'est le plus adapté (…) donc peut-être via des professionnels via un format vidéo éventuellement… Des videos préenregistrées. »*

2.3.1.4 Cas pratiques

Plusieurs interviewés proposaient de partager des cas-cliniques pour motiver l'adolescent à travers des exemples concrets et utiliser le concept du mimétisme:

- *M6: « Sensibiliser sur le fait que des fois le surpoids ou l'obésité peuvent être liés au mode de vie mais pas seulement, et notamment des traumatismes dans l'enfance inculpables. Donc avoir des exemples de traumatismes. (…) On pourrait faire une rubrique à part. Par exemple avec des vignettes cliniques assez courtes. Plus facile parfois en donnant des exemples. »*
- *M11: « Montrer des photos avant-après. »*
- *M12: « Des expériences d'autres gens par exemple. Si on utilise un outil numérique, montrer des vidéos de gens qui ont eu la même problématique et qui ont réussi à changer. Je pense que la motivation à travers les autres ça peut être pas mal, tu vois quelqu'un qui a réussi et bien tu réussiras. »*

2.3.1.5 Drapeaux rouges de l'obésité

L'outil permettrait d'avoir des sonnettes d'alarme pour mieux cadrer la prise en charge et repérer plus rapidement les anomalies dans le suivi:

- *M1: « À cet endroit là, PAF ça clignote, il a un IMC supérieur à 25 ou un IMC supérieur à 30. »*
- *M10: « Et donc techniquement je pense qu'il faut mettre des drapeaux rouges dans le temps et dire que s'il n'y a pas d'évolution à telle date il faut pouvoir repenser la prise en charge, sous réserve qu'il y ait une bonne observance. »*

2.3.1.6 Objectifs

Les médecins rappelaient l'importance d'établir des objectifs clairs pour mieux cadrer le suivi et intégrer l'adolescent dans la prise en charge:

- *M12: « Le suivi aussi, avoir des objectifs fixes oui. Je me fixe pas assez d'objectifs avec « voilà pour vous il faudrait faire ça ». »*
- *M1: « Il faut que les objectifs soient clairement déterminés. Est-ce que c'est du repérage? De l'intervention brève? Ou de la consultation dédiée? Ou les trois? »*
- *M10: « Il faut fixer des objectifs à court terme, il faut qu'il y ait une clause de revoyure quoi, il faut l'intégrer dans une démarche de prise en charge, avec des objectifs, des étapes, des check-up intermédiaires et à date fixe faire un point, voir l'évolution ».*
- *M7: « Et peut-être intégrer plus le patient dans la prise en charge. Puisque-là à part le carnet de santé, il est à côté de cette prise en charge, et cet outil permettrait d'intégrer l'ado. De lui donner des objectifs, de le solliciter ».*

Un médecin rappelait l'importance de fixer des objectifs réalistes pour majorer la compliance au suivi:

- *M3: « Des objectifs atteignables aussi, euh, que ça devienne un truc à part entière dans leur quotidien, des activités physiques abordables pour que ce ne soit pas une contrainte. »*

2.3.2 Supports numériques connus

L'utilisation des autres supports numériques était évoquée avec parfois une certaine réserve sur l'objectivité de certains:

- *M1: « La possibilité de leur dire « allez sur tels sites », c'est de leur donner des ressources numériques fiables, consultables quand ils veulent, et quand ils en ont besoin. »*
- *M2: « Je pense sincèrement que « Yuka » n'est pas objectif. Et que « Yuka » dit ce qu'il faut acheter parce que c'est des gros groupes derrière qui ont « Yuka ». Si c'est ce genre de chose moi je suis contre. »*

2.3.3 Listing des correspondants

La majorité des médecins rapportaient la nécessité d'un listing de référents médicaux et paramédicaux et une simplification des prises de rendez-vous:

- *M10: « Un catalogue des référents disponibles. En médecine générale on a besoin de contacts, besoin de savoir à qui s'adresser. De pas perdre une heure au téléphone avec le secrétariat de tel spécialiste, de machin qui va renvoyer vers machin, le CMPEA … etc ça on n'en peut plus quoi. »*

- *M5: « Il pourrait y avoir dans l'outil un répertoire avec des professionnels qui sont susceptibles de les aider sur ce versant là. Avec psychologue etc, ou un numéro d'appel spécifique pour le surpoids-obésité. »*

2.3.4 Versant nutritionnel

L'outil pourrait recueillir une banque de données nutritionnelles et sensibiliser les adolescents aux connaissances de base:

- *M9: « Un espèce de book avec des fiches qui regrouperait une aide à la nutrition. »*
- *M8: « C'est l'hôpital de Dax qui met ça en place avec les diabétiques, ils les emmènent en grande surface pour leur apprendre à lire des étiquettes, et ça je pense que dans le bilan ou dans le suivi, sensibiliser les ados sur ces étiquettes nutritionnelles là c'est indispensable. Faire de l'éducation là-dessus, savoir ce que c'est des glucides, des protéines, des lipides, connaître les apports journaliers recommandés et essayer de le mettre en pratique, voilà euh « ce midi t'as mangé un big Mac, ce soir un kebab euh voilà t'en es ou de tes AJR? Quelle note tu donnes à ta journée? » Ça ça pourrait les aider à se rendre compte qu'ils font n'importe quoi. »*

L'outil pourrait intégrer d'autres outils numériques existants spécialisés dans la nutrition:

- *M1: « Au niveau nutritionnel, en effet « Yuka » me parait extrêmement pertinent parce que ludique. »*
- *M4: « Je sais qu'il y a des personnes qui font des trucs comme ça ou via l'intelligence artificielle, ils essaient de t'estimer le nombre de calories des aliments dans le plat. »*

L'intérêt d'utiliser le smartphone et son appareil photo intégré était discuté:

- *M3 « Si tu prends en photo ton assiette tous les jours et tu la montres ensuite à ton médecin. C'est plus simple pour un ado de photographier son assiette et de la montrer à la personne qui le suit. »*
- *M9 « L'appareil photo du smartphone peut être interessant, pour envoyer à la diététicienne, éventuellement, qui lui donnera des conseils, ou sur un chat ou sur un réseau social… »*

2.3.5 Versant activité physique

L'outil pourrait permettre l'intégration d'autres acteurs de l'activité physique:

- *M9: « Faire ce qu'il veut comme sport, avec des associations adaptées, en partenariat avec des clubs de sport. Euh, avec par exemple les ordonnances de sport, avec euh des coachs sportifs, sachant que bon les coachs sportifs chez l'ado je pense que c'est moins adapté qu'un sport ludique type foot ou handball. »*
- *M7: « Il faudrait leur proposer un activité physique régulière ça c'est vraiment important alors c'est autre chose mais vraiment intégrer cette activité sportive dans l'outil. »*

2.3.6 Versant psychologique

Des tests psychologiques pourraient être proposés:

- *M1: « Le dépistage des troubles du comportement alimentaire, le dépistage de la dépression, ça pourrait être une porte d'entrée excellente. TSTS CAFARD c'est euh… le dépistage des problématiques psychologiques chez l'adolescent. »*
- *M13: « Je pense que ce qui est important c'est d'avoir des questions qui éliminent tout ce qui est syndrome dépressif chez l'ado parce qu'on s'aperçoit qu'il y a quand même pas mal de syndromes dépressifs dans ces situations et que les présentations sont assez atypiques chez l'ado. Donc se servir des outils de repérage qui existent déjà chez l'ado. »*
- *M5: « Un auto-questionnaire pour voir s'il y a un mal-être, des blocages, à la fois psychologiques et sociaux ou familiaux. »*
- *M9: « Peut-être par des questions qui peuvent lui parvenir comme ça de temps en temps, savoir s'il a des difficultés, savoir s'il se sent rejeté, si son surpoids est difficile à accepter par les autres, sa place dans la famille. Mais faut pas que ce soit un questionnaire psychologique, je pense que sur son appli il faut que ce soit une question de temps en temps parmi d'autres, pour pas faire trop dans le pathos. Un peu comme une appli type « tabacinfoservice » avec un truc un peu stimulant tous les jours avec de temps en temps une question. »*

L'outil pourrait offrir une meilleure Intégration du ressenti de l'adolescent:

- *M9: « Et aussi intégrer, je pense, le ressenti personnel du patient sur son état de santé. Est-ce qu'il se sent en meilleure santé? À la fois physique, sociale, morale? Voilà, la modification par rapport au problème qu'on avait mis en évidence, est-ce que ça lui a apporté quelque chose ou pas? Et si c'est le cas ça va permettre de pérenniser la chose. »*

Une interface avec le psychologue pourrait être imaginée:

- *M11: « Faut mettre un numéro vert, quelqu'un qu'il pourrait appeler, rappeler les numéros existants. Avec des forums ou ils parlent entre eux. Ou un chat avec un médecin. »*
- *M7: « Alors c'est compliqué parce que… Est-ce que l'ado voudrait qu'on ait les commentaires du psychologue…? Donc c'est pour ça que sous forme numérique ça pourrait être intéressant d'avoir un espèce de carnet, que l'adolescent ne puisse pas forcément voir tout ce que le psychologue puisse décrire sur lui, et quand même une partie pour le patient pour qu'il puisse y développer ses idées. »*

Un médecin proposait une systématisation de la prise en charge psychologique:

- *M8: « Avec un professionnel dédié je dirais. C'est pareil, la psychothérapie dans le poids, dans la perception de l'estime de soi c'est hyper important. Je pense personnellement que toute personne saine ou malade devrait voir un psychologue une fois dans sa vie, parce qu'on a tous un problème de confiance en soi, d'élocution en publique etc… et oui je pense que ça doit faire partie de la prise en charge. »*

2.3.7 Versant motivationnel

- *M7: « Et on commence une prise en charge qu'il ne connaît pas et il va se rendre compte que voilà il va peut-être plus s'investir grâce à l'outil. Le simple fait qu'il y ait un outil va le motiver. Sûr. »*

Des médecins insistaient sur l'utilisation d'un système de récompense pour valoriser les efforts et majorer la motivation:

- *M8: « Oué, faut trouver une bonne carotte. Mais je pense que c'est sine qua non dans la motivation. Si tu fais des efforts et que t'as rien en contre partie euh, dans la durée ça marche pas ça c'est sûr. Et la satisfaction personnelle je ne suis pas sûr que ça suffise pour un ado. »*
- *M5: « Il faut pas oublier que dans le surpoids y'a le côté récompense par la nourriture dans la pathologie donc est-ce qu'il faut utiliser quand même ce levier là j'en sais rien… »*
- *M10 : « C'est pareil pour l'ado, lui montrer les bénéfices potentiels. Les bénéfices en terme de santé, l'informer, faire des projections, permettre de voir ou on va. (…) Faut récompenser aussi, valoriser les progrès. »*

En élaborant des challenges ou des scores ludiques et motivants:

- *M6: « On peut imaginer comme dans l'application « tabacinfoservice », là c'est plus l'aspect financier, le nombre de cigarettes non fumées égale le nombre d'argent économisé égale l'espérance de vie en plus. Bon pour le poids c'est plus compliqué à quantifier… Mais des scores qui évoluent au fil du temps ne peuvent être que sources de motivation au long cours. Quel score sur la thématique du poids? Euh si peut-être qu'on peut chiffrer en calories sur un suivi diététique, par rapport au début de la prise en charge, qu'en moyenne il arrive à manger moins 150 calories par jour par rapport à la semaine précédente… ça peut donner des repères… »*
- *M7: « Mais sous forme de jeux ça serait plus ludique, ça permettrait de lui donner encore plus envie d'arriver à son poids de forme, de lui donner encore plus envie de ne pas grignoter, de faire son activité sportive, sous forme de points, sous forme de gages. »*
- *M9: « Ou avec des missions à faire tous les jours ».*
- *M11: « Faire des concours, des défis ludiques pour les motiver. Des objectifs à remplir. »*

La motivation par l'accès à des activités gratuites était une autre piste:

- *M13: « Soit qu'on puisse leur donner accès à des activités gratuites, assos, clubs. Parce qu'on sait qu'ils n'ont pas forcement beaucoup d'argent donc oui faire des points de rencontres avec d'autres jeunes débouchant sur des activités gratuites oui ça peut être un bon moyen de les motiver. Sur de l'activité sportive, du loisir, du ciné, des activités culturelles. »*
- *M6: « Non on peut imaginer aussi dans l'activité physique euh, qu'il puisse y avoir quelques séances en club incluses dans un programme de la Sécu s'il y a utilisation de cette appli, à condition qu'elle soit reconnue d'utilité publique en santé. »*

La motivation pourrait venir de la répétition du discours du médecin tenu à travers l'usage quotidien de l'outil par l'adolescent:

- *M6: « Que l'outil lui confirme ce qu'a dit le médecin avant en consultation. »*
- *M12: « Comment motiver les gens bah c'est la répétition, c'est la confiance … A travers l'outil, pas facile…! A travers l'outil, rappeler, suggérer que ça pourrait être toujours mieux s'il allait dans le bon chemin plutôt que la facilité dans le cadre du surpoids de mal manger ou ne pas faire de sport ou être sur les écrans. »*

L'outil pourrait apporter des messages courts, simples et quotidiens, motivants afin d'éviter le sentiment de lassitude pouvant vite intervenir chez l'adolescent, du renforcement positif:

- *M9: « Et puis donner une motivation quotidienne plutôt qu'une motivation tous les 2 ou 3 mois quand on suit l'ado (…) Un truc ou il y va tous les jours et qu'il n'y ait pas de lassitude. (…) C'est toujours le concept de dopamine et du circuit de la récompense. (…) Je pense qu'il faut faire un peu tout en même temps, c'est-à-dire si c'est une appli à consultation quotidienne euh, un coup faire les éléments de motivation, le lendemain à J2 « est-ce-que t'as des difficultés etc.. » Où il peut éventuellement répondre sur son appli, J3 repasser sur l'activité sportive, un peu comme ce qu'il y a sur « tabacinfoservice ». Ou ça va être différents conseils, au quotidien, un peu d'aide. Des trucs courts, des phrases euh, des choses simples qui peuvent percuter, parce que l'adolescent il va être concentrer 2min30 sur 24h. »*

La motivation pourrait venir de la dynamique de groupe :

- *M12: « Pas forcement des récompenses, ça serrent à rien mais des étapes de parcours. (…) Motivation par le groupe. Pas forcément faire pareil que l'autre mais l'entraide plutôt que le mimétisme. Soit par des témoignages ou des groupes d'aide, des tuteurs, du tutorat. Des tutorats par exemple, quotidiens, des rendez-vous pas forcément que médicaux. Des ateliers. Soit individuellement ou en groupe par des gens qui ont eu la même expérience. Des ateliers de groupe, des journées d'activité physique, de sensibilisation. Par l'outil, c'est intéressant pour la communication. On peut adresser à quelqu'un qui sera son tuteur, ils pourront s'entraider. Pas forcément avec les mêmes problématiques exactes. (…) Motiver par des messages, des rencontres, des vidéos, des expériences d'autres genres par exemple. »*

La motivation pourrait venir de l'adolescent, lui-même moteur dans la prise en charge de l'unité familiale:

- *M4: « On peut voir que les ados, si on arrive à les intégrer dans cette idée là, ils peuvent être moteur dans les changements des parents justement. »*

La motivation pourrait venir des réseaux sociaux:

- *M3: « On est de plus en plus dans un monde où on prend tout en photo, y compris ce qu'on mange, sur Instagram, donc c'est pas si mal si y'a plein de légumes sur la photo! »*
- *M1: « Quelque chose de très pertinent parce que ça pourrait être relayé par les réseaux sociaux (…) « tu t'chauffes euh, bon là mec tu vas poster comme événement Facebook que tu vas te faire 20 burpees d'affilée, tu vas poster sur Facebook et faudra que t'es au moins 20 likes ». Alors c'est une connerie mais c'est l'idée, c'est d'essayer d'utiliser euh, leur circuit de récompense habituel, dans un vie normale dans la société dans laquelle on vit, adapté, transposé à un mouvement médical relayé par les réseaux sociaux. »*
- *M11: « il faudrait faire un « Tictoc » de l'obésité! »*
- *M8: « Faut que ce soit diffusé sur les plateformes qui les concernent, donc tous les nouveaux réseaux sociaux, « Twitch » et compagnie quoi, ça déjà c'est pour avoir un impact. Peut-être aussi via les influenceurs et compagnie, ça c'est sûr qu'ils sont très portés là-dessus, donc c'est sûr que d'avoir des Youtubeurs ou des Instagrammeurs qui font la prévention de la santé via l'activité physique et la nutrition bah ça aura beaucoup plus de portée qu'un spot publicitaire entre 19 et 20h sur TF1. C'est sûr et certain! »*

La question de la motivation financière était soulevée avec des avis partagés:

- *M1: « C'est-à-dire, t'arrives, tu dis à quelqu'un « vous touchez 500 euros si vous atteignez un IMC à 25 », euh, il y a d'excellents critères de réussite dans l'addiction. »*
- *M8: « Mais je vois bien un truc comme ça, ou chaque semaine tu remplis ton quota d'activités physiques et puis tu gagnes un euros à dépenser sur une boutique en ligne d'un jeu qui te plait bien. Après est-ce que c'est concrétisable je sais pas. Je pense que ça nécessite un partenariat avec toutes les plateformes de jeux, alors elles ont chacune leur monnaie virtuelle ou certaines c'est du cash à*

dépenser par carte bleue… niveau faisabilité compliqué mais faisable. Via une plateforme tiers qui s'occuperait de faire des achats en gros et effectivement les distribuer sous forme de « coins » pour acheter du contenu dans le jeu etc… »

La motivation pourrait être évaluée par des questionnaires:

- *M5: « Il pourrait y avoir des questionnaires d'entretien motivationnel dans l'outil. »*

Deux médecins estimaient qu'un outil ne serait pas forcément une solution pérenne pour les motiver:

- *M1: « Ils ont envie d'être suivis et je ne pense pas que c'est parce qu'ils auront un outil qu'ils seront plus suivis. »*
- *M4 « Je pense que l'adolescent qui a pas envie de s'occuper de son surpoids c'est pas parce qu'il va s'amuser avec son smartphone qu'il va s'en occuper plus facilement. »*

2.3.8 Versant socio-comportemental

Un médecin évoquait ses difficultés pour évaluer l'environnement de l'adolescent:

- *M13: « Essayer d'avoir des questions sur les interactions et relations avec les parents, avec l'entourage. C'est important aussi parce que si y'a vraiment une rupture avec les parents et l'ado ça peut être compliqué de mettre en place la thérapeutique nécessaire. »*

Utiliser le neuromarketing avec l'idée d'avoir une influence positive sur les adolescents était discuté avec pour certains un avis favorable:

- *M1: « C'est-à-dire que tous les moyens de communication numériques qui vont être à la disposition de la personne peuvent être intéressants. Quand tu veux modifier un changement de comportement chez quelqu'un, là c'est surtout dans la société de consommation, tu vas avoir telle tranche d'âge, ils vont avoir tel réseau, et euh, tu vas de façon insidieuse, faire passer un message. »*
- *M13: « Les réseaux sociaux, parce qu'on peut faire passer plein de messages sur les réseaux sociaux! Soit par des messages qui seraient un peu comme des pubs, des spams, pour faire prendre conscience du problème. Après tout, on est spammé de pubs sur la sédentarité et la malbouffe donc pourquoi pas spammer dans l'autre sens ! »*
- *M6: « Inverser les tendances? Faudrait déjà savoir comment ils utilisent ce concept pour faire bouffer les gens… Surtout tout ce qui est caché… Faire autre chose que mangerbouger.fr? Oui sûrement… »*

D'autres médecins émettaient un avis défavorable:

- *M12: « Faire exactement la même chose à l'inverse je pense que ça ne marcherait pas … (…) Faudrait plus de neuromarketing adapté à une bonne alimentation mais pas autant que ce qu'il y a actuellement pour la malbouffe. »*

L'idée était nuancée par la nécessité de respecter l'aspect éthique du concept:

- *M5: « Après est-ce que y'a le côté éthique à discuter avec le fait que ça pourrait être de la manipulation? »*

Un médecin relativisait l'efficacité du concept au long cours:

- *M8: « Autant à une époque on voyait vachement les messages « évitez de manger trop gras trop salé trop sucré… 5 fruits et légumes par jour » avant c'était bien visible, maintenant c'est vrai que dans les publicités alimentaires ça va très très vite et maintenant c'est tellement rentré dans le paysage audiovisuel qu'on s'en rend plus compte et que ça passe un peu à la trappe. »*

2.3.9 Le téléconsulting

2.3.7.1 Avantages

L' accessibilité aux professionnels était l'un des principaux avantages évoqués:

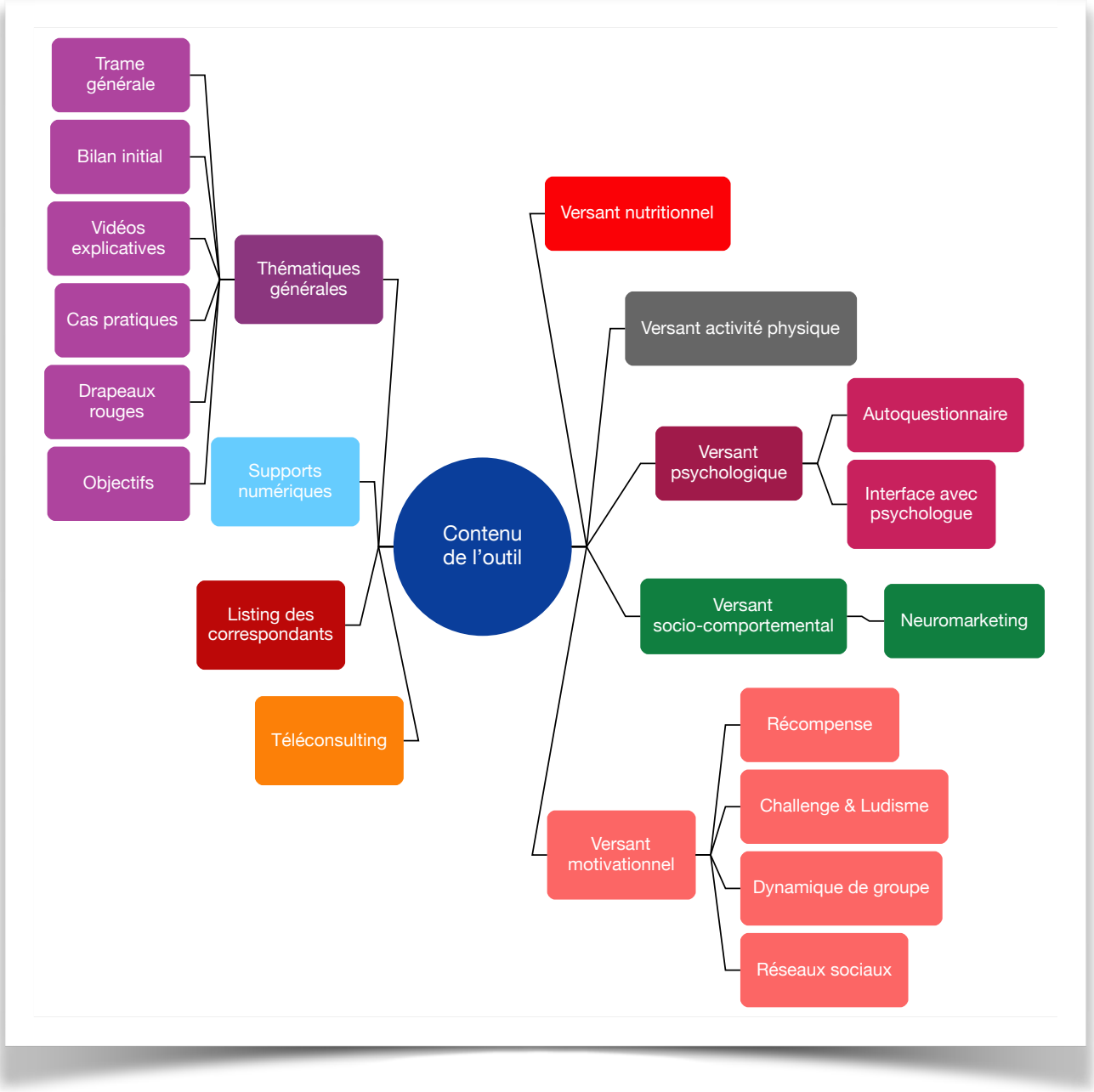
- *M4: « Ça pourrait faciliter au moins le premier accès vers les diététiciens, les nutritionnistes. »*
- *M3: « Ça faciliterait le suivi, parce que c'est parfois un peu laborieux de venir au cabinet médical, au sein d'une consultation, tous les mois,… et oui du coup si c'est plus interactif, avec un ado je pense que ça améliorera le suivi. »*

- *M5: « On sait que la consultation avec la psychologue peut être source de blocage, notamment quand on est adolescent je pense. Ça pourrait faciliter la démarche d'aller consulter. »*

2.3.7.2 Inconvénients

La présence parentale obligatoire était le principal inconvénient cité:

- *M9: « Mais je trouve ça dur à mettre en place. Surtout que l'ado de lui-même va pas prendre rendez-vous avec un professionnel en téléconsultation. Donc de un tu peux pas faire de téléconsultation seul avec l'ado, faut quand même qu'il y ait un parent, surtout entre 10 et 16 ans quoi, faire une téléconsultation seul avec un ado dans sa chambre euh, sur le plan juridique c'est un peu chaud… donc plutôt vidéos oui, passif, et après faire un suivi présentiel via l'appli peut-être par la prise de rendez-vous éventuel, mais bon vue l'âge il faut quand même que ça soit géré par le parent quoi… »*
- *M5: « Après il y a le côté informel, euh, la relation est toujours différente de la relation physique, ça peut faire qu'il y ait une moins bonne accroche thérapeutique. »*



2.4 Qualités requises de l'outil

2.4.1 Efficacité

2.4.1.1 Accessibilité

L'outil devait être accessible aux adolescents:

- *M12: « Et après pour le gamin des trucs plus simples à aborder, vraiment pratico-pratiques, ce qu'il devrait faire pour perdre du poids, comment bien manger, ce qu'il devrait améliorer. »*
- *M6: « Qu'il soit grand public avec des explications qui soient vulgarisées. »*

L'outil devait être accessible aux parents pour majorer leur implication dans la prise en charge:

- *M10: « J'essaie de leur rappeler leur devoir parental en leur expliquant que c'est à eux d'apprendre à leur enfant à bien manger. Que si eux mangent mal, c'est pas que la faute de l'enfant. (…) Mais j'ai aussi des parents qui m'envoient le gamin en consultation seul, qui se débarrassent complètement du problème. Le gamin il a 11 ans et il se promène tout seul chez le docteur! Donc là l'intérêt de la consultation est limité. Et ça arrive souvent.»*

Un médecin nuançait le degré d'implication des parents dans la prise en charge :

- *M2: « Une des clés c'est les parents bien sûr. Faut s'en servir mais à un moment donné il faut dire stop, ça y est. Tout en étant bienveillant. »*

L'outil devait être accessible aux médecins:

- *M1: « C'est-à-dire que le médecin ait facilement accès à l'outil et que ce soit sans contrainte de temps.»*

L'outil devait être accessible aux paramédicaux :

- *M6: « Pour faciliter la compréhension des informations à transmettre entre paramédicaux et pour prioriser aussi ces infos. »*

L'outil devait permettre d'améliorer l'accessibilité aux réseaux de soins:

- *M1: « Parce que pour adresser au REPOP et bien faut en vouloir! c'est vraiment la croix et la bannière! »*
- *M12: « Plus de communication. Par exemple avec les structures. De mise à disposition de ce qu'il existe. Pour le REPOP par exemple c'est par le bouche à oreille mais j'ai jamais eu de présentation de la structure. D'informations claires. Et on pourrait avoir des journées de formation pour ça, des séminaires… »*

L'accessibilité à ces réseaux était nuancée par les retours d'expériences parfois négatifs de certains médecins:

- *M10: « Par exemple c'est difficile pour certains gamins que j'ai essayé d'orienter et avec lesquels je ne me sentais pas trop de faire ces prises en charge là, ou je balançais vers des établissements privés à côté du cabinet, le relai avec Dabanta ou avec Caradoc ou il y a des suivis d'ados en difficulté. Et tu t'aperçois que les prises en charge sont pas du tout adaptées parce qu'il faut y aller le mardi après midi à 14h et le gamin doit louper le collège pour y aller. Donc la mère dit non il va pas louper les mathématiques pour s'occuper de son poids. »*
- *M2: « Un des rares intérêts c'est qu'ils avaient une prise en charge psychologique et diététique, et là encore, ça s'est réduit comme peau de chagrin (…) J'ai travaillé avec Dabanta à l'époque, et puis Dabanta c'est plutôt orienté pour l'adulte alors que pour l'enfant ça nécessitait de passer par un médecin référent qui était un psychiatre; je ne pouvais pas être le médecin référent. Et à partir du moment ou ils étaient pris en charge par Dabanta je ne les voyais plus revenir, donc au bout d'un moment forcément ça n'a pas était satisfaisant pour moi. »*
- *M1: « Je suis médecin du REPOP Aquitaine. Là aussi c'est compliqué, beaucoup de paperasse à remplir. On n'est pas là pour faire de la paperasse de mon point de vue (…) Depuis 3 ans je crois que j'ai eu qu'une seule personne qui m'a été adressée… (…) t'as des longueurs administratives, de réponses, qui sont assez insupportables. »*

2.4.1.2 Adaptabilité

L'outil devait s'adapter à la pratique de chaque médecin:

- *M13: « Le rendre adaptatif et complémentaire à sa pratique. »*

L'outil devait adapter ses fonctionnalités selon les profils de chaque adolescent:

- *M11: « Et ensuite d'adapter le discours en fonction de la personnalité de l'ado en face de toi. Parce que certains ont envie d'avoir des conseils et écoutent et prennent des notes et vont faire ce qu'on leur dit de faire, et d'autres qui s'en fichent! Ils n'ont pas envie. Ils ne comprennent pas les enjeux de la surcharge pondérale. »*

L'outil pourrait s'adapter au degré de surpoids:

- *M11 « Adapter la difficulté en fonction du poids, par exemple si tu mets des vidéos d'exercices de sport, plus ils avancent plus ça s'adapte à leur niveau. Plus ils perdent du poids plus c'est dur, mais aussi plus ils font du sport plus ils perdront du poids… Peut-être s'ils ont du mal à se motiver, faire des choses plus simples, s'adapter et les encourager. »*
- *M9: « Il faut trouver un sport qui plaira à l'ado qui a pas forcément l'habitude de faire de l'activité physique, qui a plutôt l'habitude d'être sédentaire. Parce qu'ils sont différents quand même, ils sont un peu différents des autres et le risque en effet c'est de mettre en avant cette différence et de majorer ce sentiment de différence. »*

L'outil devait s'adapter à l'âge du patient:

- *M1: « Donc pour le jeune, tu me mets ça dans le carnet de santé et pour l'adolescent tu me mets une application pour le suivi. »*
- *M9: « L'ado qui a 12 ans, quand il en a 16 je pense que c'est plus le même. Par rapport aux âges, 16-19 ans tu auras pas la même motivation que 10-14 ans. Et donc peut-être une même appli ou tu vas donner l'âge au début et ça va l'orienter vers différents outils, ou supports, en fonction de son âge. Avec des références à la culture selon son âge, enfin c'est dur de ne pas être has-been en faisant ça, la culture de l'ado, les trucs à la mode du moment. »*

L'outil devait être intergénérationnel:

