



HAL
open science

Protocole de coopération ASALEE concernant "le surpoids et l'obésité de l'adolescent" : regards croisés des médecins généralistes et infirmiers ASALEE de Picardie sur les difficultés de prise en charge

Pia Michel-Vernier

► To cite this version:

Pia Michel-Vernier. Protocole de coopération ASALEE concernant "le surpoids et l'obésité de l'adolescent" : regards croisés des médecins généralistes et infirmiers ASALEE de Picardie sur les difficultés de prise en charge. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04164644

HAL Id: dumas-04164644

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04164644v1>

Submitted on 18 Jul 2023

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2023

N° 2023-39

**PROTOCOLE DE COOPERATION ASALEE CONCERNANT
« LE SURPOIDS ET L'OBESITE DE L'ADOLESCENT » :
REGARDS CROISES DES MEDECINS GENERALISTES ET INFIRMIERS ASALEE DE
PICARDIE SUR LES DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE**

Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Le 12 Mai 2023

Par

PIA MICHEL-VERNIER

PRESIDENT DU JURY :

Monsieur le Professeur Djamel-Dine DJEDDI

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Henri COPIN

Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI

Madame le Docteur Anne SWEETVAEGHER

DIRECTRICE DE THESE :

Madame le Docteur Séverine FILLATRE

Remerciements

Monsieur le Professeur Djamal-Dine DJEDDI,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Pédiatrie)

Chef de Service de Pédiatrie Médicale et Médecine de l'Adolescent

Pôle « Femme – Couple – Enfant »

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude et de ma respectueuse considération.

Monsieur le Professeur Henri COPIN,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Histologie-Embryologie-Cytogénétique

Chef du Service de Médecine et Biologie de la Reproduction et CECOS de Picardie

Pôle « Femme-Couple-Enfant »

Responsable de l'UF de Cytogénétique du Laboratoire de Génétique Constitutionnelle

Pôle « Biologie, Pharmacie et Santé des Populations »

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie pour l'enthousiasme avec lequel vous avez accepté de faire partie de ce jury. Veuillez recevoir ici le témoignage de ma gratitude.

Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Médecine vasculaire

Chef du Service de Médecine Vasculaire

Je suis honorée par votre présence au sein de ce jury afin de juger mon travail. Soyez assurée de ma reconnaissance et de ma gratitude pour l'intérêt que vous y portez.

Madame le Docteur Anne SWEERTVAEGHER,

Pédiatre - Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Saint Quentin (Aisne)

Je te suis très reconnaissante d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Je te remercie également pour ton dévouement et tes précieux conseils au cours de mon semestre au sein du service de pédiatrie, indéfectiblement accompagnés de ta bienveillance et de ta bonne humeur. Je te prie de recevoir l'expression de mon profond respect et de mon amitié sincère.

Madame le Docteur Séverine FILLATRE,

Docteur Spécialiste en Médecine Générale

Ancienne Chef de Clinique Universitaire

Maître de Stage des Universités

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger ma thèse et je t'en remercie sincèrement. Je te suis aussi reconnaissante pour tes précieux conseils, et ton soutien au cours de ce travail. Merci également pour ta bienveillance tant professionnelle que personnelle lors de nos échanges. J'espère que tu trouveras ici le témoignage de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux médecins généralistes et infirmiers ASALEE enquêtés

Merci de m'avoir consacré une partie de votre précieux temps, sans vous ce travail n'aurait pas été possible. Merci pour la richesse de vos discours, votre accueil et votre gentillesse.

A tous les professionnels que j'ai pu rencontrer tout au long de mon apprentissage et encore aujourd'hui

Merci d'avoir contribué à construire le médecin que je suis aujourd'hui, et tout spécialement Stéphanie et Marie : merci. Merci d'être là, toujours disponibles tant sur le plan professionnel que personnel. Vous êtes devenues des amies chères.

A Antoine,

Quel chemin parcouru ! Merci de m'avoir encouragée dans cette voie qui m'appelait. Sans toi rien n'aurait été possible. Merci d'avoir été là, toujours, par ton soutien indéfectible, ta présence à mes côtés et ta foi en moi. Et au-dessus de toutes autres choses : merci pour nos trois magnifiques enfants et pour la vie que tu m'offres à tes côtés depuis presque la moitié de ma vie ! Ces quinze dernières années, le chemin a été long et périlleux à bien des égards... Mais nous y voilà : encore un premier jour du reste de nos vies... Nous avons encore beaucoup de rêves à réaliser, une page se tourne, et de nombreuses belles aventures sont à venir.

A mes enfants : Maëlle, Etienne et Lorraine

Vous avez été mes trésors, mes rayons de soleil, pendant toutes ces années... La source de mon énergie, de ma volonté, de mon envie de gagner. Je voulais que vous soyez fiers... de moi... Mais vous pouvez être tellement fiers : de vous ! Moi je le suis : vous êtes brillants, gentils, bienveillants, soucieux, je n'ai pas assez de mots... Merci de votre présence, de votre amour, de vos attentions et de vos petits mots glissés à l'oreille ou écrits sur des bouts de papier à découvrir chaque jour dans des bocaux « remonte moral ». Vous m'êtes essentiels. La vie n'est pas un long fleuve tranquille, et vous l'avez su tôt : ce sera votre force pour toute la vie. Vous grandissez trop vite, mais chaque jour passé à vos côtés me remplit de bonheur.

A Papa et Maman,

Merci pour tous les bons moments passés en famille à maintes occasions, pour un repas, un week-end ou pour des vacances tous ensemble. Ils ont été pour moi source de joie et un soutien nécessaire. Vous savez rassembler, merci pour ça et pour tout votre amour.

A mes frères Thomas, Martin et Edouard, et à ma sœur Margaux,

Bien que les beaux moments soient récurrents, on ne se voit pas encore assez souvent ! Chaque temps passé avec vous me rend profondément heureuse. Merci de votre amour et de votre soutien, merci d'être là.

A mes beaux-frères : Augustin, Edouard, Marco et Victor,

Et mes belles-sœurs : Daphné, Delphine, Dorothee, Estelle et Louise,

Vous êtes les pièces ajoutées de ma famille, vous êtes tous formidables ! Chacun à votre façon, merci d'être là vous tous aussi.

A Caroline et Ramuncho,

Merci de votre accueil récurrent pendant ces années passées à Amiens. Votre foyer a été source de bien être dans les étapes à passer.

A Amandine et Victorine,

Merci pour toutes ces belles années d'études, d'avoir toujours été là pour moi : « la maman ». Nos quinze années d'écart n'ont pas fait de différence pour moi, j'aime tous ces moments partagés avec vous : en cours, à la fac, en sport, les trajets... et surtout autour d'un verre ou d'un bon repas ! Merci pour votre soutien inaltérable, votre écoute, vos conseils, vos histoires, et vos fous rires qui me font tant de bien.

A Victoria,

Merci pour tous ces moments partagés notamment pendant notre internat, tu as été d'un grand soutien lors de cette période intense. Merci...

A mes bretons : André, Arnaud, Charlotte, Jérôme, Mélanie, Nelly, Nolwenn, Olivier,

Merci pour toutes ces belles vacances passées avec vous, depuis... Depuis tout ça ! Vous me donnez chaque été l'énergie nécessaire pour réattaquer une nouvelle année ! Et quelle joie de tomber « par hasard » sur vous au ski !! Que de bons souvenirs, de fêtes, de joie, de moments partagés, entre nous tous et nos enfants : quelle belle équipe ! Que du bonheur ! Merci d'être

toujours là, d'un soutien sincère et sans faille ! Merci de votre amitié sincère que je vous retourne. Vivement l'été prochain et les autres !

A mes amis de toujours : Anne-Florence, Antoine, Aurélie, Cyril, Jauffray, Jean-Baptiste, Julia, Marc, Marie, Martin, Maud, Mehdi, Pascal,

Vous aussi ça fait presque la moitié de ma vie que je vous connais ! Que d'années ont passé depuis le lycée pour certains, les études de pharma pour d'autres, ou encore notre rencontre grâce à Antoine ! On s'est vu passer les diplômes, se marier, devenir parents, évoluer, grandir, autour de moments partagés dans la joie, mais aussi dans les difficultés offertes par la vie. Votre amitié m'est si précieuse, chacun autant que vous êtes. Merci de cette amitié sincère.

A mes amis de Saint Quentin : Alexandra, Anne-Sylvie, Armelle, Catherine, Emmanuel, Jennifer, Mehdi, Olivier M, Olivier T, Régis

Notre rencontre est plus récente (quoique... les années passent !!), mais n'en est pas moins importante à mes yeux. Merci de votre présence, de votre soutien, de votre écoute, des belles soirées, de tous ces moments entre amis ! Tout ceci m'est très précieux, vous m'êtes précieux. Merci.

A mes bonnes étoiles, merci d'avoir bien veillé sur moi...