- *M12: « Déjà un outil qui s'adresse à la fois au gamin et au médecin. »*
- *M1: « T'utilises les canaux de communication habituels qui sont loin d'être désuets parce que souvent c'est ça la problématique, souvent on a des années de retard sur ce qui est réellement utilisé par les adolescents, tout en restant adapté pour le médecin. »*

Des difficultés évoquées sous-entendaient l'importance d'adapter l'outil à l'unité familiale par l'élaboration d'une politique familiale cohérente:

- *M4: « Et justement vient en plus la complexité de l'éducation thérapeutique chez l'adolescent, avec les parents. Parce que même si on se veut avoir des approches assez larges avec les patients, ils ont nécessairement des visions qui sont différentes de nous. »*
- *M1: « Souvent ils sont en surpoids ou obèses eux-mêmes donc pour faire changer un comportement à un gamin qui mange comme les parents, c'est-à-dire mal, ça c'est compliqué. Si les parents comprennent pas le changement l'enfant va pas le comprendre non plus, ou du moins pas l'assimiler aussi rapidement qu'escompté. »*
- *M9: « Et après il y a le problème des familles ou il y a déjà du surpoids, l'ado et toute la famille en surpoids… Et dans ces cas là c'est plus difficile. On peut donner des choses à faire mais on sait que ce sera plus difficile de le faire à la maison parce que les habitudes familiales sont plus ancrées et c'est compliqué. »*
- *M4: « Après je pense que bien souvent les parents ont des régimes alimentaires déséquilibrés. Comme les enfants héritent des habitudes alimentaires des parents, c'est un tout (…) Donc c'est sûr que la problématique des enfants rejaillit sur les parents et les parents n'ont pas forcément envie de s'occuper d'eux-mêmes. Donc ça peut être un frein supplémentaire. »*
- *M8: « Donc après oui l'implication des parents elle est majeure parce que c'est eux qui plus de la moitié du temps font les repas, hormis ceux de la cantine, mais les soirs et les week ends généralement les ados ils mangent ce que leurs donnent leur parents. Donc c'est d'abord sensibiliser les parents sur la qualité et la quantité. »*
- *M11: « C'est eux qui font à manger jusqu'à preuve du contraire, c'est eux qui font les courses et c'est eux qui éduquent leurs enfants et qui leur montrent comment on équilibre une alimentation. C'est sûr que s'ils mangent des snikers et boivent du coca toute la journée l'ado reproduit le schéma familial… »*

2.4.1.3 Interactivité

Les défauts d'accès et de communication entre professionnels de santé figuraient parmi les principales difficultés des interviewés. L'outil pourrait faciliter l'interactivité entre professionnels:

- *M3: « On peut demander pour aider ces gens, tout ce qui est diététiciens, kinés, médecins du sport, pour qu'ils prennent plus facilement en charge les personnes obèses, à qui avoir recours. Ça je ne sais pas trop vers qui m'orienter. »*
- *M4: « Des accès plus faciles, vers les paramédicaux qui s'occupent de tout ça, au sens nutritionnel. Parce qu'il y en a peu, parce qu'ils sont peu référencés, parce qu'on a peu de contact avec eux. Peu d'échanges. »*
- *M12: « Une meilleure communication, meilleure qualité des échanges entre professionnels, meilleure coordination du parcours de soins pour les adolescents. La communication interprofessionnelle est essentielle. »*
- *M5: « Je pense que c'est important d'avoir un réseau pluridisciplinaire avec chacun son apport spécifique mais aussi une réflexion commune pour que tout le monde agisse ensemble et pas chacun défende sa spécialité (…) Mais aussi que chaque professionnel travaille au sein d'un réseau, c'est-à-dire avoir accès aux autres professionnels pour orienter les patients. Que le psychologue puisse dire « ça serait bien d'aller voir un nutritionniste performant dans tel domaine, voilà y'a tel contact », qu'un éducateur sportif oriente vers un sport adapté. »*
- *M4: « Pour que les professionnels euh, ne serait-ce pour qu'ils soient valorisés sur leur travail, voir le retour, les fruits que ça portent, c'est toujours gratifiant. Et ça pourrait permettre qu'il y ait des échanges, entre les différents professionnels. »*

L'intérêt d'une interactivité avec les structures était soulevé:

- *M8: « Ou par exemple les clubs de sport qui pourraient s'intégrer là-dedans pour voir si justement le gamin il vient deux fois par semaine aux entrainements ou au contraire euh.. enfin sans fliquer non plus mais ça pourrait être intéressant. »*

Une interactivité entre médecin et adolescent était recommandée:

- *M3: « Oui, je pense que ça passe par tout ce qui est multimédia, pour accéder plus facilement aux ados mais il faudrait que l'appli soit en lien avec le médecin, qu'on puisse encourager les ados.»*
- *M12: « Déjà ce serait bien d'avoir une double interface ou on pourrait comparer ça entre médecin et ado. »*

Pour certains il s'agissait d'établir un partenariat parents-médecin:

- *M13: « On a besoin du soutien des parents aussi pour voir comment ça se passe à la maison, les ados peuvent nous dire quelque chose et en fait les parents eux nous disent l'inverse. »*
- *M4: « Parce que les parents justement doivent être pour le médecin le prolongement du soutien au quotidien pour aider le gamin. »*

L'idée d'une interactivité entre les adolescents était soumise:

- *M9: « Il vaut mieux quelqu'un qui va lui parler pendant 40 minutes avec son langage, quelqu'un de son âge, quelqu'un qui s'en est sorti, qui était en surpoids avec des photos à l'appui et qui arrive avec des conseils à aider l'ado. un truc un peu interactif. Eventuellement « Twitch » et compagnie, pour en discuter, poser des questions. Si on veut aller vraiment plus loin dans l'interaction. »*

2.4.2 Efficience

2.4.2.1 Gain de temps

Les médecins soulignaient l'importance d'un outil peu chronophage et offrant un gain de temps au cours de la consultation:

- *M1: « Il faut que ce soit adapté parce qu'on a une consultation qui dure en moyenne 15 minutes, donc ça veut dire qu'il faut que ce soit quelque chose de très ciblée, précis et concis. »*

La structuration du suivi permettrait d'optimiser le temps en consultation:

- *M3: « Parce qu'au final une consult' de 15 min pour le surpoids c'est pas assez, donc il faudrait aborder plein de choses avec le patient alors qu'on n'a pas forcément le temps pendant la consult'. Pour moi ce serait plus gagner du temps pour aborder plus de choses. »*

2.4.2.2 Aspect synthétique, organisationnel et pratique

Des interviewés rappelaient leurs difficultés pour délivrer les meilleurs conseils tout en les synthétisant. La création d'une synthèse des outils existants était recommandée:

- *M3: « Après j'imagine qu'il existe des outils que je ne connais pas forcément, pour faciliter cette prise en charge (…) pareil il y a des trucs d'alimentation dans le carnet de santé aussi, c'est vrai que je regarde pas trop mais je dis toujours aux parents « oui il y a cette page référée » s'ils ont des questions pour leur nourrisson. Je ne sais même pas jusqu'à quel âge ça va! (…) Un outil qui synthétiserait tous les outils qui pourraient faciliter l'accès à une bonne nutrition, une bonne activité physique, des outils qui aideraient le patient au quotidien. »*
- *M8: « Comme je dis c'est souvent un motif annexe de consultation. C'est-à-dire qu'ils viennent pour un pathologie X ou Y et j'essaie de faire passer des messages mais les plus brefs possibles. Parce qu'on sait que quand on… sur une consultation si on l'inonde d'informations il va en retenir rien du tout en fait. »*
- *M10: « S'il y a une meilleure connaissance des outils il y aura une meilleure utilisation, voilà, il y a des outils déjà existants qui gagnent à être connus. Une meilleure visibilité. Cohérence et communication. »*
- *M2: « Alors moi, c'est personnel, mais quand il y a des cases… Moi j'aime pas, je suis hors case… ça me gonfle, très rapidement, mais il y a des médecins qui ont besoin de ça, voilà. Moi c'est plutôt rédhibitoire. Mais c'est personnel. Il faut des réponses ouvertes, il faut un guide (…) Soyons synthétiques. Qu'il y ait un cadre synthétique avec des ouvertures, qu'il y ait des portes à ouvrir, mais qu'on nous balise pas le chemin derrière la porte jusqu'au bout, parce que si le chemin convient pas on va pas le suivre… »*

Une simplification de l'outil afin de le rendre le plus pratique était soumise:

- *M2: « Si c'est un outil euh, très pratique, pratico-pratique, qui permet de, sans trop de cases, qui permet de cibler, orienter, convaincre les gens…Oui. »*
- *M4: « Des ressources vraiment pratico-pratiques de la vie quotidienne pour vraiment expliquer aux gens les bases de la nutrition en restant très simpliste. »*

L'outil aiderait le médecin à organiser la prise en charge:

- *M6: « Je pense que le généraliste a surtout un rôle de conseil et d'orientation par cet outil qui peut aussi lui servir de suivi comme on apporterait un carnet de glycémie. »*
- *M8: « Un outil qui permet de synthétiser un petit peu euh, je sais pas faire une courbe de poids assez facilement par exemple euh, faire un suivi de l'activité physique s'il utilise son appli pour aller courir ou faire du sport avec les copains, identifier un peu s'il en fait pas suffisamment et comment bien organiser son emploi du temps pour en faire plus euh… le côté organisationnel quoi. S'il est régulier dans le temps ou le faire uniquement les deux semaines après la consultations et après il va oublier. »*

2.4.2.3 Ergonomique

L'importance d'une interface ergonomique avec une clarté des informations était soulignait:

- *M12: « Un outil c'est toujours bien sur le principe, après il faut savoir l'utiliser, faut que ce soit facile à utiliser. »*
- *M8: « Et c'est vrai qu'avoir un outil pour consigner la progression ça serait peut être plus ergonomique pour le praticien dans le suivi. (…) Un suivi mieux organisé c'est certain. »*

Un médecin souhaitait une standardisation de l'outil:

- *M12: « Un truc vraiment bien clair, comme un carnet de suivi standardisé, que ce soit standard et pour tout le monde pareil. Voilà. »*

De l'ergonomie de l'outil découlerait la motivation à l'utiliser:

- *M12: Sur le coté individuel, la motivation passe par les rappels. Plus l'outil est agréable à utiliser, plus le changement sera facile. Si y'a que des contraintes à l'utiliser l'ado va vite être découragé. Même au-delà de la prise en charge de son surpoids. Déjà utiliser un outil qui est chiant t'arrives pas à l'utiliser donc il servira à rien… »*

2.4.2.4 Collaboratif dans sa conception et son utilisation

La majorité des médecins étaient favorables à un travail en partenariat avec les professionnels de santé concernés dans la conception, l'utilisation et l'évolution de l'outil:

- *M5: « je pense que c'est important d'avoir un réseau pluridisciplinaire avec chacun son apport spécifique mais aussi une réflexion commune pour que tout le monde agisse ensemble et pas chacun défende sa spécialité, parce qu'on sait que y'a une histoire d'équilibre d'apports entrées-sorties et que c'est en jouant sur tout qu'on arrivera à bouger les choses. Et aussi le côté psychologique qui est un frein ou un accélérateur des modifications (…) Sur la mise en place des questionnaires etc de suivi il faut que chaque spécialité participe pour faire quelque chose de cohérent. Et après que chacun apporte dans la réalisation du logiciel ou site en rapport à sa profession, basé sur la bibliographie de psychologie, de nutrition et d'activité physique. »*
- *M6: « Faire intervenir tous les professionnels de santé concernés pour la conception de l'outil ça me semble tout à fait adapté et indispensable. Pour se baser sur des choses fiables, la fiabilité de l'outil. Et sur la manière de l'exprimer, un psychologue expliquera beaucoup mieux ce qu'il y a à faire comprendre parce qu'il a l'habitude. Pour faciliter la compréhension des informations à transmettre, pour prioriser aussi les infos à transmettre. Et après sur la nutrition pour développer un éventuel outil et avoir des choses adaptées. Et donner des conseils personnalisés avec un algorithme qui fait suite à l'agenda alimentaire. (…) Les faire intervenir pour la conception. Pour le suivi non, je pense que l'outil ça sera mieux s'il reste un moyen de récolter des données qui seront analysées après en tête à tête avec les différents professionnels concernés par les disciplines respectives. »*

Les adolescents pourraient contribuer à perfectionner l'outil afin de le rendre plus attractif:

- *M9: « Avec des mises à jour régulières. Avec des développeurs… au quotidien, compliqué… Sauf si les ados le font eux-mêmes… Oui peut-être adaptatif par l'ado lui-même… Les ados pourraient donner leur avis sur l'appli ou l'outil lors de son développement, ça c'est plus simple et très intéressant. »*

2.4.3 Pertinence

2.4.3.1 Gratuité

Le financement de la prise en charge était une difficulté redondante évoquée:

- *M1: « C'est-à-dire qu'on va adresser à des acteurs de soins, qui sont la diet', l 'APA, la psychologue et y'a aucune prise en charge financière. Et moi je suis dans un quartier ou le niveau socio-économique est bas et les gens ils ne vont pas aller consulter. »*
- *M3: « Qu'il soit gratuit aussi! Pour que ce soit accessible à tous. »*

2.4.3.2 Validité scientifique

La validation scientifique de l'outil était indispensable à son acceptation pour la majorité des médecins:

- *M12: « Une facilité d'accès à des informations qui sont validées et utiles pour les ados et parents plutôt que de chercher sur internet tout et n'importe quoi. Informations sur les événements, ce qui peut être proposé à l'ado. »*
- *M8: « Insister sur le fait que ça a été fait par un pro pour des pros. Si effectivement tu vas présenter ton outil en disant que tu es toi-même médecin et que t'as élaboré cet outil à partir des besoins des professionnels, je pense que ça attribue une légitimité importante à l'outil. »*
- *M9 « Euh, « kitmédical.fr " déjà, super site ou il y a tout. C'est un peu trié sur le volet donc tu sais que quand tu vas dessus t'as un truc de qualité. Donc le mettre dans un site d'agrégation d'outil, ou on sait que c'est validé, avec des sources sûres. »*

2.4.3.3 Confidentialité

La garantie du secret médical était requise:

- *M5: « il faut qu'il y ait une garantie du secret médical pour qu'il y ait une acceptabilité. Sinon ça sera jamais accepté. »*

2.4.3.4 Attractivité

L'importance de réaliser un outil visuel a été largement rapportée:

- *M8: « Le fait d'avoir un support évolutif et visuel ça je pense que c'est super important. »*
- *M6: « C'est plus parlant que des chiffres, une balance, un IMC, pour les patients, je pense, le visuel. »*
- *M5: « Le support, tout ce qui est visuel est très important, notamment sur les règles hygiéno-diététiques, sur le suivi, d'avoir un support pour mettre en évidence les améliorations qui ont été faites. »*

Les médecins étaient majoritairement d'accord pour rendre cet outil ludique afin de majorer l'observance et développer un contenu moins moralisateur:

- *M10: « Si on veut se mettre à la page avec les ados il faut les appâter avec ce qu'il existe. Aujourd'hui ce qui va les intéresser c'est un truc ludique et facile d'accès. »*
- *M12: « Le coté ludique surtout, apprendre à mieux gérer sa vie pour changer son comportement durablement, pas juste un truc qui dure trois mois puis s'arrête brutalement, avec des perspectives, une continuité, un avenir (…) Que ce soit éducatif plutôt que moralisateur. Que ce soit… Sous différentes formes qui pourraient amener les ados à faire ce qu'ils ont à faire plutôt que le subir. C'est-à-dire une forme ludique, plutôt que purement scientifique. Qui puisse les intéresser. Pas de jeux mais une application avec des étapes, application ou cahier ou livre ou il puisse voir ses améliorations, ses évolutions. »*
- *M5: « Le côté ludique mais sans que ce soit trop infantilisant parce que l'adolescence c'est une période ou on essaie de trouver ses marques de jeune adulte et donc il faut un équilibre entre le côté ludique et le côté euh, autonomisation de l'adolescent qui veut se prendre en main. »*
- *M3: « Ou en tout cas un côté qui les intéressent autrement que juste le fait de revenir en dessous de 25 sur l'échelle de l'IMC ! (Rires) Il faut qu'il y ait un côté ludique ou attractif pour qu'ils se prennent en charge véritablement, sur le long cours. »*

L'idée d'un outil en apparence moins médicalisé était citée:

- *M4: « Le fait que ce soit moins médico-centré, probablement que ça ferait un peu moins peur aux patients. »*
- *M3: « Qu'il n'y ait pas trop un côté scientifique. Qu'il n'y ait pas non plus trop ce côté médical, pour pas que ça les braque et qu'ils n'aient pas l'impression de suivre un traitement. »*

2.4.3.5 Base de données - outil ressource

Deux médecins rapportaient l'intérêt d'en faire un outil ressource avec mise à disposition d'une base de données:

- *M6: « Je pense que l'outil ça sera mieux s'il reste un moyen de récolter des données qui seront analysées après en tête à tête avec les différents professionnels concernés par les disciplines respectives (…) on peut y mettre plus d'informations qu'une simple feuille sur l'alimentation que tu colles sur le frigo. »*
- *M4: « L'avantage c'est que c'est un accès permanent à des ressources. (…) pour faciliter l'accès à des données plus vastes. (…) Et l'avantage de l'accès en ligne c'est qu'on peut rajouter de la quantité derrière. »*

2.4.4 Pérennité

2.4.4.1 Outil durable inscrit dans le temps

Un médecin rappelait l'importance d'en faire un outil adapté à la vie quotidienne de ses utilisateurs afin de le rendre durable:

- *M3: « Comme c'est quelque chose qui n'est quand même pas abordée facilement, comme sujet, faut que ce soit quelque chose sur le long terme, donc faut que ce soit vraiment intégré dans la pratique et la vie de tous les jours, cet outil, que ça aide dans une prise en charge quotidienne. »*

L'outil pourrait favoriser le maintien des résultats au long cours:

- *M6: « Quand t'arrives à une phase de plateau, c'est surtout arriver à pérenniser les acquis, là c'est plus compliqué. (…) Faut vraiment que le médecin insiste sur l'enjeu de santé pour cet ado, pour que lui s'intéresse à sa santé et s'implique avec cet outil. (…) Expliquer l'intérêt de sa perte de poids sur sa santé actuelle et à venir surtout. »*

Certains rappelaient l'importance d'établir une alliance thérapeutique à travers un contrat parental rappelant leur devoir dans la durée:

- *M10: « Donc j'essaie de faire passer ses messages là avec les parents et après d'impliquer les enfants, c'est-à-dire les emmener faire les courses et passer un contrat avec les parents. (…) J'essaie de les responsabiliser en leur disant qu'il faut être un peu plus ferme, qu'il faut pas céder, en expliquant que si le jeune il dit qu'il aime pas les haricots verts et bien faut pas forcément prendre ça comme argent comptant et ne plus jamais lui en proposer de sa vie. Donc j'essaie de leur expliquer que c'est pas l'ado*

qui décide, et que eux peuvent jouer leur rôle en leur expliquant que c'est pas bien. J'essaie de leur rappeler leur devoir parental en leur expliquant que c'est à eux d'apprendre à leur enfant à bien manger. Que si eux mangent mal bah c'est pas que de la faute de l'enfant. »

Un médecin nuançait l'utilité d'impliquer les parents pour rendre la prise en charge pérenne:

- *M2 : « « Jusqu'à présent vous avez beaucoup donné maintenant c'est à lui de se prendre en main, faut le lâcher, c'est plus un bébé ». Je dis ça, encore une fois, il y a des façons de dire les choses. »*

2.4.4.2 Démocratisation de l'outil

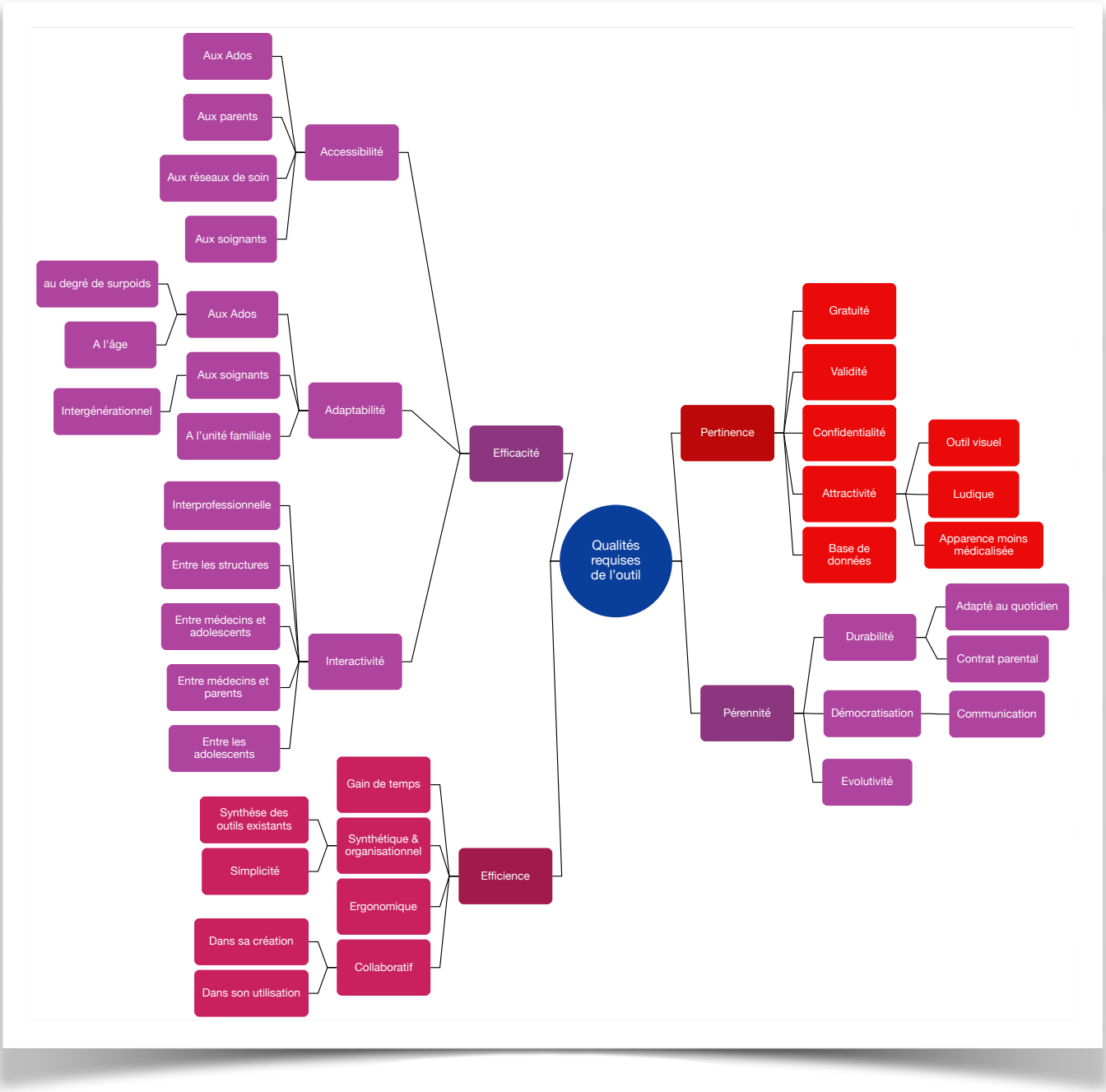
Les médecins rappelaient majoritairement que la réussite de l'outil dépendait de sa démocratisation:

- *M11: « Il faut communiquer dessus parce qu'il y a plein de médecins qui ne connaissent pas tous les outils à disposition en général. (…) Faudrait faire des pubs pour cet outil et qu'ils puissent le télécharger, et qu'ils comprennent qu'ils sont pas tout seuls et qu'ils peuvent en parler, et aussi qu'à travers cet outil qu'ils comprennent qu'ils peuvent venir en parler à leur médecin et que ça prépare aussi la consultation en amont. »*
- *M13: « En sensibilisant les médecins, les écoles, auprès des parents, dans les différents endroits amenant à accueillir des ados. Faire passer le message comme quoi un site existe et permet de juger de la manière dont l'ado se nourrit, sa quantité d'activité physique, s'il a un poids qui est raisonnablement bon par rapport à sa taille. »*
- *M9: « Après, communication, c'est toujours un peu dur. Je pense que ça doit passer par l'ado, je veux dire arriver à communiquer avec l'adolescent via peut-être les réseaux sociaux pour que lui fasse la démarche de télécharger l'appli pour en parler au médecin (…)après passer par les nutritionnistes, les spécialistes du poids pour que si eux l'utilisent ils puissent plus facilement en faire la promotion (…) T'auras quand même chez les pédiatres un bon pouvoir de promotion, en parlant de ça dans leur courrier par exemple. »*
- *M3: « Que ça rentre dans les moeurs, que ça fasse partie intégrante de la prise en charge du surpoids cet outil. (…) Si c'est pas inscrit dans les moeurs les gens vont pas forcément s'y référer de façon systématique. »*

2.4.4.3 Évolutivité de l'outil

Un médecin suscitait l'idée d'impliquer les adolescents dans le développement de l'outil:

- *M9: « Avec des mises à jour régulières. Avec des développeurs… peut-être laisser l'ado faire évoluer l'outil lui-même… Les ados pourraient aussi donner leur avis sur l'outil lors de son développement, ça c'est plus simple et très intéressant. »*



2.5 Inconvénients d'un outil et difficultés

2.5.1 Prise en charge psychologique

La plupart des médecins rappelaient l'importance du versant psychologique de la prise en charge et la difficulté de l'intégrer dans un outil:

- *M11: « Pour moi le psychologique il faut que tu le vois en face à face et qu'il y ait un dialogue. »*
- *M12: « Tout ce qui est psychologique et social c'est plus compliqué. Parce que chacun euh… je trouve que c'est une prise en charge individuelle donc faire un outil un peu basé, un outil utile à tous, y developper le côté psychologique je trouve ça compliqué. »*
- *M3: « Mais je ne vois pas trop comment faire ça avec un outil. Il faut qu'il y ait un échange un peu oral on va dire. Je ne sais pas trop. Je ne vois pas trop comment l'aborder d'un point de vue informatique. »*

- *M4: « Il est important également. Le versant psychologique ça on pourra jamais l'explorer à travers un téléphone. Ça ça restera je pense sur du présentiel. »*
- *M2: « Quand on a un outil et quelque chose de cadré, que ce soit sur papier ou sur Iphone, on perd la dimension humaine et la dimension individuelle. Et du coup je vois pas bien comment on pourra intégrer la sphère psychologique, parce que c'est pas sur un papier qu'on va mettre que ça va pas et qu'il y a des soucis psychologiques. Là du coup je ne vois pas bien comment intégrer cette dimension. Ils ne vont pas cocher les cases « qu'ils vont pas bien », ils vont dire « ils vont bien ». Les ados il faut aller les chercher dans leur retranchement. « tu vas bien? Oui mais et… à part ça ». Ils ne vont jamais l'écrire. Souvent ils le cachent à leurs parents donc ils ne vont pas écrire sur un papier que ça va pas. Ça c'est justement la limite d'un outil. »*

2.5.2 Outil dépendant de la relation médecin-adolescent

Un médecin prétendait impossible la protocolisation de l'alliance thérapeutique à travers un outil. L'outil ne remplacerait jamais le lien consultatif créé par le médecin:

- *M2: « Ça s'appelle l'alliance thérapeutique, là plus qu'ailleurs, quand on n'a pas d'alliance thérapeutique on n'aura pas quelqu'un qui fait des efforts. Pourquoi ils font des efforts? Parce qu'il viennent vous voir, ou parce qu'ils n'ont pas envie que je les engueule, ce que je fais rarement, ou ils s'autocensurent en se disant « elle va pas être contente », ou ils ont envie de me faire plaisir. C'est un lien consultatif, c'est une alliance thérapeutique. Et ça ça peut pas être sur un protocole. »*

2.5.3 Dépendant de la volonté et des compétences du médecin

Un médecin rappelait que la réussite de l'outil dépendait du degré de volonté des médecins à s'impliquer dans l'utilisation d'un nouvel outil:

- *M9: « Le médecin va se retrouver dans ses retranchements sur un truc qu'il connait pas à l'avance donc ça risque d'être un peu compliqué. »*

2.6 Intérêts de l'outil

2.6.1 Aide à aborder la problématique du surpoids

2.6.1.1 En provoquant le dialogue

Les médecins faisaient part de leurs difficultés à saisir les opportunités pour aborder le surpoids notamment parce que les adolescents consultaient peu:

- *M8: « Le truc c'est qu'on les voit pas souvent les ados en médecine générale. Ils viennent pour leur certificat de sport annuel et voilà. »*
- *M3: « C'est vrai que les ados on les voit pas tout les quatre matins, après le vaccin de la 11ème année tu les vois difficilement ou quand ils sont vraiment malades. »*
- *M1: « Y'a des « teachable moments », les gens il faut les saisir tout de suite et faut dérouler. Si c'est 5 mois après et bah voilà, l'eau a coulé sous les ponts et c'est fini on passe à autre chose. »*

Les médecins attendaient de l'outil une aide pour provoquer le dialogue, un moyen qui inciterait à parler du surpoids sans l'aborder de prime abord:

- *M10: « Mais s'il y avait des campagnes avec des affiches pour le surpoids qui seraient à coller dans la salle d'attente ça serait bien, ça inciterait à mettre le pied à l'étrier pour que les parents en parlent en consultation. »*
- *M13: « De venir en complément. Et aussi de permettre aux parents, à l'ado de venir spontanément nous voir, de leur faire prendre conscience du problème. Qu'il y ait quelque chose d'objectif parfois ça permet d'avoir cette étincelle pour déclencher la prise en charge. »*
- *M6: « L'intérêt de tout ça c'est de ne pas oublier certains aspects bien sûr, mais c'est surtout de déclencher des commentaires sur un thème de la part des adolescents, des patients en général, qu'ils n'auraient pas signaler de prime abord ou que toi en tant que médecin tu n'aurais pas pensé à*

aborder. (…) On le voit souvent, quand on fait un test de Hamilton, jamais t'enchaines le test jusqu'au bout, toutes les deux questions le patient te raconte autre chose en lien avec ce qu'on lui demande. C'est pas en soit avoir un questionnaire, c'est avoir un outil pour engager et continuer la conversation, et être sûr d'avoir fait le tour de la question. C'est une manière d'aborder les choses. »

2.6.1.2 En mettant à l'aise le médecin

L'outil pourrait combler le manque d'aisance des médecins en consultation :

- *M6: « Si les médecins ont un outil qui semble adapté ça peut permettre de les encourager et les rassurer sur le fait d'en parler et d'aborder le sujet plus facilement. Et avec toute leur patientèle. »*

Les médecins s'accordaient à dire que leur discours serait plus facilement tenu et entendu s'ils le reposaient sur la trame de l'outil:

- *M1: « Ou ça permettrait aussi des fois, par crainte personnelle du médecin, dans sa légitimité, ou quoi que ce soit, il aurait peur d'esquiver. Alors que là le fait d'avoir un outil avec une trame, tu sais que tu vas y aller, tu sais que tu vas poser la question. (…) C'est prouvé que tu vas être beaucoup plus légitime à l'aborder quand entre guillemets t'as ta liste de choses à aborder. »*

Le médecin serait plus à l'aise si l'outil portait le poids des mots:

- *M6: « C'est toujours plus facile de faire une discussion autour d'un outil, c'est beaucoup plus facile de se reposer sur des choses validées écrites, un support. »*

2.6.1.3 En favorisant l'auto-diagnostic

Une des améliorations de prise en charge évoquée était de faire en sorte que l'adolescent prenne de lui-même conscience de son surpoids.