Table des Matières

I.	Liste des abréviations	13
II.	Résumé	14
III.	Introduction	15
IV.	Matériel et Méthodes	19
A.	Choix de la méthode	19
B.	Sélection des populations de l'étude	19
C.	Scripts d'entretiens	20
D.	Réalisation et retranscription des entretiens semi-dirigés	20
E.	Analyse des données/entretiens	21
F.	Méthodologie de la recherche bibliographique	21
V.	Résultats	22
A.	Caractéristiques des entretiens et des enquêtés	22
B.	Freins liés à la pathologie elle-même	23
1.	Maladie multifactorielle et complexe	23
2.	Pathologie non reconnue comme telle	25
3.	Pathologie banalisée et acceptée	25
4.	Pathologie taboue dans la société	26
C.	Freins liés à l'environnement extérieur	26
1.	Freins liés au manque d'intérêt pour la prévention	26
2.	Freins liés à la ruralité	29
3.	Freins liés à la précarité	30
4.	Freins liés à l'accessibilité aux soins spécialisés	31
5.	Freins liés à la crise du COVID	31
D.	Freins liés à l'environnement familial	36
1.	La famille de l'adolescent	36
2.	La relation entre l'adolescent et ses parents	41
3.	L'adolescent lui-même	42
E.	Freins liés au suivi médical de l'adolescent	46
1.	Suivi médical de l'adolescent : délaissé	46
2.	Adolescents : population oubliée ?	47
3.	L'obésité n'est pas un motif de consultation	48
F.	Freins liés au protocole lui-même	49
1.	Problématique	49
2.	Causes	50
G.	Prise en charge par les médecins généralistes	56

1.	La pratique médicale	56
2.	Abord de la pathologie par les médecins généralistes	60
3.	Création de l’alliance thérapeutique médecin-adolescent	63
4.	Adressage du médecin généraliste vers les infirmiers ASALEE	65
5.	Ressentis des médecins généralistes sur leur prise en charge	72
H.	Prise en charge par les infirmiers ASALEE	74
1.	Besoin de multidisciplinarité des IDE	74
2.	Abord de ce protocole par les IDE.....	75
3.	Création de l’alliance thérapeutique IDE-adolescent.....	78
4.	Difficulté dans le suivi.....	80
5.	Attentes et ressentis sur la prise en charge ASALEE	83
I.	Relations médecins généralistes – infirmiers ASALEE	86
J.	Pistes d’amélioration.....	87
1.	Valoriser la prévention	87
2.	Améliorer le recrutement.....	89
3.	Renforcer l’alliance avec les médecins généralistes	101
4.	Optimiser la formation	103
VI.	Discussion	107
A.	Validité de l’étude	107
1.	Forces de l’étude	107
2.	Faiblesses de l’étude	108
B.	Discussion des résultats de l’étude	109
1.	La problématique de l’absence de consultation	110
2.	La problématique en consultation (médicale et infirmière)	113
3.	La problématique du suivi	120
4.	Pistes d’amélioration.....	123
VII.	Conclusion	130
VIII.	Bibliographie.....	133
IX.	Annexes	139
A.	Annexe 1 : Courbe de corpulence du PNNS 2010 adaptée à la clinique (pour les filles)	139
B.	Annexe 2 : Guide d’entretien à l’attention des infirmiers ASALEE.....	140
C.	Annexe 3 : Guide d’entretien à l’attention des médecins généralistes	141
D.	Annexe 4 : Formulaire de consentement éclairé	142
E.	Annexe 5 : Entretiens, Verbatims (CD-ROM)	

I. Liste des abréviations

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

DPAES : Dépistage Précoce et Accompagnement de l'Enfant en Surpoids

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EAPA : Enseignant en Activité Physique Adaptée

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle (rapport du poids en kilogrammes sur la taille en mètres carrés : kg/m²)

IOTF : International Obesity Task Force

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National de Nutrition Santé

II. Résumé

Introduction : Le surpoids et l'obésité chez l'adolescent sont un problème majeur de santé publique. Les médecins généralistes et les infirmiers ASALEE sont des acteurs clés dans l'éducation thérapeutique qui est essentielle dans cet accompagnement. Pourtant, la prise en charge effective sur le terrain reste compliquée. L'objectif de ce travail était d'obtenir un regard croisé des professionnels sur les difficultés de prise en charge, et de trouver des pistes d'amélioration pour l'optimiser.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée en Picardie, au travers d'entretiens semi-dirigés menés auprès de neuf médecins généralistes et de dix infirmiers ASALEE travaillant en coopération.

Résultats : L'analyse des entretiens a mis en évidence trois axes de réflexion. Le premier est la rareté des consultations de l'adolescent ou dédiées à la prévention. Le second concerne les consultations en elles-mêmes (chronophage, abord complexe, alliance thérapeutique fragile, non-adhésion). Le troisième concerne le suivi (multidisciplinarité difficile à obtenir, influencée négativement par des facteurs extérieurs).

Discussion et conclusion : Ce travail a permis d'appréhender autrement la prise en charge de cette maladie. Ainsi, l'éducation thérapeutique devrait être mise en place le plus tôt possible, pour une prise de conscience de la maladie et l'obtention de consultations dédiées. Ensuite, l'adhésion des patients pourrait être acquise par une approche centrée sur la personne, au travers d'entretiens motivationnels. Enfin, la multidisciplinarité, essentielle, doit être mise en place, avec comme maillon principal le médecin généraliste et l'infirmier ASALEE.

III. Introduction

L'obésité infantile est un enjeu majeur de santé publique et est reconnue comme épidémie mondiale par l'OMS. Déjà en 2017, *The Lancet* publiait une étude sur les tendances mondiales de l'indice de masse corporelle, de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité de 1975 à 2016 (1) : l'OMS alertait alors sur les cas d'obésité chez l'enfant et l'adolescent qui avaient été multipliés par dix en quarante ans, et prévoyait qu'en 2022 le nombre d'enfants et adolescents obèses dans le monde serait supérieur à celui des enfants en poids insuffisant (2).

En France, la DREES révélait déjà en 2017, que 18% des adolescents en classe de troisième étaient en surpoids, dont 5% étaient obèses. La prévalence était en hausse, en particulier chez les filles (17% de jeunes filles en surpoids en 2009, dont 3,8% étaient obèses, contre 20% de jeunes filles en surpoids en 2017, dont 5,4% étaient obèses) (3).

De surcroît, la crise du COVID est venue amplifier le phénomène. Pendant le premier grand confinement de mars 2020, ainsi que lors des vagues successives qui impliquaient de nombreuses restrictions, les enfants ont été isolés, privés d'activités physiques. Bien souvent réduits à l'ennui, cette sédentarité imposée s'était manifestée par une majoration de leur temps d'écrans quotidien et de leurs apports alimentaires. L'étude COV-EAT réalisée en Grèce à la suite du premier confinement de 2020 le montre bien (4) : le poids corporel a augmenté chez 35% des enfants et adolescents confondus. Aussi, bien que l'étude ESTEBAN, réalisée à grande échelle entre 2006 et 2015, montrait une stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant sur ces 10 années en France (5), une étude récente a montré que la crise du COVID a eu un impact sur le statut staturo-pondéral des enfants de 4 ans : la proportion des enfants en surpoids était significativement plus importante en 2020-2021 comparativement aux années précédentes (6). Cette étude ne s'est pas penchée à ce jour sur le sort des adolescents, mais par extrapolation, on peut imaginer que l'impact de la crise du COVID sur le poids des adolescents a été également significatif. Il serait intéressant d'avoir de nouvelles statistiques quant à la réalité de ce fléau, d'autant plus que la probabilité qu'un adolescent pubère obèse le reste à l'âge adulte est de 50 à 70%.

En France, cette problématique de santé publique est déjà considérée depuis de nombreuses années. En effet, le Programme National Nutrition Santé (PNNS), dont les objectifs sont définis par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), a été créé en ce sens dès 2001. Le quatrième volet de ce programme (PNNS4, 2019-2023) est en cours, ayant toujours à cœur d'apporter de bons réflexes aux français pour mieux manger et bouger avec des orientations liées à

l'alimentation et l'activité physique de manière à rester en bonne santé. L'un de ses objectifs principaux est de diminuer de 20% le surpoids et l'obésité chez les enfants et les adolescents (7). Le bilan à mi-parcours du PNNS4, datant de mai 2021, vient renforcer cette volonté, d'autant plus que l'obésité est désormais connue comme facteur de risque majeur dans la morbi-mortalité de la COVID-19 (8).

L'obésité est une maladie chronique, multifactorielle, définie par l'OMS comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse, qui nuit à la santé ». Chez l'enfant et l'adolescent, on parle d'excès pondéral, ou de surpoids (incluant l'obésité), pour un Indice de Masse Corporelle, ou IMC, situé au-dessus du 97^{ème} percentile des courbes de corpulence françaises du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique (9) . L'IMC est un bon reflet de la masse grasse, il est normé selon l'âge et le sexe. Les seuils internationaux de l'IOTF (International Obesity Task Force) sont utilisés pour définir l'obésité infantile en France : l'obésité, définie comme une forme sévère de surpoids, débute à partir du seuil IOTF-30 (Annexe 1).

Le surpoids et l'obésité impliquent de nombreuses conséquences médicales : pathologies cardio-vasculaires, métaboliques, endocriniennes, respiratoires, troubles musculosquelettiques, troubles cutanés, cancers ; et psycho-sociales : troubles dépressif ou anxieux, troubles des conduites alimentaires, addictions, troubles du comportement, mauvaise estime de soi, moqueries, intimidation voire harcèlement de la part d'autrui (10) . Le surpoids et, a fortiori, l'obésité infantile sont associés à une augmentation du risque d'apparition prématurée de ces maladies.

Il est ainsi idéalement préférable de pouvoir repérer et prendre en charge les enfants le plus précocement possible, dès le dépistage d'un rebond d'adiposité précoce chez le jeune enfant (avant l'âge de 6 ans), ou par un changement de couloir vers le haut, par l'analyse régulière des courbes de corpulence. Pour autant, aux vues des dernières statistiques évoquées, nous ne pouvons que constater que le surpoids de l'adolescent reste bel et bien présent dans notre société : il est absolument nécessaire de poursuivre le dépistage dans cette population, et le médecin généraliste a tout son rôle dans cette mission d'accompagnement.