- *M5: « Que ce soit pas nous qui dévoilions le problème. Que ce soit lui tout seul qui arrive à soulever le problème. Qu'il en prenne conscience lui-même à travers l'aide de l'outil. »*

L'outil pourrait aider dans la prise de conscience du surpoids comme un problème médical autant pour le patient que le médecin:

- *M3: « De prendre conscience du surpoids avec cet outil et venir spontanément pour ça (…) Et bien d'avoir le cheminement, et d'intégrer cette notion de surpoids, parce qu'il faut l'intégrer et c'est pas toujours évident, surtout à cet âge, âge ou il y a un rapport avec le physique qui n'est pas facile. Et ça permettrait de faire un cheminement dans leur tête. »*

2.6.1.4 Aide dans l'annonce et l'acceptation du diagnostic

Un médecin rappelait l'importance de s'appuyer sur des consultations dédiées au surpoids:

- *M4: « Vu que forcément c'est toujours un problème qui est annexe. Donc déjà avoir un outil qui nous permette de faire une consultation dédiée entièrement au surpoids. »*

L'outil apporterait une aide pour fixer le diagnostic:

- *M5: «Que cet outil permette qu'il n'y ait pas une errance diagnostique thérapeutique du patient. »*

Réussir à faire accepter le diagnostic figurait parmi les difficultés confiées:

- *M9« Des outils ont prouvé leur efficacité sur leur rôle d'acceptation des maladies chroniques. Donc oui un outil ça pourrait être très intéressant.»*

2.6.1.5 Aide dans la compréhension des mécanismes et conséquences du surpoids

La réussite de la prise en charge en dépendrait:

- *M6: « Il peut y avoir un outil qui intervient dans la compréhension et dans le suivi, je pense qu'il faut qu'il y ait une part de compréhension. Faut expliquer ce que c'est et ce que sont les risques (…) Si on veux une prise en charge durable et efficace, dans le temps, je pense que c'est la compréhension avant tout. »*
- *M5: « J'essaie de rester factuel, en leur expliquant les classifications, que là on est dans un surpoids, qu'on n'est pas dans une maladie comme l'obésité, mais que ça peut rentrer en compte dans les facteurs de risque cardiovasculaires et autres. Du coup je sais pas si mon message atteint sa cible. »*

2.6.2 Trame de consultation initiale

2.6.2.1 Préparation en amont de la consultation

L'outil serait un support pour préparer la consultation en amont:

- *M5: « Et après ce serait certains supports qu'on peut avoir en salle d'attente, pour, soit en amont soit pendant la consultation, pouvoir parler du sujet avec un support, et soulever certains points que soit nous on oublie, soit que le patient n'avait pas pensé, ou qu'il n'osait pas en parler. »*
- *M3: « Avoir deux ou trois pistes d'orientation en ayant rempli une fiche pour le premier entretien qui permettrait d'aborder d'autres choses. (…) d'arriver un peu plus prêt à cette consultation. »*

2.6.2.2 protocolisation des consultations

La protocolisation de la prise en charge mettrait plus en confiance le professionnel de santé :

- *M2: « L'outil permettrait d'apporter un certain nombre de choses pour plein de gens qui ne sont pas formés, de s'appuyer sur cet outil, de se sentir un peu moins impuissant et peut-être prendre en charge alors qu'ils n'osent pas sans l'outil. »*

Une trame serait source de repères évidents dans la prise en charge:

- *M12: « Parce que nous il nous faut des repères standardisés pour dire à quel moment il est surpoids, en obésité, standardisés sur le côté diététique, sur la communication aussi ça pourrait être pas mal. De petits rappels sur la communication, comment aborder le surpoids avec l'enfant. S'il y a un blocage, qu'est ce qu'on peut faire. »*

De la systématisation découlerait une prise en charge plus rigoureuse, notamment la détection des hypothétiques troubles du comportement alimentaire associés:

- *M10: « C'est la pathologie qui va être révélée ou cachée chez l'ado. Il va y avoir le trouble du comportement alimentaire débutant, le syndrome dépressif associé, ou le gamin qui va avoir un comportement boulimique parce qu'il a des angoisses associées. Pendant un moment je faisais de la prise en charge diététique pure et je me suis aperçu à la 4ème consultation que le gamin avait vraiment un malaise qui ressortait et qui était un peu plus profond. Il y avait un trouble du comportement alimentaire débutant associé. »*
- *M13: « Ça nous permettrait aussi nous d'y voir plus clair et de retrouver des choses qu'on ne recherche pas forcément systématiquement en consultation. (…) Et pour le médecin lui ça lui permettrait d'avoir des éléments, des réflexes qu'on n'a pas forcément en consultation, parce que ça peut être difficile d'en parler aussi. »*
- *M5: « Une prise en charge plus systématisée. C'est-à-dire de pas s'arrêter sur un point mais vraiment de pouvoir aborder tous les sujets reliés au surpoids parce que c'est vraiment plurifactoriel avec de multiples conséquences et donc c'est pas juste s'arrêter sur un point, et permettre de débuter une prise en charge en réseau. »*
- *M8: « Moi j'aime bien tout ce qui est carré en médecine, quand il y a des algorithmes de prise en charge, oui-non oui-non oui-non et ça permet d'avoir les idées claires et de savoir quoi faire, et d'avoir une bonne trame. Parce que moi là je fais du pifomètre, j'ai pas de référentiel. (…) Et effectivement si on avait un outil, ou un score prédictif pour repérer plus facilement ces ados plutôt que du pifomètre bah peut être que la prise en charge serait plus facile. Un outil pour dépister et pour suivre. »*

2.6.3 Structuration du suivi

2.6.3.1 Par l'interface de l'outil

La réussite du suivi pourrait dépendre de l'interface de l'outil :

- *M10: « Un truc un peu interactif qui va lui permettre de s'impliquer dans sa prise en charge, si on peut l'intéresser là-dessus (…) Il faut fixer des objectifs à court terme, il faut qu'il y ait une clause de revoyure quoi, il faut l'intégrer dans une démarche de prise en charge, avec des objectifs, des étapes, des points check-up, intermédiaires, et à date fixe faire un point pour voir l'évolution. »*
- *M6: « Ça peut être un outil ou par exemple on lui conseille de le revoir, la semaine suivante d'amener son agenda alimentaire, de voir vraiment par écrit par téléphone ou sur le site internet ce qui a été fait dans la semaine. »*
- *M9: « Si l'outil arrive à sortir des points sur lesquels on peut ensuite appuyer sur un site par exemple auquel tu vas te connecter par un code, facile d'accès, qui donne de manière anonyme toutes ses données, qu'il voudrait bien partager, avec ses questions. Ça va permettre de voir ses difficultés et de*

l'aider ensuite en consultation sur ces points là. Et là c'est le côté humain, parce que le côté numérique ne marche pas pour ça, pour ouvrir la parole et justement savoir ce qu'il sait ou pas sur ces 3 mois d'utilisation de l'appli, d'avoir toi médecin un retour sur ton site et évoquer tout ça avec lui. »

2.6.2 En majorant le nombre de consultations de suivi

L'outil pourrait structurer le suivi et ainsi majorer le nombre de consultations de suivi:

- *M13: « Ça permettrait de rapprocher la relation médecin-ado, parce que les ados on les a pas souvent en consultation, et cet outil permettrait de peut-être les faire venir plus souvent. »*

2.6.3.3 En établissant des consultations de suivi dédiée

Les médecins insistaient sur l'importance d'établir des consultations de suivi dédiées avec l'idée de leur créer une structure spécifique à la prise en charge du surpoids:

- *M13: « Même si on a maintenant les consultations prises en charge par la Sécu aux âges clés, cette sensibilisation permet de les voir mais il y a tellement de problématiques à cet âge là que parfois c'est un peu dur de hiérarchiser donc ça permettrait de voir l'ado juste pour ce problème là. »*
- *M5: « Même si c'est compliqué avec des ados, reconsulter avec des adolescents, parents séparés, et les deux en même temps. Pour vraiment voir le point de vue de l'un, le point de vue de l'autre. Ce qu'il y a à modifier chez l'un et chez l'autre et voir ce qui peut être fait ensemble en fait. Je pense qu'il faudrait se réserver du temps dédié à ça plutôt qu'une consultation classique même si on met un peu plus de 20 minutes, ou même une demi-heure. Mais je pense que ça serait bien d'avoir déjà une première consultation pour évoquer le sujet et ensuite faire revenir l'ado seul et les parents seuls puis les deux ensemble. Possiblement prendre trois créneaux. »*

2.6.3.4 En forçant à écrire une observation

L'outil aiderait à structurer le suivi en consignant par écrit la progression:

- *M8: « Parce que c'est vrai que quand c'est fait en queue de consultation et bien y'a pas forcément de trace écrite, enfin moi je sais que j'en mets pas ».*

2.6.4 Intégration de l'adolescent dans la prise en charge

Un médecin affirmait la nécessité d'intégrer l'adolescent dans la prise en charge:

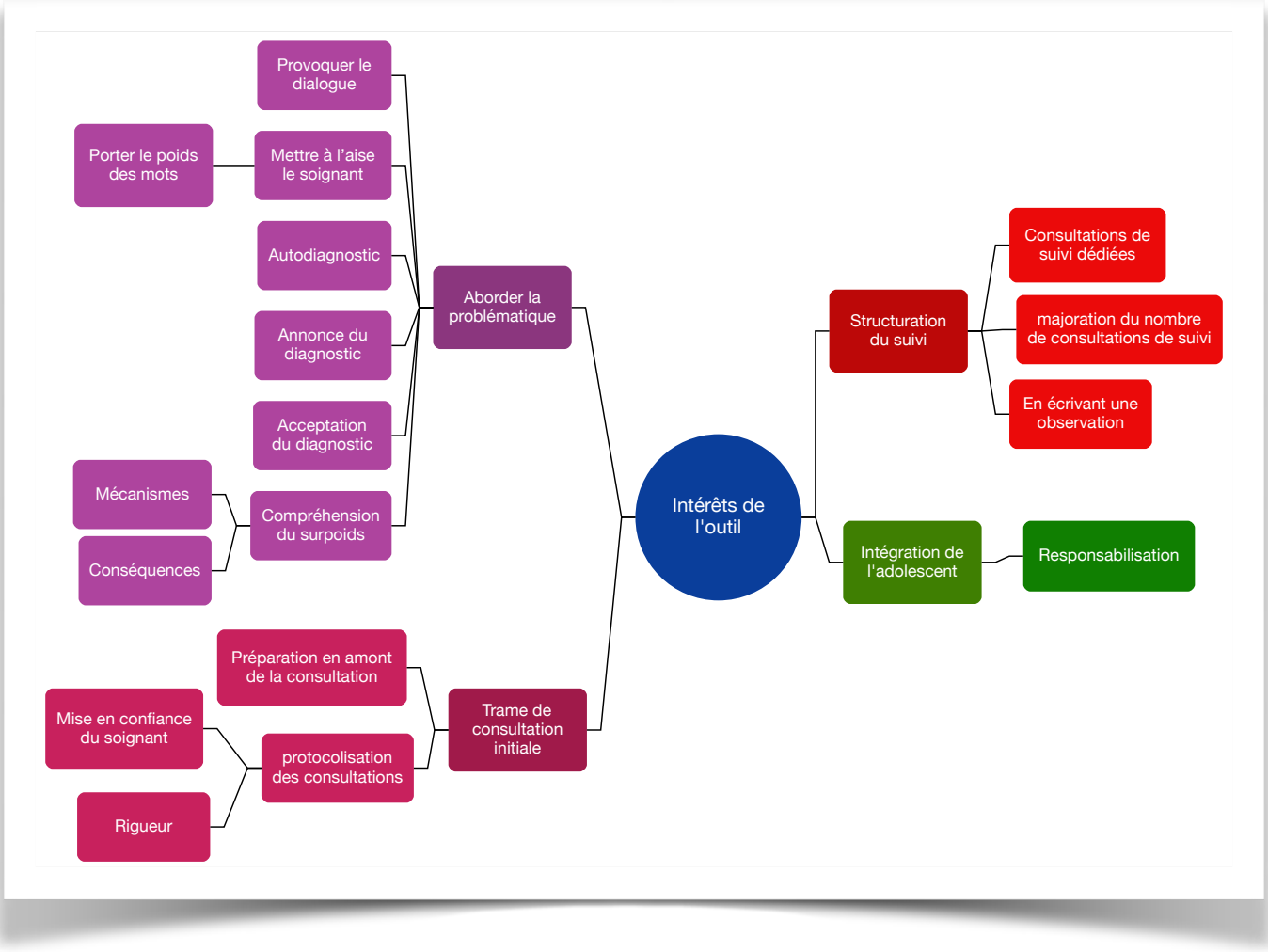
- *M12: « Je trouve que j'en ai eu autant de prises en charge faciles que difficiles. Et pour remédier au côté moralisateur il faut avoir les bons mots, en expliquant, c'est la discussion ouverte, essayer de l'amener lui à se poser des questions. Pas juste dire que le surpoids c'est pas bien et ça amène des problèmes plus tard. Même si c'est le cas mais j'essaie de les amener à réfléchir sur ce qu'il se passe. A pourquoi ils sont en surpoids et qu'est ce qu'ils pensent que ça va leur faire comme soucis plus tard. C'est la communication qui prime la dessus. »*

L'outil offrirait la possibilité de responsabiliser les adolescents et leurs parents:

- *M13: « Un outil ça apporterait le fait que ça responsabiliserait plus l'ado et leur parents et ça les engageraient dans une démarche de soins qui viendrait d'eux. »*

Rendre l'adolescent plus actif dans le fonctionnement de l'outil l'aiderait à être plus responsable:

- *M6: « Il pourrait y avoir des conseils généraux pour qu'il fasse lui-même le suivi de son poids, son tour de taille, l'activité physique qu'il a fait, quelque chose qui l'encouragerait. »*
- *M9: « Mettre l'ado au centre de sa prise en charge. Si lui il a sa propre appli c'est lui qui va être responsable de son surpoids plutôt que de déléguer à ses parents, c'est le remettre au centre de sa prise en charge. »*


Intérêts de l'outil
Aborder la problématique
Provoquer le dialogue
Mettre à l'aise le soignant
Porter le poids des mots
Autodiagnostic
Annonce du diagnostic
Acceptation du diagnostic
Compréhension du surpoids
Mécanismes
Conséquences
Trame de consultation initiale
Préparation en amont de la consultation
protocolisation des consultations
Mise en confiance du soignant
Rigueur
Structuration du suivi
Consultations de suivi dédiées
majoration du nombre de consultations de suivi
En écrivant une observation
Intégration de l'adolescent
Responsabilisation

IV. DISCUSSION

La stagnation de la prévalence du surpoids chez les adolescents semble souligner indirectement les limites de la prise en charge du médecin généraliste. L'intérêt d'un outil se dessine.

L'étude a recueilli les attentes des médecins généralistes concernant l'élaboration de cet outil de prise en charge du surpoids des adolescents en ambulatoire.

Tous les médecins s'accordaient de l'intérêt d'un tel outil. Leurs avis divergeaient, notamment entre création d'un nouvel outil ou amélioration d'un outil existant, ainsi que sur son format. Le format numérique restait privilégié puisque mieux adapté à la population cible. Le challenge repose sur la création d'un outil attractif auprès des adolescents tout en le rendant ergonomique auprès des professionnels susceptibles de l'utiliser.

La recherche bibliographique rapportait une littérature majoritairement axée sur l'obésité. Le surpoids n'est effectivement qu'un symptôme et non une pathologie, bien que stade crucial avant l'obésité. Parallèlement nous avons remarqué que les médecins associaient fréquemment leurs réponses à l'obésité alors que nous les questionnions sur le surpoids. Doit-on y voir une corrélation? L'intérêt général des médecins et la politique de prévention sont-ils trop axés sur l'obésité relayant paradoxalement la surcharge pondérale au second plan? Tendons-nous vers une banalisation du surpoids?

Aucun médecin n'a par ailleurs évoqué le site « obéclic », outil numérique élaboré en 2016 au décours d'une thèse de médecine. Nos interviewés confirmaient l'importance de communiquer sur l'outil afin de le démocratiser.

Pour cela, nous retenons l'idée de faire appel aux personnalités influentes des réseaux sociaux des adolescents pour appliquer une forme de neuro-marketing positif, notamment dans le domaine nutritionnel. Pourquoi ne pas se battre avec les mêmes armes que celles de l'industrie agro-alimentaire? (39)

Nous avons pu constater durant le championnat d'Europe de football 2021 l'impact de l'attitude de Christino Ronaldo lorsqu'il écarta une bouteille de soda du champ de vision de la caméra durant une interview pour la remplacer par une bouteille d'eau, refusant d'être associé à la marque en question. L'impact économique et sur la consommation de la-dite boisson reste difficile à estimer mais le concept demeure encourageant et inspirant.

L'aura de certains influenceurs est désormais une réalité comme l'ont montré « Carlito et Mac Fly » en diffusant une vidéo de prévention dans le contexte de la crise sanitaire liée au covid recueillant plus de 10 millions de vues. L'hypothèse de réitérer le procédé avec des vidéos de prévention du surpoids à travers un outil numérique est une piste à explorer comme le suggéraient certains interviewés.

Le mimétisme et l'instinct grégaire sont des composantes puissantes dans la mécanique du changement dont la réussite est tributaire des modèles sur lesquels les adolescents s'appuient (9). L'outil peut être le modèle à suivre.

Nous pouvons ainsi nous interroger sur la place des nouvelles technologies interactives et de communications dans l'éducation nutritionnelle et sportive dans la prise en charge du surpoids. En 2021, 92 % des 12-17 ans possédaient un smartphone, outil de prévention

potentiellement efficace bien que limité par l'accessibilité et l'officialisation des sources diffusées sur les réseaux (40).

La création d'une application pour smartphone dédiée à la prise en charge du surpoids s'est démarquée parmi les différentes formes d'outil évoquées, portabilité et facilitation du suivi étant les principaux atouts de ce support.

Les attentes concernant son contenu étaient variées. Nous retenons l'attention portée au versant psychologique de la prise en charge, difficulté récurrente décrite par les médecins. L'intégration d'auto-questionnaires et de vidéos explicatives sont des idées à développer.

Les médecins interviewés rapportaient ne réaliser que rarement de primo-consultations spécifiquement dédiées au surpoids. La problématique du surpoids était abordée seulement après prise en charge du motif initial de consultation. Les attentes portaient sur un gain de temps vis-à-vis d'une consultation chronophage ainsi qu'une aide dans l'abord de la problématique et la structuration de son suivi. L'outil permettrait de s'assurer de la compréhension des messages transmis en consultation à travers du contenu didactique et questionnant au domicile.

Devant un sujet jugé tabou, nous pourrions espérer que l'outil se positionne comme intermédiaire dans la relation médecin-adolescent. L'auto-dépistage à travers l'outil placerait le médecin dans une position moins paternaliste et moralisatrice. Le poids de l'annonce diagnostique serait supporté par l'outil, le médecin se positionnerait plus confortablement dans le rôle de l'aidant.

L'outil pourrait s'impliquer dans d'autres problématiques majeures. Le coût social de la surcharge pondérale avoisinait les 20 milliards d'euros en 2016 (1% du PIB) (41). En réduisant les complications du surpoids, l'outil participerait à l'allégement de cette somme colossale (42). Il est possible que l'impact économique de la prévention du surpoids soit la composante principale de la viabilité d'un tel outil.

<u>Les forces de l'étude:</u>

L'étude comprend 600 minutes d'enregistrement et 1645 verbatims. Les entretiens ont tous été réalisés d'un seul tenant et en totalité.

L'âge des médecins retenus et l'année d'installation étaient sources de confusion puisque leur formation médicale différait selon les périodes. Ces variables ont été catégorisées.

Le recrutement était homogène avec une moyenne d'âge proche de l'âge moyen des médecins généralistes français. Leurs lieux d'exercice étaient repartis avec homogénéité entre activités rurale et urbaine.

La saturation des données était effective au 11ème entretien, confirmée par deux entretiens supplémentaires.

L'utilisation du logiciel spécialisé « N'Vivo » a contribué à fiabiliser notre méthode.

Certaines questions du guide d'entretien nous ont permis de comparer nos résultats à la littérature.
Notre arbre de codage recensait les difficultés des médecins dans la prise en charge du surpoids des adolescents. Nous avons retrouvé des résultats similaires dans la littérature

(43) : le manque de formation, le problème de la prise en charge par la Sécurité Sociale des consultations des enfants chez les diététiciennes et les psychologues, la mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire adaptée régulière et proche du domicile du jeune, le manque d'outils simples et pédagogiques pour aider dans l'éducation de l'enfant et de ses parents, le manque de temps.
Nous avons retrouvé des freins similaires dans la prise en charge de l'enfant en surpoids ou obèse (44): difficultés théoriques et manque de connaissances, manque de temps, comportements d'évitement et représentations liés à l'obésité, dimensions psycho-sociale et économique de la prise en charge, politique de santé et organisation des soins.

Les limites de l'étude:

1 Biais internes
Au cours d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs, l'enquêteur ne peut pas vérifier que les personnes interrogées appliquent ce qu'elles disent.
L'échantillon bien que diversifié ne concerne que des médecins généralistes exerçant dans le département des Pyrénées-Atlantiques.

2 Biais externes
Par commodité pour les médecins et afin de faciliter l'inclusion, l'entretien se déroulait sur le lieu de travail. Ce choix a eu pour conséquence quelques interruptions. Parfois le manque de temps pouvait écourter certaines fins d'entretiens. La fatigue liée à l'activité professionnelle a pu influencer certaines réponses, particulièrement pour les entretiens de fin de journée.

3 Biais d'investigation
L'enquêteur était plus jeune, moins expérimentée et de même profession que les enquêtés. Cela pouvait aider au dialogue, à la connivence, mais aussi provoquer une réticence des interviewés à se confier de peur d'être jugé.

4 Biais d'interprétation
L'analyse a été effectuée par un seul et même enquêteur. L'absence de triangulation a minoré la validité des résultats.

Nos attentes:

Cette thèse est le préambule d'un travail de plus grande ampleur. Il serait intéressant dans un second temps d'interroger les adolescents et parents sur leurs attentes quant à cet outil et à terme, envisager une étude de pratique sur sa mise en application.

Nos résultats suggèrent qu'un travail sur l'élaboration d'une forme de matérialisation de la décision médicale partagée à travers l'outil est une piste à développer.

Nous espérons que cet outil motive les adolescents, médecins généralistes et pédiatres. Les interviewés rappelaient leur lassitude face au cumul de prises en charge infructueuses et insistaient franchement sur la motivation, clé inhérente au succès des parcours de soins des pathologies chroniques.

Nous gardons à l'esprit la situation paradoxale que subit notre société actuelle: nos ancêtres ont su s'adapter à l'environnement, aux famines et autres catastrophes. Désormais nous devons apprendre à nous adapter à la pléthore.

La prise de poids est-elle un phénomène pathologique ou au contraire une modalité d'adaptation physiologique aux évolutions des modes de vie ? Comment, dans un contexte de sédentarisation et de disponibilité alimentaire, échapper à une prise de poids ?
Voici quelques questions émises par le professeur Basdevant.

Nous ne nous poserions pas ces questions si cette possible adaptation physiologique à l'évolution des modes de vie avait été contrecarrée par un système de prévention en santé plus performant. Nous espérons que cet outil participe a une meilleure prise en charge de cette problématique de santé publique.

V. CONCLUSION

La prise en charge de la surcharge pondérale en France est un enjeu de santé publique majeur. Les données actuelles montrent une relative stagnation du pourcentage d'adolescents en surpoids mais parallèlement une majoration de l'obésité.
Il est alors licite de s'interroger sur l'efficacité de nos moyens thérapeutiques et de prévention.

Notre travail de recherche s'intéressait aux attentes et représentations des médecins généralistes sur le prise en charge des adolescents en surpoids afin de discuter l'intérêt d'un outil.
Les médecins généralistes présentaient le surpoids comme un symptôme sous-diagnostiqué et souvent associé à la précarité. Le manque de ressources était mis en avant. Les parents étaient autant responsables qu'indispensables dans la prise en charge.

Jugé tabou, un outil pourrait permettre de créer un cadre favorable à l'abord du surpoids en médecine générale. Il pourrait aider à porter le poids des mots au cours de la consultation afin de placer le soignant dans une position plus confortable d'aidant, moins moralisatrice.

Cet outil pourrait être l'amélioration ou le complément d'un outil existant tel le carnet de santé. Parallèlement, l'idée récurrente de créer un nouvel outil numérique sous forme d'une application smartphone était majoritairement primée.

Le contenu reprendrait les thématiques classiques à savoir la nutrition, l'activité physique et l'aspect psychologique. Le concept de garnir l'outil de vidéos explicatives associées à des vignettes cliniques était discuté. À cela s'ajouterait des objectifs clairs conjugués à un système de « drapeaux-rouges » afin de prévenir l'obésité. Les médecins rappelaient avec insistance l'importance du versant motivationnel, tributaire des capacités de l'outil à associer ludisme et renforcement positif.

Des qualités de l'outil dépendraient sa viabilité et son acceptation. Afin d'être efficace, il devrait être accessible, adaptatif et interactif. Son efficience serait déterminée par son ergonomie et sa capacité à cumuler synthétisme et gain de temps dans la pratique quotidienne.

Pour être pertinent il devait être gratuit, garantir la confidentialité et s'appuyer sur des données scientifiquement validées. Afin d'assurer sa pérennité, il serait intéressant que les personnalités connues du monde des adolescents assurent sa promotion.

VI.BIBLIOGRAPHIE.

1.Duchène C, Thibault H. Evaluer et suivre la corpulence des enfants [Internet] REPOP, 2010. [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: https://www.reppop-aquitaine.org/sites/repop.cpm.aquisante.priv/files/docIMCEnf.pdf

2. 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. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(13):234-41.

3. Guignon N. (DREES). En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale. Études et Résultats. 2019; n°1122.

4. Nègre V. Dépister précocement le surpoids pour éviter l'obésité. La revue du praticien. 2015;65:1264-1269.

5. Heitkamp M, Siegrist M, Molnos S, Brandemaier S, Wahl S, Langhof H et al. Obesity Genes and Weight Loss During Lifestyle Intervention in Children With Obesity. *JAMA Pediatr.* 2021;175(1):2051-2142.

6. Basdevant A. L'obésité: origines et conséquences d'une épidémie. C.R.Biologies. 2006 août;329:562-569.

7. Massol P, Ammouche M. la santé cardio-vasculaire des jeunes en danger. Egora. 2017 mars; 131:21.

8. Gimbert V, Khelifa N. Activité physique et pratique du sport pour tous et toutes. France Stratégie, nov 2018.

9. Gittard-Askenazy F, Daunizeau J. Le cerveau des adolescents, ces moutons de Parnurge. La semaine du cerveau. [Internet]. Société des neurosciences; mars 2019 [cité 26 juin 2019]. Disponible en ligne: https://www.semaineducerveau.fr/ressources/nos-conferences-en-replay-3/le-cerveau-des-ados-ces-moutons-de-panurge/

10. J.S.Laurent et al. Associations Among Body Mass Index, Cortical Thickness, and Executive Function in Children. *JAMA Pediatr.* 2020;174(2):170-177.

11. Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. Psychol Bull.2007;133(4):557-580.

12. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. N Engl J Med.1993;329(14):1008-1012.

13. Institut national du cancer. Réduire les risques de cancer. [Internet]. 2019 [cité 26 juin 2019]. Disponible en ligne: https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Surpoids-et-obesite

14. Centre international de recherche sur le cancer. Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. [Internet]. 2018. [cité 26 juin 2019]. Disponible en ligne: https://gco.iarc.fr/includes/PAF/PAF_FR_report.pdf

15. Grover S, Kaouache M, Rempel P, Joseph L, Dawes M, Lau D, Lowensteyn I. Years of life lost and healthy life-years lost from diabetes and cardiovascular disease in overweight and obese people: a modelling study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015 fev;3(2):114-22.

16. Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, Bout B. Rapport sur l'organisation de la recherche et ses perspectives en matière de prévention et de traitement de l'obésité. Paris: Sénat; 2010.

17. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours; 2011.

18. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000;320:1240-1245.

19.Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. HAS Recommandation de bonnes pratiques; 2011.

20 Bourgois M. Quelles sont les attentes des parents concernant l'éducation nutritionnelle de leur enfants par le médecin généraliste. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2017.

21. Haut conseil de la santé publique. Programme national de nutrition santé 4; 2017.

22. Smith J, Morgan P, Plotnikoff R, Dally K, Salmon J, Okely A, Finn T et al. Smartphone obesity prevention trial for adolescent boys in low income communities: the ATLAS RCT. Pediatrics. Sept 2014;134(3):723-731.

23. Haute Autorité de santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003); 2011.

24. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la «décision médicale partagée»; 2013.

25. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient: définition, facilité et organisation; juin 2007.

26. Jouret B. Prise en charge de l'enfant en surpoids ou obèse, seule une action dans la durée fondée sur un diagnostic éducatif peut réussir. Rev Prat. 2015;65:1278-1282.

27. Resnicow K, McMaster F, Bocian A, Harris D, Zhou Y, Snetselaar L et al. Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. Pediatrics. 2015 Avr;135(4):649-57.

28. VanBuskirk KA, Wetherell JL. Motivational interviewing used in primary care: a systematic review and meta-analysis. J Behav Med. 2014;37:768-80.

29. Haute Autorité de Santé. Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques, actualisation de l'analyse de la littérature; juin 2018.

30. Pakpour AH, Gellert P, Dombrowski SU, Fridlund B. Motivational interviewing with parents for obesity: An RCT. Pediatrics. 2015;135:644-52.

31. Quattrin T, Roemmich JN, Paluch R, Yu J, Epstein LH and Ecker MA. Treatment outcomes of overweight children and parents in the medical home. Pediatrics. 2014;134:290-7.

32. Tounian P. Prise en charge de l'obésité de l'enfant. Rev Prat. 2005;55:1417-26.

33. Thibault H, Desbrest M, Ducos G, Saubusse E and Maurice S. Pratiques et attentes des médecins, une enquête du réseau REPOP aquitain. Concours Med. 2007;129(33-34):1181-4.

34. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale? Rev Prat. 2005;55 : 1073-7.

35. Vincelet C, Tabone MD, Berthier M, Bonnefoi MC, Chevallier B, Lemaire JP et al. Le carnet de santé est-il vraiment informatif? Evaluation dans différentes structures de prévention et de soins. Arch Pediatr. 2003 mai;10(5):403-409.

36. Perrotin A. Obéclic: élaboration et évaluation d'un outil informatique d'aide au dépistage et au suivi du surpoids et de l'obésité de l'enfant en soins premiers. Thèse de médecine, Lille: université de Lille; 2018.

37. Dutrieu S. Prévention et dépistage du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent :le rôle clé du médecin généraliste. Thèse de médecine, limoge: Université de Limoge; 2016.

38. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesither Rev. 2015;15(157)50-54.

39. Prescrire. Obésité : les lobbys font la loi. Rev Prescrire. 2017;37(400):131.

40. Croutte P, Muller J. Baromètre du numérique. Crédoc. Juillet 2021.

41. Ministère de l’économie et des finances. Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter? Trésor-Éco. Sept 2016;179:12.