Néanmoins, il faut avoir conscience que pour l'adolescent, la prise en charge est encore plus complexe de celle du petit enfant : le surpoids, voire l'obésité sont souvent déjà installés de longue date, l'adolescent a son vécu par rapport à la maladie en elle-même, par rapport au regard, voire au jugement des autres, auxquels s'ajoutent les représentations différentes qu'il a

de son corps qui change. Et cela est sans compter sur la psychologie propre à cette classe d'âge, et la motivation, de manière générale, qui n'est pas toujours au rendez-vous.

Cette maladie est donc complexe, et ne se contente malheureusement pas d'un simple dépistage : la prise en charge est multiple. Si, évidemment, il faut prendre en compte la composante diététique, l'accompagnement en activité physique, la lutte contre la sédentarité, il faut également tenir compte d'une importante part psychologique et culturelle.

Dans ce cadre, l'ETP (Education Thérapeutique du Patient) peut prendre pleinement sa place dans l'accompagnement de ces jeunes en surpoids. L'ETP « vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (11) . L'ETP repose sur la décision du patient de se prendre en charge, il doit être acteur de sa maladie, tant dans l'analyse de ses besoins, que dans sa motivation à acquérir des compétences et à les soutenir dans le temps. Mais l'ETP, bien que passionnant, est très chronophage, mettant à mal la bonne volonté des médecins généralistes dans leurs pratiques.

Ainsi, l'association Action de Santé Libérale en Equipe ou ASALEE, fondée en 2004 dans les Deux-Sèvres par le Docteur Jean Gautier, médecin généraliste, avait pour origine la volonté de travailler en collaboration avec un infirmier au sein même du cabinet médical, afin d'aider les médecins généralistes à améliorer la qualité des soins pour leurs patients au quotidien. En effet, du fait de leur charge de travail trop importante, les médecins généralistes ne trouvaient pas le temps nécessaire pour se consacrer pleinement à l'ETP. Les protocoles de coopération permettent aux infirmiers de déroger à leurs conditions légales d'exercice en réalisant, en lien avec les médecins généralistes : le suivi de patients diabétiques de type 2, de patients à risque cardiovasculaire, de patients tabagiques à risque de BPCO, en incluant la rédaction et la signature de prescriptions types pour certains examens, la prescription et réalisation des ECG, ou encore de spirométrie. Leurs consultations permettent également le repérage des troubles cognitifs par la réalisation de tests de mémoire pour les personnes âgées (12) . Le dernier protocole de coopération développé par l'association ASALEE concerne « le dépistage précoce et l'accompagnement de l'enfant en surpoids ».

Le protocole de coopération ASALEE de suivi du surpoids infantile cherche à répondre à cette problématique en permettant aux jeunes patients de prendre conscience de leur pathologie et de l'appréhender au mieux : du petit enfant dès le rebond d'adiposité précoce, à l'adolescent jusque 17 ans inclus, le champ d'action est large, et différent selon l'âge. Plusieurs thèses avaient déjà

été réalisées concernant le petit enfant jusqu'à 12 ans (13,14). Compte tenu de leur jeune âge, les entretiens ou le questionnaire s'adressaient aux parents, concluant globalement à une réelle satisfaction dans la prise en charge de leur enfant par l'association ASALEE en collaboration avec leur médecin traitant. Dans une première version de ce travail, le chercheur avait voulu réaliser une thèse qualitative sur les ressentis et attentes des adolescents pris en charge dans le cadre de ce protocole, de manière à savoir s'il était adapté, et s'il pouvait être amélioré pour une meilleure qualité de soins.

Le commencement de cette recherche avait débuté en mai 2020. Malheureusement, après avoir pris, à plusieurs reprises, contact et avec l'ensemble des infirmiers ASALEE de Picardie, et avec les médecins avec lesquels ils coopèrent : force a été de constater qu'il n'y avait que trop peu d'adolescents pris en charge sur l'ensemble du territoire visé, ce protocole semblait difficile à mettre en place. Des prises de contact ont également été réalisées avec les infirmiers ASALEE du Nord et du Pas de Calais, pour voir si le problème venait de la région Picardie ou si la problématique était autre. Mais là aussi, toutes les réponses obtenues étaient négatives : pas de formation, protocole difficile, population difficile, peu d'échanges avec les médecins, burn out, perdus de vue ; tout ceci majoré, selon eux, par la crise du COVID.

Et pourtant, le sujet intéresse les adolescents. Une étude quantitative a été réalisée dans trois lycées de l'Arrageois en 2020 (15), portant sur plus de 1200 questionnaires. Cette étude a montré que les adolescents sont majoritairement favorables à la prévention de l'obésité en médecine générale.

La question qui se pose alors est : pourquoi ce protocole ne semble pas adapté à l'adolescent ?

Un regard croisé des médecins généralistes et des infirmiers ASALEE pourrait répondre à cette question et permettre de développer des pistes d'amélioration de la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent.

IV. Matériel et Méthodes

A. Choix de la méthode

Le choix de la méthode s'est porté sur une analyse qualitative, menée par entretiens individuels semi-dirigés avec les infirmiers ASALEE de Picardie d'une part, et les médecins généralistes des mêmes structures d'autre part.

Ce type d'étude est basé sur un processus inductif. Cela permet une analyse du verbatim à partir d'entretiens menés dans un cadre naturel, construits avec des questions ouvertes, au cours desquels la parole est libérée, les ressentis et attentes sont exprimés. Le verbatim correspond à un ensemble de mots ou de phrases cités par le participant. Cette analyse du verbatim permettra de faire émerger des hypothèses, ou d'expliquer certains phénomènes sociaux, et de faire apparaître des perspectives d'amélioration (16).

B. Sélection des populations de l'étude

Il s'agit d'un travail cherchant à appréhender deux visions pour une même question : la vision des médecins généralistes d'une part, et celle des infirmiers ASALEE d'autre part, concernant la prise en charge du « surpoids de l'adolescent » par le protocole de collaboration ASALEE.

Les critères d'inclusion pour les médecins généralistes étaient d'être inscrit au Tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins, et d'exercer dans une structure implantée en Picardie, qui bénéficie d'une collaboration avec un infirmier ASALEE.

Les critères d'inclusion pour les infirmiers étaient d'appartenir au réseau ASALEE, et de travailler en collaboration avec des médecins généralistes dans une structure implantée en Picardie.

Dans une démarche qualitative, l'échantillon n'a nul besoin d'être représentatif comme dans les démarches quantitatives : il s'agit de retenir un échantillon nécessaire à l'étude de la situation étudiée, en confrontant des points de vue et diversités d'expériences, jusqu'à saturation des données. La population cible était donc d'emblée restreinte au réseau ASALEE de Picardie.

La recherche de la population cible s'est faite tout d'abord par une prise de contact avec une infirmière du réseau ASALEE de Picardie, qui a pu fournir les coordonnées des 16 infirmiers ASALEE de Picardie par le biais de sa référente DPAES. L'ensemble des infirmiers ont été contactés, par téléphone et mail, afin de leur présenter le sujet. Les coordonnées de l'ensemble

des médecins travaillant en collaboration avec eux ont été récupérées, et des courriers leur avaient été envoyés à chacun personnellement dans la première version du sujet.

Lorsque le sujet a évolué, l'ensemble des infirmiers a de nouveau été contacté par téléphone et par mail. Sur les 16 infirmiers, 1 a permis de réaliser l'entretien test, 10 ont répondu par l'affirmative, et 5 ont décliné l'invitation au travail de thèse pour des motifs divers : protocole non traité, débordés, médecins inabordables ou d'emblée pas investis.

Les 10 infirmiers ont pris contact avec leurs médecins pour obtenir un entretien avec l'un d'entre eux. Il y a donc eu 9 médecins recrutés (une des structures travaille avec 2 infirmiers ASALEE). Les rendez-vous ont été pris aux horaires et lieux à leur convenance, le même jour pour chaque structure, de manière à ne pas communiquer entre eux entre les deux entretiens semi-dirigés individuels.

C. Scripts d'entretiens

Les guides d'entretiens (annexes 2 et 3) ont été préalablement élaborés et pensés avec des questions ouvertes qui servaient de trame, au travers d'une conversation qui se voulait libre et fluide. Des questions de relances ont parfois été utilisées selon la direction que prenait la conversation ou les réponses des interviewés. Le guide a été testé avec un infirmier et un médecin au préalable pour s'assurer de la bonne compréhension des questions. Le guide n'a pas changé au cours des entretiens menés.

Le plan des guides d'entretiens s'est voulu progressif dans la pensée, en abordant différents sujets pouvant expliquer cet insuccès du protocole. Les questions étaient adaptées selon qu'il s'agissait d'un médecin interrogé ou d'un infirmier, mais les deux guides d'entretiens se voulaient parallèles dans leur approche, pour pouvoir comparer les points de vue.

D. Réalisation et retranscription des entretiens semi-dirigés

Après accord écrit des personnes interrogées, au moyen d'un formulaire de consentement éclairé (Annexe 4), les entretiens ont été enregistrés sur support audio grâce au logiciel de dictaphone d'un téléphone portable.

Le nombre d'entretiens nécessaire n'a pas été fixé a priori. Les entretiens ont été arrêtés à saturation de données, c'est-à-dire lorsqu'il n'y avait pas de nouvelle idée apportée par rapport au précédent entretien.

Les entretiens ont ensuite été anonymisés (MG-1, MG-2, etc... pour les médecins ; et IDE-1, IDE-2, etc... pour les infirmiers) et intégralement retranscrits dans un langage parlé dans le

logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. La ponctuation a été adaptée de manière à faire ressortir les intonations. Les rires, soupirs ou silences ont été précisés en italique et entre parenthèses au moment de leur apparition dans le texte. L'ensemble de cette retranscription correspond à notre corpus, notre base de travail.