42. Webber L, Divajeva D, Marsh T, McPherson K, Brown M, Galea G, et al. The future burden of obesity-related diseases in the 53 WHO European-Region countries and the impact of effective interventions: a modelling study. BMJ open. 2014;4(7)47-87

43. Roncon F. Rôle du médecin dans la prévention et prise en charge du surpoids des enfants. Thèse de médecine, Amien: Université d’Amien; 2015.

44: Boujon L, Balvay C. Surpoids et obésité de l’enfant : freins à la prise en charge par les médecins généralistes, Grenoble. Université de Grenoble; 2020.

BIBLIOGRAPHIE DES ANNEXES:

Annexe 1. Institut de veille sanitaire. Étude nationale nutrition santé ENNS. 2006.

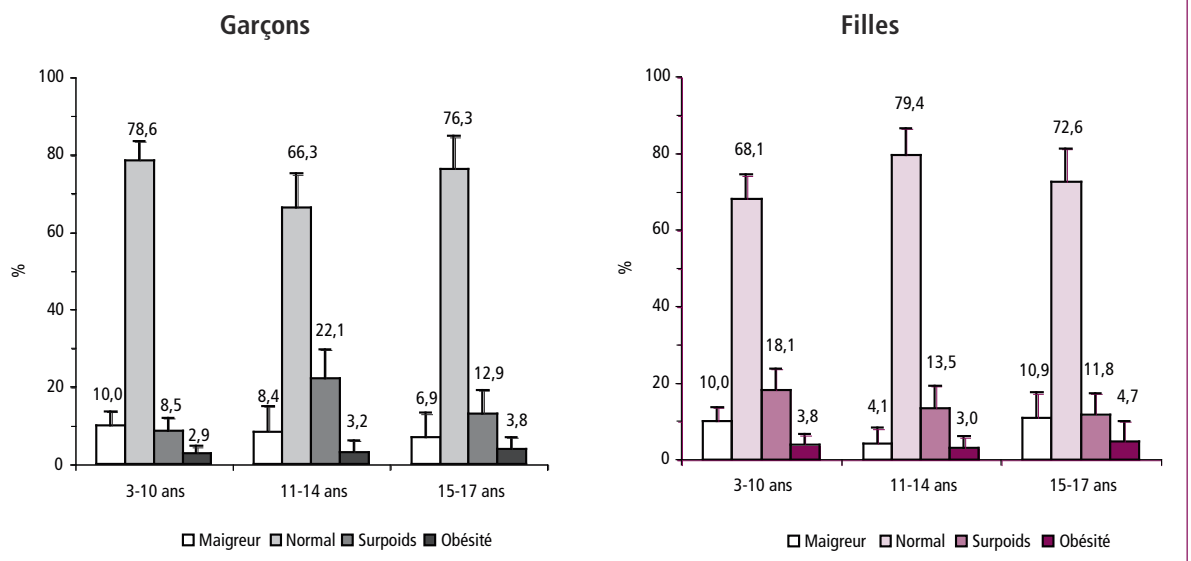
Annexe 2. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l’étude Esteban et évolution depuis 2006. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(13):234-41.

Annexe 3. Caby D. Obésité: quelles conséquences pour l’économie et comment les limiter? Trésor-Éco. Sept 2016;179:1-12

VII.ANNEXES

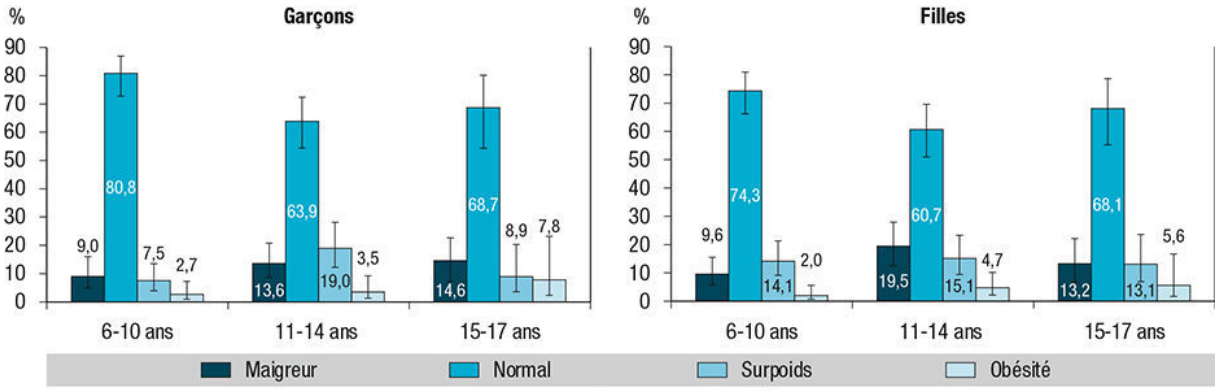
Annexe 1 :

FIGURE 32 DISTRIBUTION DES GARÇONS ET DES FILLES DE 3-17 ANS SELON LA CORPULENCE (IMC, RÉFÉRENCES IOTF) ET SELON L'ÂGE, ÉTUDE ENNS, 2006



Annexe 2:

Distribution de la corpulence des enfants de 6-17 ans selon le sexe et la classe d'âge, étude Esteban-2015, France.



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).

Annexe 3:

Tableau 3 : coût social de l'obésité et du surpoids (en Md€ en 2012)

Nature du coût	Montant lié à l'obésité	Montant lié au surpoids	Montant total
Surcoût pour l'assurance maladie (soins de villes)	2,8	2,7	5,6
Surcoût pour l'assurance maladie (hôpital)	3,7	3,3	7,0
Indemnités journalières (maladie)	0,5	0,3	0,8
Pensions d'invalidité	1,7	1,9	3,6
Dépenses de prévention	0,1	0,0	0,1
Taxes nutritionnelles	−0,2	−0,2	−0,4
Moindres dépenses de pension	−4,0	−3,2	−7,2
Coût pour les finances publiques (G)	4,5	4,9	9,5
Pertes de production dues à l'absentéisme des personnes obèses	1,2	0,9	2,1
Pertes de production dues à l'exclusion des femmes obèses du marché du travail	5,0	0,0	5,0
Dépenses de soins non remboursées (soins de ville)	0,7	0,6	1,3
Dépenses de soins non remboursées (hôpital)	0,4	0,3	0,7
Coûts externes (CE)	7,3	1,8	9,1
Coût social = $(1+\alpha)\times G + CE$ [a]	12,8	7,7	20,4
Surcoût total en soins de ville	3,6	3,3	6,9
Surcoût total en soins hospitaliers	4,1	3,6	7,7

Annexe 4: État des lieux et impact de la surcharge pondérale en France selon l'OECD

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Country note to the report *The Heavy Burden of Obesity*

FRANCE

Population totale: 67m
Revenus: Hauts revenus

Espérance de vie: 82.5 (2017)
Part du PIB dédié à la santé: 11.5% (2016)

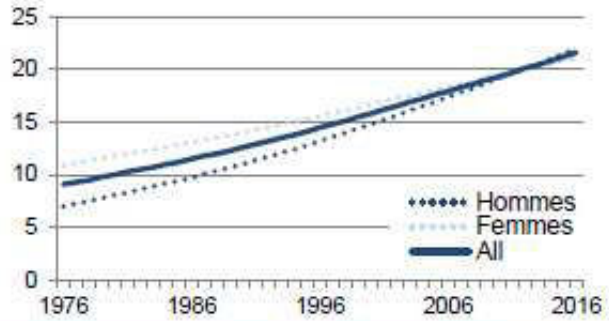
Source: Banque Mondiale

PREVALENCE DE L'OBESITE

Source: OMS Observatoire de la santé mondiale

Évolution de la prévalence de l'obésité

% de la population ayant un IMC>30



Prévalence actuelle

	Hommes	Femmes	5-19 ans
Surpoids	67%	52%	30%
Obésité	22%	21%	8%

CHARGE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE

Source: Modèle SPHeP-NCDs de l'OCDE

Réduction de l'espérance de vie attribuable au surpoids
Années, moyenne sur 2020-2050
2.3
Réduction de l'espérance de vie comparée aux autres pays
1 2 **3** 4 5 6 7 8 9 10

Dépenses de santé attribuables au surpoids
Pourcentage du total par habitant, moyenne sur 2020-2050
% 4.9
Pourcentage des dépenses de santé comparé aux autres pays
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Coût sur le marché du travail lié au surpoids
EUR par habitant, moyenne sur 2020-2050
634
Coût par habitant comparé aux autres pays
1 2 3 4 5 **6** 7 8 9 10

Augmentation de la charge fiscale liée au surpoids
EUR par habitant, moyenne sur 2020-2050
323
Montant de l'imposition par habitant comparé aux autres pays
1 2 3 4 5 **6** 7 8 9 10

*Le plus faible** *Le plus élevé*

Nombre de maladies liées au surpoids

Milliers de cas / % du nombre total, total sur 2020-2050

Maladies cardiovasculaires	4 545	19%
Diabète	2 379	77%
Démence	934	15%
Cancers	613	12%

Réduction effective de l'effectif due au surpoids

Équivalent des travailleurs à temps plein, moyenne sur 2020-2050

671 210

45%	Présentéisme
33%	Chômage
21%	Absentéisme
1%	Retraite anticipée

Impact macroéconomique du surpoids

Moyenne sur 2020-2050

2.7%
Baisse du PIB due au surpoids

0.8
Augmentation (en point de pourcentage) du taux d'imposition moyen nécessaire pour couvrir les conséquences du surpoids

** 1 étant le décile des pays ayant les plus faibles valeurs et 10 les plus élevés; comparaison des valeurs monétaires en USD PPA; les pays utilisés pour la comparaison sont listés sur le lien: http://oe.cd/obesity2019*

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Country note to the report *The Heavy Burden of Obesity*

FRANCE

IMPACTS POTENTIELS DES POLITIQUES CONTRE L'OBESITE

Source: Modèle SPHeP-NCDs de l'OCDE

Toutes les interventions ont un impact positif sur la santé de la population et réduisent les dépenses de santé et les coûts sur le marché du travail

Impact moyen sur 2020-2050	*DALYs* gagnées (DALYs)*	*Années de vie gagnées (ans)*	*Réduction des dépenses de santé (EUR, milliers)*	*Réduction des coûts sur le marché du travail (EUR, millions)*	*Coûts de l'intervention (EUR, millions)*
1. Régulation de la publicité	922	159	2 189	111	32
2. Etiquetage nutritionel	4 517	3 128	14 747	57	71
3. Campagne dans les medias de masse	3 927	2 455	20 192	67	69
4. Etiquetage des menus	10 559	7 560	31 134	130	71
5. Applications sur mobile	673	192	4 991	37	34
6. Prescription de l'activité physique	2 991	2 559	19 466	23	95
7. Programme à l'école	865	176	1 560	96	171
8. Comportement sédentaire sur le lieu de travail	3 420	1 986	20 585	128	71
9. Bien-être sur le lieu de travail	2 483	1 345	11 501	141	388
10. Transport public	983	537	10 139	15	N/A
Reformulation des produits pour réduire l'apport calorique	71 948	51 266	228 291	931	N/A

IMPACTS POTENTIELS DES ENSEMBLES DE POLITQUES

Source: Modèle SPHeP-NCDs de l'OCDE

Un ensemble de politiques de communication, comprenant la régulation de la publicité, l'étiquetage nutritionnel et les campagnes dans les médias de masse, pourrait gagner plus de 10 000 années de vie, et réduire de 55 millions d'euros les dépenses de santé en France par an

Impact moyen sur 2020-2050	*DALYs* gagnés (DALYs)*	*Années de vie gagnées (ans)*	*Réduction des dépenses de santé (EUR, milliers)*	*Réduction des coûts sur le marché du travail (EUR, millions)*	*Coût de l'intervention (EUR, millions)*
Ensemble de communication (1,2,3)	15 398	10 140	55 425	308	172
Ensemble mixte (4,6,9)	15 762	11 097	67 276	291	555
Ensemble d'activité physique (6,7,8,10)	8 251	5 346	50 593	261	337

** DALY: Années de vie ajustées sur l'incapacité*
Plus d'informations sur les interventions et les hypothèses sont disponibles dans le rapport complet.

Co-funded by the European Union

Annexe 5 : Informations aux participants de l'étude et consentement

Madame, Monsieur,
Je vous propose de participer à une étude dans le cadre de la recherche en médecine générale. Cette lettre d'information vous détaille la méthodologie de cette étude.

Intitulé de l'étude : Intérêt de l'élaboration d'un outil de prise en charge de l'adolescent en surpoids en ambulatoire.

Etude sous la direction : Dr LARPIN Marie

Investigateur principal : SANLI Anthony

Méthode de l'étude : Thèse qualitative avec entretiens semi-dirigés.

Critères d'inclusion:
- médecins généralistes ou pédiatres installés titulaires d'un doctorat en médecine générale;
- exercice libéral;
- activité principale de médecine générale en soins primaires;
- activité ou statut de médecin traitant;
- exercice pratiqué en Pyrénées-Atlantiques

Critères d'exclusion :
- retraités, congé maladie ou maternité;
- activité principale exclusive autre que la médecine générale ou pédiatrie en soins primaires: phlébologie, allergologie, acupuncture, homéopathie;
- activité salariée;
- refus de participation à l'étude.

Caractéristique de la population étudiée : sexe, âge, date d'installation, mode d'exercice, lieu d'exercice, part de pédiatrie dans l'activité, durée des consultations, formation complémentaire.

Conduite des entretiens : entretiens individuels retranscrits et menés jusqu'à saturation des données

Méthode d'analyse : analyse thématique du contenu des entretiens, classement par catégories conceptuelles, puis identification éventuelle de typologies ou associations.

Objectif de l'étude : Explorer les attentes des médecins généralistes et pédiatres, sur la forme et le fond d'un outil de prise en charge du surpoids.

Engagement du participant :
Il s'engage à participer à un entretien semi-directif autour du thème de notre étude, mené à l'aide d'un guide d'entretien.
La durée de cet entretien est d'en moyenne 1 heure mais la durée est modulable selon les disponibilités du participant.
Les entretiens seront enregistrés intégralement par un dictaphone ou smartphone. Ces enregistrements donneront lieu à une retranscription intégrale anonymisée qui apparaîtra en annexe de la thèse.
Il déclare sur l'honneur être majeur et ne pas faire l'objet de mesure de protection.

Engagement de l'investigateur principal :
Je m'engage à mener l'entretien en date, heure et lieu choisis par le participant. En tant

qu'investigateur principal, je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades les résultats globaux de l'étude pourront lui être communiqués s'il le souhaite.

Liberté du participant :
Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant :
Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Frais :
La collaboration du participant à cette étude n'entraînera pas de participation financière de sa part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude.

Confidentialité des informations :
Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel nominatif.

Législation :
Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude.

Annexe 6

PREMIER GUIDE DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

Intérêt de l'élaboration d'un outil de suivi et prise en charge de l'adolescent en surpoids basé sur la décision médicale partagée en ambulatoire.

rappel de l'objectif : Faire émerger les attentes des médecins généralistes, sur la forme et le fond d'un outil de suivi et de prise en charge du surpoids.

1.expérience / vécu
avez-vous des adolescents en surpoids dans votre patientèle?
êtes-vous à l'aise avec leur prise en charge?
avez-vous une prise en charge bien codifiée ou au cas par cas?
les ados consultent-ils pour ce motif spontanément?
un exemple en tête d'une consultation pour ce motif?
quels sont vos résultats? satisfaits?
quelles sont vos difficultés? lors de la première consultation / lors du suivi à court et long terme.
que pensez-vous personnellement de la problématique du surpoids (et de l'obésité) dans notre système de santé?