E. Analyse des données/entretiens

Le corpus a été analysé selon la méthode de la théorisation ancrée pour nous amener à un acte de conceptualisation (17) (18).

Une première lecture des entretiens a permis de faire ressortir des verbatims, qui ont été codifiés. Ces codes, ou étiquettes, ont ensuite été regroupés en catégories. La mise en relation des catégories constitue l'étape suivante afin de mieux comprendre le phénomène étudié. L'intégration nous a permis de cerner l'essentiel du propos. Enfin, la théorisation tente de construire la complexité du phénomène étudié (multi causal, multidimensionnel).

Les entretiens ont été relus une seconde fois pour parfaire l'analyse, et vérifier la saturation des données.

Cette analyse a été réalisée par l'investigateur. Aucun logiciel d'analyse de champ lexical n'a été utilisé. Une triangulation a été effectuée par une tierce personne afin de confirmer et enrichir le travail.

F. Méthodologie de la recherche bibliographique

Les recherches bibliographiques ont été effectuées d'une part via le catalogue SUDOC pour identifier les thèses de médecine générale concernant le surpoids et l'obésité infantile, plus particulièrement chez l'adolescent, et en lien avec l'association ASALEE.

D'autre part, les recherches ont été effectuées via la base de données Pubmed, le moteur de recherche Google et les sites de la HAS, du Ministère de la Santé, de Santé Publique France, et de l'OMS.

Le logiciel ZOTERO® a permis la réalisation de la bibliographie en respectant les recommandations VANCOUVER.

V. Résultats

Les entretiens semi-dirigés ont été menés entre janvier et mars 2022.

A. Caractéristiques des entretiens et des enquêtes

9 entretiens infirmiers et 8 entretiens médecins ont été effectués en présentiel ; 1 entretien infirmier et 1 entretien médecin a été effectué en distanciel à l'aide du logiciel ZOOM®.

Les entretiens avec les médecins généralistes ont duré de 15 minutes 50 secondes à 35 minutes 33 secondes, pour une durée moyenne de 25 minutes et 1 seconde.

Les entretiens avec les infirmiers ont duré de 21 minutes 9 secondes à 38 minutes 14 secondes, pour une durée moyenne de 27 minutes et 49 secondes.

Les caractéristiques de la population des médecins généralistes sont regroupées dans le « Tableau 1 », celles des infirmiers ASALEE dans le « Tableau 2 » :

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés :

<u>MG</u>	<u>Âge</u>	<u>Sexe</u>	<u>Année d'installation</u>	<u>Année collaboration ASALEE</u>	<u>Environnement</u>	<u>Structure</u>
MG-1	30-39 ans	F	2016	2020	Rural	Cabinet de groupe
MG-2	40-49 ans	M	2004	2020	Semi-rural	MSP
MG-3	50-59 ans	M	1995	2019	Semi-rural	Seul
MG-4	40-49 ans	F	2010	2019	Semi-rural	MSP
MG-5	30-39 ans	M	2014	2015 et 2020	Semi-rural	MSP
MG-6	30-39 ans	F	2019	2019	Rural	MSP
MG-7	20-29 ans	M	2021	2020	Semi-rural	MSP
MG-8	50-59 ans	M	1998	2019	Semi-rural	Cabinet de groupe
MG-9	30-39 ans	F	2020	2020	Semi-rural	MSP

Tableau 2 : Caractéristiques des infirmiers ASALEE interrogés :

<u>IDE</u>	<u>Âge</u>	<u>Sexe</u>	<u>ASALEE depuis</u>	<u>Environnement</u>	<u>Structure</u>
IDE-1	30-39 ans	F	2017	Rural	Cabinet de groupe
IDE-2	30-39 ans	F	2019	Rural	MSP
IDE-3	30-39 ans	F	2019	Rural	MSP
IDE-4	30-39 ans	F	2019	Rural	Cabinet de groupe
IDE-5	50-59 ans	M	2015	Rural	MSP
IDE-6	30-39 ans	F	2021	Rural	MSP
IDE-7	30-39 ans	F	2015	Rural	MSP
IDE-8	50-59 ans	F	2020	Semi-rural	MSP
IDE-9	30-39 ans	F	2018	Semi-rural	Cabinet de groupe
IDE-10	30-39 ans	F	2020	Rural	Cabinet de groupe et MSP

B. Freins liés à la pathologie elle-même

1. Maladie multifactorielle et complexe

Si l'alimentation est un élément essentiel et évident dans l'évolution de la maladie :

MG-3 : « Ah bah parce que quand il y a un surpoids, il y a forcément un... un problème alimentaire... ! Obligatoire ! »

Il n'en reste pas moins que bien souvent le surpoids est lié à d'autres problématiques (**MG-3**, **IDE-3**) :

IDE-3 : « Il y a vraiment 3 points qui rentrent en compte au niveau du... du surpoids ou de l'obésité, que ce soit chez l'enfant ou chez un adulte : il y a le côté, en effet, alimentaire ; il y a le côté activité physique, sportif ; et il y a le côté surtout psychologique »

a) Facteurs exogènes

Il paraît évident que le manque d'activité physique, la sédentarité, ou encore les troubles du sommeil favorisent la prise de poids (**IDE-2**, **IDE-7**, **IDE-9**, **IDE-10**) :

IDE-2 : « L'alimentation ça y fait, mais on parle aussi de l'activité physique, euh... on parle aussi du problème de l'écran, euh... les réseaux sociaux pour les ados [...], le fait qu'on soit inactif... euh le sommeil aussi... »

Le rythme de vie des adolescents est peu compatible avec une hygiène alimentaire équilibrée :

MG-2 : « Euh... régulièrement les ados euh... ont des rythmes euh... qui sont pas... qui sont pas adéquats, et donc l'alimentation va avec ! »

b) Facteurs psychologiques

Si le surpoids et l'obésité peuvent provoquer des désordres psychologiques, a contrario des facteurs d'ordre psychologiques jouent souvent un rôle clé dans l'apparition et l'évolution de la maladie.

(1) Le surpoids : reflet d'un mal plus profond

Ceci peut expliquer pourquoi il est si difficile de parler de cette maladie tout simplement :

MG-1 : « Après est-ce qu'il y a un truc plus profond, mais ils en parlent pas ? »

MG-6 : « Après est-ce qu'il s'en fout réellement ou pas ? Je sais pas... »

La composante psychologique est souvent présente mais non reconnue :

IDE-5 : « Très peu franchissent le pas d'aller... d'aller.... chercher là !! Beaucoup se centrent uniquement sur la.... la problématique alimentaire pour ne.... Pour euh... pour fuir la problématique psychologique !!

Le surpoids à proprement parler est souvent un problème secondaire à une pathologie psychologique sous-jacente (**MG-2**, **MG-3**, **MG-8**, **IDE-1**, **IDE-4**, **IDE-5**) :

MG-3 : « Le... les kilos de trop ne sont qu'un signe extérieur d'autre chose ! [...] La difficulté chez les jeunes, chez l'enfant, c'est qu'il y a la composante psychologique ! »

IDE-4 : « Et euh... parce que souvent, il y a quand même le côté psychologique aussi ... qui rentre pas mal en question, ... »

Derrière le surpoids peuvent se cacher :

- Des troubles du comportement alimentaire (**MG-2**, **MG-6**, **IDE-6**, **IDE-9**) :

MG-2 : « Il y a des histoires euh... personnelles, avec des troubles du comportement alimentaire euh...de type euh... euh boulimie euh... »

IDE-6 : « C'est plus euh... plutôt des... un rapport avec l'alimentation qui est compliqué, avec des pulsions alimentaires euh... du grignotage en cachette euh... »

- Ou encore un mal être avec des conduites addictives :

IDE-2 : « Où j'ai, j'ai découvert beaucoup de conduites addictives... où il y avait de l'alcool, où il y avait de la... de la drogue mis en place euh... il y avait énormément de choses, et il y avait ce problème de surpoids qui venait, avec une mauvaise image d'elle-même... »

(2) De cause familiale

Le mal être peut trouver son origine au niveau de l'histoire familiale (**MG-1**, **IDE-1**, **IDE-4**, **IDE-9**) :

MG-2 : « Souvent dans le cadre de surpoids, il y a des ... des histoires euh... ouais avec des vécus abandonniques... »

IDE-9 : « J'essaie de voir : est-ce que dans l'enfance, il y a eu enfin des... un souci ? Est ce qu'il faut pas creuser davantage ? »

(3) De cause sociétale

Le mal être peut également trouver son origine dans les interactions aux autres qui lui sont néfastes (**MG-3**, **MG-7**, **IDE-3**, **IDE-6**) :

MG-7 : « On peut pointer éventuellement du doigt comment ça se passe à l'école... ? Parce qu'en général hein... enfin, parfois, un... adolescent en surpoids fera peut être l'objet de moqueries... »

IDE-6 : « Et puis avec euh... du harcèlement scolaire, des choses comme ça aussi euh... »

2. Pathologie non reconnue comme telle

Un médecin a le sentiment que les familles ne se sentent pas impactées par le surpoids :

MG-1 : « Mais... mais bon, au final euh... j'sais pas si ça les atteint vraiment euh... »

Même si la prise de conscience du surpoids est effective, pour autant ce n'est pas considéré comme étant un problème de santé (**MG-1**, **MG-3**, **MG-6**, **MG-8**, **IDE-3**, **IDE-5**, **IDE-6**, **IDE-9**, **IDE-10**) :

MG-1 : « Comme c'est pas un truc qu'ils ressentent vraiment, ils ne se sentent pas malades, ils disent « bah ouais mais bon... moi j'étais bien comme ça, je vais rester comme ça ! » »

MG-6 : « J'ai l'impression que c'était pas forcément euh... un problème euh... même si je l'ai interpellé sur le poids, sur les complications, sur son IMC, etc... »

IDE-9 : « Et que peut être voilà, justement, le surpoids et l'obésité, pour eux, ça n'est pas un problème de santé... c'est possible aussi qu'ils ne se rendent pas compte... »

3. Pathologie banalisée et acceptée

Pathologie de plus en plus fréquente dans la société, si bien que pour certains, le surpoids est banalisé et bien vécu (**MG-1**, **MG-7**, **IDE-7**) :

IDE-3 : « Du coup, il y en a beaucoup, c'est ça euh... : « Oui, ... mais non ! Mais je suis bien dans mon corps ! Euh... C'est bon quoi ! J'accepte mes rondeurs !! »,... »

L'adolescent se sent « comme les autres », le regard des autres pèse moins, il n'y a pas de souffrance sociétale (**IDE-1**, **IDE-5**, **IDE-7**) :

IDE-7 : « Enfin, ... quand on va à la sortie des écoles euh... il y en a beaucoup ! Donc euh... ils sont peut-être moins montrés du doigt aussi ! Je sais pas mais euh... il y a un côté sociétal hein c'est sûr hein ! [...] Beaucoup moins complexés quoi !! »

L'obésité touche parfois l'ensemble de la famille (**MG-1**, **MG-3**, **MG-7**, **IDE-6**) :

MG-1 : « Elle a un frère, un grand frère, qui est pareil, qui en obésité morbide, et des parents qui sont quand même en surpoids »

MG-7 : « En général, c'est pas seulement le... l'enfant qui est en surpoids, il y a également ses frères et sœurs, mais surtout ses parents... »

Un infirmier va plus loin en parlant de reconnaissance sociale :

IDE-5 : « C'est des familles euh... où c'est même euh... on va dire, pour eux : la reconnaissance sociale ! [...] Euh... donc pour eux c'est une fatalité, c'est même pas une problématique ! C'est une marque de reconnaissance, c'est un mode de vie ! »

4. Pathologie taboue dans la société

Au contraire pour d'autres, du fait que le surpoids et l'obésité sont des maladies visibles, le regard porté sur eux est lourd, et ils se renferment (**MG-1**, **MG-7**, **IDE-1**) :

IDE-1 : « Et puis je pense que l'obésité euh... enfin le surpoids et l'obésité, c'est un sujet encore un peu tabou en France... on pointe du doigt ces gens-là, et du coup ils se renferment un petit peu parce que voilà... »

Ils ne veulent pas que l'on sache qu'ils ont un problème :

MG-3 : « Le 2e frein, c'est l'environnement sociétal, enfin : social du patient... [...] Là c'est un frein sérieux ! Ca dit que : « Moi docteur, je ne veux pas que Madame untel sache que ma gamine euh... et que je la fais suivre ! » »

Les familles craignent le jugement porté sur eux (**IDE-3**, **IDE-5**, **IDE-7**) :

IDE-3 : « Ben, c'est un peu... je pense qu'ils doivent avoir peur [...] Parce que on est dans une société quand même où.... On est de plus en plus dans le jugement quand même... Alors, de faire culpabiliser un peu les gens quoi... on doit être tous parfaits ! »

C. Freins liés à l'environnement extérieur

1. Freins liés au manque d'intérêt pour la prévention

a) A la maison

(1) De manière générale

Dans la population, on retrouve un certain « profil-patients » : les personnes intéressées par la prévention se soignent, celles qui ne le sont pas ne consultent pas (**MG-3**, **MG-6**, **MG7**, **MG8** et **MG-9**) :

MG-7 : « Ça sera toujours, d'une certaine manière, le haut du panier.... dans... dans ceux qui vont aller euh... voir l'infirmière ASALEE... Ceux, de manière générale, qui en ont rien à faire [...] aller voir un intervenant supplémentaire : ils refuseront quoi qu'il arrive ! »

MG-8 : « Après euh... c'est toujours un peu le même problème hein ! [...] C'est ceux qui en auraient le plus besoin qui ne font pas !! Ceux qui ont conscience de euh... la prévention, etc... s'intéressent à leur santé, donc ils vont venir !! Et ont détectera jamais rien.... Et ceux qui ont des vrais problèmes, ils vont pas venir, et on ne détectera pas »

(2) Aspects nutritionnels

Il y a, souvent, dans les familles une méconnaissance et un manque d'intérêt pour aspects nutritionnels adaptés (**MG-1**, **MG-2**, **MG-3**, **MG-6**, **MG-8**, **MG-9** ; **IDE-2**, **IDE-3**, **IDE-6**, **IDE-7**, **IDE-10**) :

MG-3 : « Puisqu'on voit quand même la responsabilité des parents souvent ! [...] Et puis après, il y a un échappement nutritionnel, c'est-à-dire qu'il y a des enfants ils bouffent n'importe quoi chez eux !! »

MG-8 : « Je pense que LE problème c'est euh... c'est la malbouffe et la sédentarité !! Des parents !! Donc les parents ils éduquent leurs enfants, comme ils ont été éduqués eux-mêmes !! »

IDE-6 : « Et les bases aussi euh... de l'alimentation euh... inculquées par les parents euh... n'est pas forcément euh.... c'est en fait [...] oui, à l'éducation des parents... »

IDE-10 : « Puis après, je trouve que c'est tout le côté parental aussi derrière !! Parce qu'il y a plein de choses à revoir avec les.... avec les parents ! Qui sont pas forcément au courant, eux non plus, de l'équilibre alimentaire... ! »

Et c'est ancré dans la famille :

MG-8 : « Ce que nous apporte la génétique, c'est la manière de manger !! C'est à dire que les parents sont gros parce qu'ils mangent beaucoup, et les enfants sont gros parce qu'ils mangent beaucoup, comme les parents... ! Et comme les grands-parents ! Et comme les... »

Souvent les grands-mères ont à cœur de bien nourrir leurs petits-enfants (**MG-2**, **MG-3**, **MG-6**)

MG-6 : « Ils vont pas à la cantine, ils vont manger chez mamie, ... et le... le menu euh... il est prêt euh toutes les semaines, c'est le même hein !! C'est euh... : le plat en sauce le lundi, le poulet frites le mardi, enfin voilà !! »

(3) Activité physique, sédentarité

Par ailleurs, la sédentarité prévaut malheureusement dans de nombreux foyers (**MG-1**, **MG-6**, **MG-8**, **IDE-1**, **IDE-9**) :

MG-6 : « Je pense que c'est la société de maintenant.... [...] Manque d'activité physique, alors ça c'est (rires) ... !! Et... et de la console euh... vidéo... [...] C'est vrai quand on demande aux jeunes s'ils font du sport :[...] « Oui, j'en fais à l'école ! » mais c'est pas... ils bougent pas... »

IDE-9 : « Enfin, à la maison, il en faisait très très peu donc euh... Beaucoup d'écrans euh... Donc après, voilà ... [...] Je trouve que c'est au niveau de l'activité physique où vraiment il y a un... un... énorme manque euh... »

b) A l'école

L'école est pointée du doigt pour son investissement insuffisant dans la prévention, que ce soit :

- Pour prôner l'équilibre alimentaire :

IDE-10 : « Enfin, je vois l'équilibre alimentaire et tout, maintenant : on les voit plus à l'école !! [...] C'est important, parce que les gamins ils savent euh... pour eux une pomme de terre c'est un légume quoi ! »

Avec une vraie carence dans l'enseignement secondaire :

IDE-3 : « Bon, ça se fait un petit peu au niveau scolaire hein quand même, l'équilibre alimentaire, tout ça... [...] C'est vrai que euh... moi, je vois mes enfants sont au collège, et euh... non... je pense que ouais, on reste sur le côté primaire, et je pense qu'après on doit se dire : « Bah voilà, ça a été fait, du coup euh... » Ouais... Pas tellement de prévention ouais »

- Ou pour préconiser l'activité physique (**IDE-1**, **IDE-7**, **IDE-9**) :

IDE-7 : « Euh... un problème de société dans le sens où je trouve ça regrettable qu'à l'école, il y ait de moins en moins d'activité physique.... et euh... on met plus du tout en avant euh... ouais... je trouve ça un peu dommage ! Parce que le meilleur médicament : c'est quand même l'activité physique !! »

Remettre plus de prévention à l'école serait une bonne chose :

IDE-10 : « Ça c'est vrai que ça serait bien de... de remettre ces trucs comme ça là, de prévention sur déjà : l'équilibre, l'activité physique, et ce genre de chose ! Ça pourrait certainement faire du bien à nos jeunes aussi euh... »

c) Chez les médecins

Selon deux infirmiers (**IDE-5**, **IDE-9**), certains médecins privilégient le curatif :

IDE-9 : « J'ai vraiment l'impression qu'il a une patientèle qui... qui vient vraiment pour euh... pour... enfin : c'est du curatif ! C'est... : ils viennent, ils veulent un traitement, et c'est tout, et ça s'arrête là. Et alors lui, c'est son fonctionnement, mais les patients qui vont le voir, forcément, c'est ce qu'ils attendent aussi ! »

2. Freins liés à la ruralité

a) Difficulté liée à la distance

(1) Accessibilité aux soins

Les structures interrogées sont localisées en ruralité ou semi-ruralité. L'accessibilité aux soins est difficile pour les patients (MG-6, MG-7, IDE-1, IDE-5, IDE-8, IDE-10) :

MG-7 : « Le souci qu'on a ici, c'est qu'on a pas de pédiatre avant la grande ville [...] et qui représente 40 minutes de route pour y aller... »

IDE-1 : « Souvent on essaie de renvoyer psychologue, sophrologue, diététicienne également, ... Euh... Après, voilà, je, nous dans le milieu rural on va dire, c'est un petit peu plus compliqué, parce qu'on est loin des hôpitaux, des centres euh... Voilà... »

(2) Accessibilité à la restauration de qualité

L'offre de restauration paraît être de moins bonne qualité nutritionnelle que dans les grandes villes :

MG-7 : « Après aussi on est [...] en milieu rural, euh.... donc les... ce qui est accessible, ne serait-ce qu'en terme de restauration, ce sera un McDonald, des kebabs et des pizzerias ! »

b) Difficulté de faire le lien avec les autres professionnels

Pour les infirmiers, le fait d'être éloignés des spécialistes, paramédicaux ou unités spécialisées dans le surpoids est un frein à la prise en charge. Faire le lien est difficile.