2.amélioration des pratiques
comment pourriez-vous améliorer votre pratique? quels seraient vos besoins?
que pensez-vous des formations théoriques? FMC? REPOP…des réunions de pairs?
que pensez-vous des réseaux? du REPOP? avez-vous déjà adressé des adolescents en surpoids?
Avez-vous des supports sur lesquels vous appuyer?
connaissance d'Obéclic? connaissance de supports numériques? sites web?
applications sur smartphone?
que pensez-vous de l'affichage systématique du poids sur les ordonnances proposée par certains logiciels médicaux?

3. La décision médicale partagée
qu'en pensez-vous?
peut-on l'appliquer à la prise en charge du surpoids? comment? quels sont les limites de ce modèle?
Comment gérer la situation lorsqu'on pense que l'adolescent nous ment au cours de la consultation? (faut-il lui dire? …)

4. intérêt d'un carnet de suivi
que pensez-vous d'un carnet de bord du poids?
utilisez-vous le carnet de santé? comment? jusqu'à quel âge?
Un carnet de bord du poids pourrait-il être un complément du carnet de santé?
qu'apporterait-il de plus?
- Améliorerait-il le suivi? l'adhésion thérapeutique de l'adolescent? comment?
- dans la relation médecin-patient—>trianguler la relation avec l'adolescent?
- facilitation du travail du médecin? au niveau des recommandations? décharge du poids des mots? des tabous sur le poids? au niveau de son image?
- et donc facilitation de l'observance? de l'adhésion au discours?

5.contenu du carnet de suivi
comment verriez-vous ce carnet? (forme)
pensez-vous qu'un support sous forme numérique serait utile ou meilleur? pourquoi?
contenu? fiches nutritionnelles/ activité physique / sommeil / temp d'écran? autres éléments?
pensez-vous qu'il serait utile de développer la sphère psychologique dans ce carnet?
comment?
la sphère sociale? classe sociale enfant? (mieux cibler)
comment qualifieriez-vous ce carnet en 3 mots pour qu'il soit le plus abouti possible?
comment pourrait-on le rendre le plus acceptable/utilisable par tous?
Quel serait votre point de vue sur la mise au point d'un système de récompense sur objectifs atteints?

Que pensez-vous d'y intégrer un chapitre sur l'utilisation à des fins thérapeutiques du smartphone?
* compteur de pas ?
* listing d'applications smartphone utiles? des exemples? Yuka? compteur de calories?
* l'apport des réseaux sociaux:
- utiles?
- comment tirer le positif?
- orienter vers des modèles?
- communication avec les expériences avec le poids d'autres adolescents?
- mimétisme avec des personnalités connues, stars des réseau sociaux, influenceurs, sportifs de haut niveau?
- photothèque alimentaire?(comme on photographie ses plats sur instagram… ?)

6. Autres idées pour ce carnet ou d'autres outils pour la prise en charge du surpoids ?

7. Données administratives
âge? Sexe? Commune d'exercice? Nombre d'habitants dans la commune?
En quelle année vous êtes-vous installé ? Seul ou en groupe?
Recevez-vous vos patients avec et/ou sans RDV ? Durée moyenne des consultations?
Etes-vous maître de stage ? Une spécialisation ?
pourcentage approximatif d'adolescents de 11 à 18 ans dans la patientèle?
êtes-vous en surpoids ?

Annexe 7

DEUXIEME GUIDE DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

Intérêt de l'élaboration d'un outil de prise en charge de l'adolescent en surpoids en ambulatoire.
Rappel de l'objectif : Explorer les attentes des médecins généralistes et pédiatres, sur la forme et le fond d'un outil de prise en charge du surpoids.
adolescents: 10 - 19 ans (selon OMS) surpoids: IMC entre 25 et 30

1.expérience
- Êtes-vous à l'aise avec la prise en charge des adolescents en surpoids?
- Comment s'articule votre prise en charge? (bien codifiée/au cas par cas?…)
- Quelles sont vos difficultés? (lors de la première consultation / lors du suivi)
- Que pensez-vous de la problématique du surpoids dans notre système de soins?

2.pratiques
- Comment pourriez-vous améliorer votre pratique?
- Quels seraient vos besoins? (supports sur lesquels vous appuyer? Obéclic? supports numériques? sites web? applications sur smartphone?)

3.outil
- Que pensez-vous d'un outil de prise en charge du surpoids? (En auriez-vous besoin?)
- Sous quelle forme verriez-vous cet outil?

* manuscrite : un complément du carnet de santé?
* numérique: utiliser le smartphone à des fins thérapeutiques? Comment optimiser l'usage du smartphone? (Photothèque alimentaire, compteurs de pas, de calories…?)

- Comment pourrait-on y developper la sphère psychologique et sociale de la prise en charge?
- Qu'apporterait-il de plus? (suivi? adhésion thérapeutique de l'adolescent?relation médecin-adolescent? par rapport a la charge de travail du médecin?)

4.notion d'acceptabilité / optimisation de l'utilisation?
- Comment faciliter l'acceptabilité de l'outil par les professionnels?
- Comment faciliter la praticabilité de l'outil pour les adolescents?
- Comment susciter la motivation au changement à travers cet outil?
- Pourrait-on étoffer le contenu de l'outil par des sources non validées scientifiquement? (Réseaux sociaux, Neuro-marketing, applications, sites… ?)

5. Avez vous d'autres idées d'outil pour la prise en charge du surpoids ?

6. Données administratives
âge?Sexe? Commune d'exercice? Nombre d'habitants dans la commune?
En quelle année vous êtes-vous installé ? Seul ou en groupe?
Recevez-vous vos patients avec et/ou sans RDV ? Durée moyenne des consultations?
Etes-vous maître de stage ? Une spécialisation ?
pourcentage approximatif d'adolescents de 10 à 19 ans dans la patientèle?

Annexe 8

TROISIEME GUIDE DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

Intérêt de l'élaboration d'un outil de prise en charge de l'adolescent en surpoids en ambulatoire.
Rappel de l'objectif : Explorer les attentes des médecins généralistes et pédiatres, sur la forme et le fond d'un outil de prise en charge du surpoids.
adolescents: 10 - 19 ans (selon OMS) surpoids: IMC entre 25 et 30

1.expérience
- Êtes-vous à l'aise avec la prise en charge des adolescents en surpoids?
- Comment s'articule votre prise en charge? (bien codifiée/au cas par cas?…)
- Quelles sont vos difficultés? (lors de la première consultation / lors du suivi)
- Que pensez-vous de la problématique du surpoids dans notre système de soins?

2.pratiques
- Comment pourriez-vous améliorer votre pratique?
- Quels seraient vos besoins? (supports sur lesquels vous appuyer? Obéclic? supports numériques? sites web? applications sur smartphone?)
- Selon vous, quelle est la place des parents dans cette prise en charge?

3.outil
- Que pensez-vous d'un outil de prise en charge du surpoids? (En auriez-vous besoin?)
- Sous quelle forme verriez-vous cet outil?

* manuscrite : un complément du carnet de santé?
* numérique: utiliser le smartphone à des fins thérapeutiques? Comment optimiser l'usage du smartphone? (Photothèque alimentaire, compteurs de pas, de calories…?)

- Comment pourrait-on y developper la sphère psychologique et sociale de la prise en charge?
- Qu'apporterait-il de plus? (suivi? adhésion thérapeutique de l'adolescent? relation médecin-adolescent? par rapport à la charge de travail du médecin?)

4.notion d'acceptabilité / optimisation de l'utilisation
- Comment faciliter l'acceptabilité de l'outil par les professionnels?
- Comment faciliter la praticabilité de l'outil pour les adolescents?
- Comment susciter la motivation au changement à travers cet outil?
- Que pensez-vous de faire intervenir des professionnels de la nutrition, du sport et de la psychologie dans la conception de l'outil?
- Que pensez-vous de rendre cet outil évolutif et adaptatif ? Interactif avec les professionnels en question? Téléconsultations ?
- Que pensez-vous du concept de neuro-marketing positivement appliqué à la prise en charge du surpoids?

5. Avez vous d'autres idées d'outil pour la prise en charge du surpoids ?
6. Données administratives
âge?Sexe?Commune d'exercice? Nombre d'habitants dans la commune?
En quelle année vous êtes-vous installé ? Seul ou en groupe?
Recevez-vous vos patients avec et/ou sans RDV ? Durée moyenne des consultations?
Etes-vous maître de stage ? Une spécialisation ?
pourcentage approximatif d'adolescents de 10 à 19 ans dans la patientèle?

Annexe 9

QUATRIEME GUIDE DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

Intérêt de l'élaboration d'un outil de prise en charge de l'adolescent en surpoids en ambulatoire.
Rappel de l'objectif : Explorer les attentes des médecins généralistes et pédiatres, sur la forme et le fond d'un outil de prise en charge du surpoids.
adolescents: 10 - 19 ans (selon OMS) Surpoids: IMC entre 25 et 30

1.expérience
- Êtes-vous à l'aise avec la prise en charge des adolescents en surpoids?
- Comment s'articule votre prise en charge? (bien codifiée/au cas par cas?…)
- Quelles sont vos difficultés? (lors de la première consultation / lors du suivi)
- Que pensez-vous de la problématique du surpoids dans notre système de soins?

2.pratiques
- Selon vous, quelle est la place des parents dans cette prise en charge?
- Comment pourriez vous améliorer votre pratique?
- Quels seraient vos besoins?
- Votre image ou votre relation avec l'adolescent sont-elles modifiées lorsque vous abordez le problème du surpoids? Comment y remédier?

3.outil
- Que pensez-vous d'un outil de prise en charge du surpoids? (En auriez-vous besoin?)
- Sous quelle forme verriez-vous cet outil? (Nouveau ou amélioration d'un outil existant?)

* manuscrite? (Complémentaire du carnet de santé?)
* numérique? (utiliser le smartphone à des fins thérapeutiques? Comment optimiser l'usage du smartphone?)

- Comment pourrait-on y developper le côté psychologique et sociale de la prise en charge?
- Qu'apporterait-il de plus? (Pour l'adolescent? Le médecin? La relation médecin-adolescent?)

4.notion d'acceptabilité / optimisation de l'utilisation
- Comment faciliter l'acceptabilité de l'outil par les professionnels?
- Comment faciliter la praticabilité de l'outil pour les adolescents?
- Comment susciter la motivation au changement à travers cet outil?
- Que pensez-vous de faire intervenir des professionnels de la nutrition, du sport et de la psychologie dans l'outil? (Comment/à quel niveau?)
- Que pensez-vous de rendre cet outil évolutif et adaptatif ? Comment? (Téléconsultations ?)
- Il existe beaucoup de neuromarketing autour de l'alimentation, c'est à dire de mécanismes d'influence par la communication, et souvent d'influence négative sur la consommation. Que pensez-vous d'utiliser ce concept afin d'inverser les tendances et comportements menant au surpoids? Comment?

5. Avez vous d'autres idées d'outil pour la prise en charge du surpoids ?
6. Données administratives
âge?Sexe? Commune d'exercice?Nombre d'habitants dans la commune?
En quelle année vous êtes-vous installé ? Seul ou en groupe?
Recevez-vous vos patients avec et/ou sans RDV ?durée moyenne des consultations?
Etes-vous maître de stage ? une spécialisation ?
pourcentage approximatif d'adolescents de 10 à 19 ans dans la patientèle?

Annexe 10: Formulaire de consentement

Titre de la recherche : **Intérêt de l'élaboration d'un outil de prise en charge de l'adolescent en surpoids en ambulatoire.**

Je soussigné(e) ..... (nom et prénom du participant), accepte de participer à l'étude :

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par SANLI.Anthony. J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.
A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données désidentifiées recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès du directeur de thèse dont voici les coordonnées : Dr LARPIN Marie, tel : [redacted] ; [redacted]r

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Je conserverai un exemplaire de la lettre d'information et du formulaire de consentement

dûment complétée et signée.

Signature du participant

Fait à .....

Le .....

SERMENT MEDICAL

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ

Titre: Attentes et représentations des médecins généralistes sur la prise en charge de l'adolescent en surpoids en ambulatoire. Réflexion sur l'élaboration d'un outil.

Objectif: Faire émerger les attentes et représentations des médecins généralistes sur la prise en charge des adolescents en surpoids afin de discuter l'intérêt d'un outil dédié.

Méthode: Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Treize médecins des Pyrénées-Atlantiques ont été recrutés par la méthode « boule de neige » . L'échantillon était diversifié selon l'âge, le sexe, le milieu géographique et la durée d'exercice. Un canevas d'entretien a été créé à partir des données de la littérature afin de recueillir les expériences et pratiques des médecins ainsi que sur l'outil et son acceptabilité. Leurs transcriptions jusqu'à saturation a été effectuées sur le logiciel N'Vivo par un codage thématique ouvert et une analyse par théorie ancrée.

Résultats: 600 minutes d'entretiens ont été retranscrites en 1645 verbatims au décours de treize entretiens menés du 4 décembre 2020 au 15 avril 2021. La saturation des données a été obtenue au 11ème entretien et confirmée par deux entretiens supplémentaires. Les médecins assimilaient le surpoids à un symptôme sous-diagnostiqué pris en charge trop tardivement. Ils le corrélaient à la précarité et s'attardaient sur le rôle-clé des parents. L'opinion générale tendait vers la création d'un nouvel outil, numérique, sous forme d'application smartphone. Le contenu reprendrait les versants nutritionnel, activité physique, psychologique, motivationnel, socio-comportemental avec l'usage de vidéos explicatives. Une trame générale serait complétée d'objectifs fixés dans un cadre ludique ainsi que des « drapeaux rouges » de l'obésité. Les qualités de l'outil reposaient sur quatre axes: l'efficacité en rendant l'outil accessible, adaptatif et interactif. L'efficience par sa praticité, son ergonomie et le gain de temps procuré. La pertinence en le rendant gratuit, valide, confidentiel et attractif. La pérennité par sa promotion et son évolutivité. Il permettrait de structurer l'abord de la problématique du surpoids, la consultation initiale et le suivi tout en intégrant l'adolescent dans la prise en charge. Les personnalités influentes du monde des adolescents pourraient promouvoir l'application.

Discussion: Le smartphone est un outil de prévention potentiellement puissant possédé par la majorité des adolescents. Une application bien pensée peut être le support structurel, motivationnel et de coordination adéquat de la prise en charge. Sa réussite dépend de son pouvoir d'attractivité auprès des adolescents conjuguée à une ergonomie optimale auprès des soignants.

Mots-clés: Médecine générale, Surpoids, Adolescents, Prévention, Outil, Application.

DISCIPLINE : médecine générale

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UFR des sciences médicales de l'université de Bordeaux 146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex

ABSTRACT

Title: General practioners expectations and representations on the care of overweight teenager. Reflection based on the development of a work tool.

Objective: Bring out general practitioners expectations and representations related to the management of teenager overweight in order to discuss the interest of a dedicated tool.

Method: This was a qualitative study, by semi-directed individual interviews, with thirteen doctors from the Pyrénées-Atlantiques enrolled by the “snowball” method. An interview collection was created based on scientific littérature. The experience and practice of physicians were collected and the development of a work instrument and its acceptability discussed. Their transcriptions until saturation were carried out on the N'Vivo software.

Results: 600 minutes of interviews were transcribed into 1645 verbatims during thirteen interviews over December 4, 2020 to April 15, 2021. Doctors equated overweight to an underdiagnosed symptom treated too late. They correlated it to precariousness and highlighting parent’s key role. General opinion tended towards the creation of a new work tool, digital, as a smartphone application. It would structure the approach of excess weight, initial consultation and medical follow-up while integrating the teenager into the care. The content would take up the nutritional, physical activity, psychological, motivational, socio-behavioral aspects using explanatory videos. A general outline would be supplemented by objectives in a recreational framework as well as obesity « red flags ». The work instrument should be effective, practical, relevant and sustainable.

Discussion: A well-thought-out smartphone application could be the right structural, motivational, and coordinating support for overweight management. Its success would depend on its appeal on teenagers ensuring also optimal ergonomics for caregivers.

Keywords: Primary care, Overweight, Teenager, Prevention, Working tool, Application.