IDE-1 : « Après je pense que nous, en milieu rural, le côté le plus compliqué, c'est de faire le lien avec tout le monde [...], ben j'ai envie de dire campagne et ville, ... Parce que tout ce qui est « prise en charge l'obésité », on voit bien c'est plus en ville »

c) Mentalité de la ruralité

Il s'agit de populations dures, qui ont pour habitude de régler leurs problèmes seuls (MG-1, MG-7, IDE-1, IDE-6) :

MG-1 : « Euh... Mais alors je sais pas si c'est parce qu'on est en milieu rural ? J'en sais rien hein... mais euh ils ont du mal déjà à réaliser qu'il y a un problème en fait, et faire ce qu'il faut pour régler le problème en fait... »

IDE-1 : « En milieu rural les gens ont plus de mal à aller vers... »

Et souhaitent rester discrets dans leur environnement de proximité :

MG-3 : « Parce qu'ils se connaissent tous !! Le problème, c'est que c'est un grand... euh une petite ville, un grand village ici !! Tout le monde connaît tout le monde, donc : « Est-ce que on le fait ? On le fait pas ? » donc vaut mieux qu'on aille à XXX... et c'est toujours mieux ! »

3. Freins liés à la précarité

De manière générale, la précarité sociale dans son ensemble est défavorable :

MG-8 : « Je pense que c'est un ensemble : il y a euh... le milieu social, qui est... défavorisé, qui est... qui est un facteur de risque il me semble... »

a) Précarité financière

(1) Alimentation

L'alimentation de bonne qualité avec des valeurs nutritionnelles adéquates coûte cher :

MG-7 : « Après on pourra euh... aussi évoquer euh... les finances... On est dans un secteur, sur le plan social, assez précaire, et [...] ça coûte moins cher de manger des... de, de la malbouffe, que de... des, une bonne alimentation... »

(2) Déplacement

On note une certaine précarité financière qui est un frein pour se rendre dans les villes pour se soigner, par manque de moyen de locomotion (**MG-7**, **IDE-1**, **IDE-10**) :

MG-7 : « Beaucoup de gens ne sont pas véhiculés »

IDE-1 : « Mais voilà on en revient toujours à euh... le côté locomotion etc... qui n'est pas toujours évident... »

(3) Consultations paramédicales

Également, pour avoir une bonne prise en charge globale, les consultations de diététiciennes, psychothérapeutes ou autres paramédicaux seraient intéressantes mais ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale.

MG-6 : « Après le frein ça reste aussi le coût financier... »

IDE-1 : « Ben par exemple tout ce qui est [...] : psychologie, sophrologie, ce sont des choses qui actuellement ne sont pas remboursées... [...] Les parents veulent bien une prise en charge, mais... ça peut être financièrement très compliqué... Donc en fait à cause de ça, ils ne vont pas faire suivre leur enfant euh... voilà... »

Cependant pour les personnes ayant une bonne mutuelle, ces soins paramédicaux peuvent être pris en charge :

IDE-7 : « Après, il y a la psychologue, c'est pas un frein quand c'est pris en charge par la mutuelle... »

Et la CPAM rembourse depuis avril les consultations par les psychologues conventionnés « MonPsy », conditionné par l'adressage du médecin généraliste :

MG-6 : « Les parents nous demandent une ordonnance, de prise en charge, mais euh... il faut que le... le ou la psychologue soit conventionné, et il y en a pas beaucoup qui sont conventionnés »

b) Précarité intellectuelle et culturelle

La population des secteurs étudiés est plutôt précaire intellectuellement et culturellement, leur santé n'est pas une priorité (**IDE-5, IDE-8**) :

IDE-8 : « On est dans une population qui est t
ellement euh... en désarroi culturellement, intellectuellement, socialement, que euh.... je pense qu'ils ont d'autres choses à.... à gérer malheureusement... [...] en tous cas, c'est pas un problème prioritaire... »

4. Freins liés à l'accessibilité aux soins spécialisés

a) Délais de rendez-vous trop longs

Les délais de rendez-vous chez les spécialistes sont très longs (**MG-6, MG-7, IDE-10**) :

IDE-10 : « Et puis les délais sont trop longs quoi ! [...] C'était un délai de 4 mois !! Donc elle dit : « Moi, je peux pas attendre euh... 4 mois !!! Je sais pas comment ça sera dans 4 mois ! »

Le protocole ASALEE est alors proposé en support :

IDE-10 : « Donc nous on les voit entre 2... enfin en attendant... [...] Donc euh... du coup, je vais le voir en.... en support ! »

b) Disponibilité des parents

Les parents sont peu disponibles :

IDE-10 : « Puis c'est souvent sur les jours de repos aussi des parents.... Au niveau de la logistique derrière, pour beaucoup c'est pas facile hein... pour les parents c'est... c'est hyper compliqué ! »

5. Freins liés à la crise du COVID

a) Impact sur le surpoids des adolescents

Les professionnels de santé constatent qu'il y a eu une augmentation manifeste du nombre d'adolescents en surpoids dans notre société depuis la crise du COVID (**MG-1, MG-4, MG-6, MG-9, IDE-1, IDE-2, IDE-3, IDE-4, IDE-10**) :

MG-4 : « Je dirais que ça c'est un petit peu aggravé pendant le COVID les enfants qui étaient un petit peu obèses, ... parce qu'ils ont fait moins d'activité, ils étaient tout le temps chez eux »

IDE-2 : « Parce qu'en effet, on s'est aperçu que pendant le confinement, il y a eu beaucoup d'enfants qui ont pris du poids... »

IDE-3 : « Une chose est sûre : c'est qu'il y a plus de ados en surpoids à cause du COVID ! »

Ils s'attendaient donc à avoir plus de suivi d'adolescents (**IDE-1**, **IDE-3**) :

IDE-1 : « Je pense que le COVID va faire que on devrait avoir encore plus d'adolescents à suivre en consultations... qu'on n'a pas... »

b) Impact sur le protocole

Et pourtant, les médecins généralistes, tout comme les infirmiers ASALEE, pensent que la crise du COVID n'a rien changé pour ce protocole : il n'y a pas plus d'adolescents pris en charge (**MG-1**, **MG-4**, **MG-5**, **IDE-2**, **IDE-3**, **IDE-4**, **IDE-5**, **IDE-6**)

MG-1 : « Le problème il était là bien avant le COVID ! [...] Le COVID, c'est sûr, il aide pas [...] mais c'est pas le problème principal : le problème il est déjà, il était bien ancré... »

IDE-3 : « Est-ce que on en aurait eu plus ? (silence) Euh...Franchement... ? Je pense pas ... Je pense pas... parce que ça... ça reste euh...compliqué ! Ça reste vraiment, ouais, un sujet... je pense pas, ... je le ressens comme ça !!! »

IDE-5 : « Je pense que ça change rien sur ce protocole là uniquement... Ça n'a pas aidé, ça c'est sûr ! Mais.... comme on en était déjà à 0 avant ! »

Ou, si certains ont été pris en charge, en définitive les parents ont jugé que cela était temporaire et ont arrêté le suivi (**IDE-2**, **IDE-3**) :

IDE-2 : « Parce que c'est vrai qu'au retour du confinement il y a 2 ans, [...] on a eu quelques suivis, mais peu d'enfants sont restés dans nos suivis, puisque les parents ont estimé qu'il n'y avait pas nécessité, que c'était à cause du confinement, que ils allaient reprendre les choses en mains, ... »

Par contre, ils notent que la crise du COVID est un frein supplémentaire (**MG-1**, **IDE-5**) :

IDE-5 : « Je pense que c'est un frein supplémentaire, certes ! Mais que ça n'a pas changé ! Puisque, avant, on était déjà dans le.... dans l'impasse. Donc on y est toujours ! Peut-être encore un peu plus !! »

La crise du COVID a eu un fort impact dans leur quotidien, leurs projets et leur organisation avec les médecins généralistes, et les mentalités ont changées :

c) Impact sur l'organisation du travail

(1) Mise en route difficile

Certains des infirmiers sont installés depuis peu, et notamment pendant la période COVID (**IDE-4, IDE-10**) :

IDE-10 : « Je suis infirmière ASALEE depuis 2020... [...] Cette année-là, du coup c'était un peu compliqué !! »

Il en est de même pour certains jeunes médecins :

IDE-7 : « En fin mars 2020, en plein COVID !! Donc euh.... enfin, les nouveaux médecins, ils sont en train de créer la patientèle, ils sont en train de créer leur alliance thérapeutique, donc euh.... ils peuvent pas faire tout en même temps !! »

(2) Diminution du nombre des rendez vous

(a) Due au confinement

Les patients étaient confinés et ont restreint leurs prises de rendez-vous :

IDE-8 : « Les patients ils ont pas pu venir ! [...] Euh... entre les confinements, les reconfinements, les déconfinements... ils sont euh... ! Enfin voilà ! »

(b) Due à la peur du COVID

Les patients craignaient le COVID et fuyaient les endroits à risque (**MG-3, MG-5, MG-7, MG-8, MG-9, IDE-6, IDE-7**) :

MG-3 : « Ils avaient peur du COVID !! »

MG-5 : « Ils voulaient limiter au maximum les interactions, et peut être encore plus avec des professionnels de santé parce que c'était peut-être plus des endroits à risques ! »

(c) Due à la réorganisation du travail

Des professionnels de santé :

IDE-8 : « Là aujourd'hui je suis en ASALEE.... Et je... Voilà... Vous faites des vaccins... ? Oui.... Et c'est... C'est ça euh 60% de mon temps ASALEE... c'est soit ça, soit les PCR... Forcément c'est pas euh... C'était pas le but de la manœuvre... ! »

Mais également des patients (ou des parents des patients) :

MG-8 : « Parce que les gens ils ont eu autre chose à penser, parce que ils sont débordés, parce que... ils sont en télétravail »

(3) Difficulté de coopération avec les médecins

(a) Chronophagie du COVID

La crise du COVID a été très chronophage pour tous les professionnels de santé (MG-2, MG-4, MG-6, IDE-6, IDE-7, IDE-10) :

MG-2 : « Peut-être ... lié à... au contexte euh... sanitaire... C'est-à-dire euh... on est tellement obnubilé par la COVID et par... et puis par le tout-venant que.... Euh... je me rends bien compte que... j'ai l'esprit moins disponible pour des motifs extérieurs aux motifs pour lesquels les patients viennent... »

IDE-7 : « Le COVID c'est compliqué quand même hein ! Ils sont surchargés, [...] donc euh... là j'ai quand même moins de... « d'envois » entre guillemets, ils pensent pas forcément à m'envoyer des patients là actuellement... »

(b) Espacement des réunions IDE-MG

De ce fait les réunions ont été espacées (IDE-2, IDE-10) :

IDE-10 : « Alors là, avec le COVID, avec tout ça, ça fait un moment que j'en ai pas fait parce que du coup... »

(4) Difficulté dans la prise en charge des patients

De ce fait, la prise en charge globale des patients était compliquée (MG-2, IDE-4, IDE-9, IDE-10) :

MG-2 : « Ouais, c'est un frein MAJEUR là depuis maintenant plus.... ouais quasiment deux ans quoi... donc euh... donc après la prise en charge globale du patient est moins bonne ! »

IDE-4 : « Parce qu'il y a eu le COVID, donc le... les suivis ont été un peu arrêtés... ! Enfin... Il y a... je pense, qu'il y a pas eu la même observance qu'on aurait pu avoir s'il y avait pas eu le COVID quoi ! L'alliance elle s'est pas créée de la même façon euh... »

d) Impact sur les projets en cours

L'organisation d'une réunion en soirée entre médecins et infirmières était prévue :

IDE-4 : « On avait l'idée de faire, justement, pour redynamiser, une soirée avec médecins généralistes et infirmières [...] Donc ça, c'était ce qui était organisé... mais à cause du COVID, ça a été : annulé !!! »

Des projets de collaboration avec des spécialistes de la prise en charge de l'obésité étaient en cours avant la crise du COVID et n'ont pas pu aboutir (IDE-3, IDE-4) :

IDE-4 : « On avait rencontré la coordinatrice euh... qui gère sur la Picardie le surpoids chez l'enfant, ... qui avait été très intéressant euh... malheureusement avec le COVID euh... Pfff... c'est toujours un peu compliqué de remettre les choses en place »

En janvier 2022, au moment de la réalisation des entretiens, les infirmiers voulaient mettre en place des prises en charges collectives, mais les protocoles sanitaires l'interdisaient (**MG-1**, **IDE-3**) :

IDE-3 : « J'aimerais bien faire des prises en charge un peu collective... mais, [...] avec le COVID euh... c'est compliqué ! »

e) **Impact dans la prévention**

La crise du COVID a créé des changements dans les priorités des patients de manière générale, et la prévention a été mise au second plan (**MG-3**, **MG-5**, **MG-7**, **MG-8**, **IDE-3**, **IDE-8**, **IDE-10**) :

MG-5 : « Pendant le... le COVID, eux ils ont une chute d'activité parce que je pense que... la partie prévention faisait plus partie de la priorité des patients quoi !! »

IDE-8 : « Euh... les patients ils disent que ils ont d'autres chats à fouetter ! [...] Les patients ne se retrouvent pas dans la nécessité de continuer leur euh... leur suivi... parce qu'il y a plus urgent ! Parce que après tout, bah.... On est dans un tel contexte sanitaire que ben... c'est plus la priorité... »

Il en est de même dans la pratique médicale :

MG-7 : « Disons que... il y a certains actes de prévention qui euh... sont pas vraiment à l'ordre du jour... [...] C'est encore compliqué euh... à cause du temps... clairement [...] On a essayé malheureusement de hiérarchiser, ce qui était le plus important... »

IDE-10 : « Donc euh.... Le surpoids, le diabète, euh... Enfin tout ça : ça leur passait par-dessus la tête pendant ces périodes-là ... ! »

f) **Impact sur la motivation patient**

Tous les blocages engendrés par la COVID ont provoqué une baisse de motivation des patients (**IDE-4**, **IDE-9**) :

IDE-9 : « Avec cet ado-là, j'avais... on a vu une petite perte de poids, euh... donc forcément, il était content, il était motivé euh... et puis euh... bah Pfff... alors, je sais plus si c'était juste avant ou au milieu du COVID, mais voilà ! Il y a eu une.... reprise de poids et.... et donc, bon après, je pense que y'a une... y'a une démotivation et puis euh... »

g) Impact dans les changements de mentalité

Le confinement a impliqué des privations, il en ressort un besoin de liberté et de plaisirs, dont font partie la nourriture en quantité :

IDE-2 : « Et encore plus depuis qu'on est sorti de la COVID je trouve [...] ils ont été bouleversés par... par par cette... par cette COVID, et que du coup c'est compliqué à vivre »

D. Freins liés à l'environnement familial

1. La famille de l'adolescent

a) Problème de la prise en charge familiale

L'adolescent n'est pas seul, il fait partie d'une famille, et la prise en charge ne peut être que globale (**MG-2, MG-3, MG-7, MG-8, IDE-5**)

MG-2 : « Donc c'est pas l'ado seul, mais c'est vraiment dans sa globalité, euh... en fonction des contextes familiaux, sociaux : [...] En fait, on se retrouve devant un... un complexe ado-famille, histoire personnelle euh... qui fait que c'est vrai... que c'est chaud quoi ! »

IDE-5 : « Alors les freins, bah c'est déjà : l'environnement ! Euh... c'est une problématique qui touche autant les parents que les enfants ! »

Or, souvent, il n'y a pas d'alliance familiale autour de l'adolescent (**MG-1, MG2, MG-7, MG-8**) :

MG-1 : « Ou alors bon bah « On va pas tous se priver de soda ! » bah ouais ! Mais si ! [...] Enfin déjà voilà, je trouve que euh... il y a un problème, souvent les parents qui ont du mal [...] à se dire « Ben on va pas restreindre toute la famille, parce que lui il a un problème de poids »

MG-8 : « Je l'ai vu hein !! [...] Et les gens revenaient euh... bizarrement, en disant : « Bah lui il a mangé des légumes et nous on a mangé des pâtes ! » N'importe quoi quoi !!! »

Et la prise en charge est vouée à l'échec :

MG-7 : « J'insiste sur le fait que ce soit des thérapies plutôt familiales, pour que l'alimentation elle concerne tous les proches, ... [...] Si vous faites suivre votre enfant, uniquement pour lui, [...] il va se sentir puni... [...] ... C'est pas l'objectif... »

b) Problème lié aux ressentis du parent

La mise en exergue d'une problématique en rapport avec son enfant réveille chez les parents un ensemble de sentiments négatifs :

Cela peut être une simple appréhension (**IDE-1**, **IDE-9**) :

IDE-9 : « Mais après tant qu'ils ont pas tenté, en fait, l'expérience.... Voilà... c'est pas forcément... c'est difficile de se rendre compte de ce que ça va... donner ! Et à quoi s'attendre... »

Une gêne, une situation inconfortable :

IDE-3 : « De réussir aussi euh... mettre à l'aise les parents »

Un sentiment d'être attaqué :

MG-2 : « C'est à dire que régulièrement euh... Euh les parents euh... se sentent attaqués ! Dans le sens qu'ils ne savent pas prendre en charge l'enfant... »

Une réticence profonde de la famille (**MG-1**, **MG-5**, **IDE-2**, **IDE-5**) :

MG-5 : « Qu'est ce qui fait que ça bloque un moment ? Est-ce que c'est les parents qui disent euh... »

IDE-2 : « Après, il y a des parents qui sont très réfractaires... et ça c'est compliqué... »

Parfois la culpabilité est présente (**MG-8**, **IDE-1**, **IDE-3**, **IDE-5**) :

MG-8 : « Après c'est... délicat ! quand même pour les parents hein... c'est quand même euh... c'est délicat à comprendre... et à... et à accepter hein ! Une forme de culpabilité euh... »

IDE-1 : « Une maman qui culpabilisait énormément, elle pensait que ça venait d'elle etc... »

Allant jusqu'à la blessure (**IDE-2**, **IDE-7**) :

IDE-2 : « J'ai l'impression que quand on leur dit les choses, les parents ça les blessent en fait »

Qui implique inévitablement des blocages :

MG-9 : « Il y aura des blocages qui viendront des parents !! Mais parce que c'est difficile pour eux !! »

Ceci peut s'expliquer parfois par une propre situation d'échecs antérieurs :

MG-9 : « Si... eux-mêmes ont des échecs, des situations d'échec euh... »

c) **Problème psychologique**

Il y a parfois un équilibre familial compliqué :

IDE-10 : « Donc euh... quand la structure déjà, familiale, elle est compliquée.... bah je pense que derrière euh... nous euh, on aura beau dire euh... »

Et tout simplement des réactions humaines face à la maladie :

(1) De déni

Les parents peuvent être dans le déni, et c'est un frein important (MG-7, MG-9, IDE-4) :

MG-7 : « Alors les freins à la prise en charge, ça va être essentiellement : le déni... »

(a) **Déni de la réalité de la maladie**

Il n'y a parfois pas conscience de la maladie ou même du surpoids (MG-1, MG-2, MG3, IDE-1, IDE-3, IDE-8) :

MG-3 : « Les gens euh... il y a l'inconscience familiale hein !!! ... de l'obésité.... Il y a une inconscience ! [...] Pour eux, c'est normal !! [...] Il y a un déni de la réalité ! »

IDE-1 : « Il faut pouvoir arriver à déjà faire prendre conscience à l'adolescent et aux parents, que voilà il y a des soucis, qui sont forcément lié à l'état de l'enfant aujourd'hui »

Se pose également le problème de la représentation de son enfant, avec des parents qui minimisent l'évidence (MG-2, MG-3, MG-8, IDE-2, IDE-3, IDE-6) :

MG-2 : « Sans compter ceux qui nient, qui disent « il est très bien comme ça ! » etc... »

IDE-2 : « Il y a des parents qui sont très... euh... qui sont toujours en train de dire « mais c'est pas très grave » euh, c'est... toujours en train de minimiser les choses »

(b) **Déni de l'origine de la maladie**

Et quand la pathologie est reconnue, se présente le problème du refus de son origine, notamment la part psychologique :

IDE-4 : « Mais les gens ont quand même beaucoup de mal, pour eux, c'est vraiment dans l'assiette, la nourriture ! Alors oui ! Mais il y a pas que ça quoi.... et ça c'est pas toujours facile, pas facile à faire passer ! [...] Et la maman elle ne l'entend pas ! »

(2) De répression

Les parents refusent tout simplement d'en parler pour se protéger, ou alléger leur responsabilité (MG-1, MG-3, MG-4) :

MG-3 : « Bah ouais ! C'est... Ou il y a un refus peut être... ? Ils le voient, mais c'est un refus !! »

Ou refusent de comprendre :

MG-9 : « La... la... les fois où ça fonctionne pas, c'est que je me suis rendu compte que ben il y avait une... une, une... enfin, une incompréhension... Enfin... une interprétation peut être de... de ce qu'on leur disait et... »

(3) De projection

Une autre forme de mécanisme de défense psychique est la projection.

La personne reporte sur l'autre un fait pour ne pas avoir à l'affronter :

- Soit sur l'adolescent lui-même, qui est le seul responsable (MG-1, MG-2, MG-8, IDE-6) :

MG-1 : « Soit c'est parce qu'il mange mal, c'est « oui ben il mange, il mange que des bonbons, il mange que des gâteaux, il mange que des chocolats ! » et c'est de sa faute à lui... »

MG-8 : « Culpabilité parfois d'ailleurs qui est euh... qui est euh... repoussée ! C'est-à-dire que : « c'est quand même pas de ma faute si il est gros ! Il a toujours été gros ! » »

- Soit sur le professionnel de santé, qui apparaît comme une excuse pour ne pas reprendre rendez-vous :

IDE-4 : « Euh le médecin il lui a dit que... elle était grosse ! » [...] Et en fait non, mais c'est que la maman, elle a pris ça en pleine face ! Alors que je pense que le médecin, avec toute sa bienveillance, lui a dit euh : « Attention euh... Hors courbe euh... » »

Ou la personne se conforte dans des comportements inappropriés :

MG-9 : « Je vois : il y a un enfant qui venait souvent pour des angines, et je lui disais : [...] « Donc bon ben, là, tu peux manger des glaces ! Voilà, si y'a que ça qui passe, tu peux ! » ... et du coup, en fait IDE-XXX, elle a vu après en... (rires !!) Et puis il mange tout le temps des glaces !!! (rires...)

d) Problème motivationnel

(1) Par rapport au changement

Face à l'importance des changements à mettre en place :

MG-9 : « Mais il y a tellement d'adaptation à faire derrière, mais euh... Oui, c'est ça, les changements d'habitudes ! »

C'est comme une fatalité (MG-1, IDE-5) :

IDE-5 : « Je pense qu'il y a pas vraiment de réelle volonté de... de changer, ou de comprendre la... la... la... la problématique ! »

Une incrédulité et de ce fait une inaction :

MG-8 : « C'est à dire que.... il y a des freins dans la famille qui n'y croit pas euh... ! Qui ne croit pas que c'est la même bouffe et que c'est la sédentarité qui font que.... ils sont gros, parce que justement, ils ont toujours été gros dans toute la famille depuis des générations quoi ! »

(2) Par rapport à la prise en charge

Il n'y a pas de motivation pour prendre un rendez-vous de prévention spécifique :

MG-1 : « *Donc en fait, je crois que de prendre un rendez-vous spontanément, pour entre guillemets [...] « pour un problème de poids », [...] ils vont pas forcément faire l'effort de... [...] pour dire « bon bah voilà aujourd'hui je viens pour une consultation de prévention ». »*

Lorsque les médecins abordent le sujet au cours d'une consultation, au retour à la maison, les médecins constatent une certaine passivité :

MG-1 : « *Même s'il y avait sa maman et qu'on a essayé de... [...] Bah... Pareil euh... voilà... il se passe pas grand-chose... »*

Même si la proximité de l'infirmier ASALEE devrait faciliter les choses :

MG-1 : « *Alors maintenant nous on essaie bah... au max de bah de recruter enfin, en tout cas, de lui adresser des, des patients ! C'est pas toujours facile, [...] et pourtant il y a pas grand-chose à faire, il y a juste à monter un escalier euh... »*

(3) Par rapport aux habitudes alimentaires

Il n'y a pas d'effort de la part des parents pour veiller au bon équilibre alimentaire (**MG-1**, **MG-2**) :

MG-1 : « *Donc déjà les parents font pas entre guillemets « l'effort » de... de restreindre ! En tout cas de... de sélectionner les les aliments adéquats... »*

Il n'y a pas de motivation à modifier leurs habitudes alimentaires :

MG-2 : « *Le fait de ne pas vouloir changer ses comportements alimentaires »*

e) Problème sociétal

Pour être en bonne santé, il faut manger (**MG-2**, **MG-3**, **IDE-2**) :

MG-2 : « *Euh et puis pour elle euh... oui une enfant qui mange c'est une enfant qui va bien ! »*

Nous vivons dans une société du plaisir et de la surconsommation (**MG-7**, **IDE-2**) :

IDE-2 : « *Parce qu'on est dans une société de surconsommation, avec beaucoup de... de tentations... et ça c'est compliqué... On voit que c'est compliqué... Les parents sont toujours dans le vouloir faire plaisir en fait... »*

Une société de l'enfant roi, dans laquelle les parents ne disent pas « non » :

- Que ce soit au niveau alimentaire (**MG-6**, **IDE-10**) :

IDE-10 : « *Qui savent pas dire non ! Qui savent pas mettre des règles et... et oui ! Je pense que c'est un frein, parce que du coup, on aura beau faire tout ce qu'on veut derrière euh.... ça changera pas grand-chose* »

- Ou au niveau de la sédentarité :

MG-6 : « *J'ai un jeune euh... [...], il avait tendance à... à être en surpoids, avec un problème de... ben d'activité physique... euh... beaucoup beaucoup console hein... les parents le disent... son frère aussi XX d'ailleurs* »

2. La relation entre l'adolescent et ses parents

a) Problème de la place de chacun

L'histoire familiale fait que la construction de chacun et la relation à l'autre est parfois difficile :

IDE-4 : « *Mais la maman n'a pas sa place de maman ! Pas du tout même ! Il y a souvent des problèmes effectivement euh... familiaux euh... liés à tout ça euh...* »

b) Problème communicationnel

La communication parent-enfant est, de manière générale, loin d'être aisée, surtout à cet âge critique de l'adolescence, pendant laquelle l'enfant, devenant adulte, essaie de s'affirmer et est bien souvent dans l'opposition (**MG-2**, **IDE-3**, **IDE-10**) :

MG-2 : « *En plus si c'est dans le cadre d'un... [...] de troubles relationnels avec les référents parentaux, et que les parents sont ceux qui doivent dire ce qu'il doit faire... !! Ils ont une réaction qui fait qu'il va tout faire, sauf vraiment faire ce que les parents demandent !* »

Si bien que les parents ne savent pas comment aborder l'adolescent. Parfois ils n'osent tout simplement pas lui parler de peur de le froisser :

IDE-3 : « *Ou alors ils voient que l'enfant un problème... mais, bah... c'est pas évident d'aller voir l'enfant, surtout au moment de l'adolescence quoi !!! C'est euh... déjà les relations souvent euh... [...] Euh... Enfants, adolescents euh... puis parents : c'est compliqué !* »

Ils craignent que l'adolescent ressente un jugement de leur part :

IDE-5 : « *Le fait d'emmener son enfant pour ça, c'est aussi un jugement en tant que parents !* »

Et au contraire, parfois, ils peuvent se montrer très cassants :

IDE-2 : « *Il y a aussi des parents qui sont très euh, alors qui sont très très euh « oui, il mange trop, il est gros », alors qui ont des propos très euh...* »

c) Problème de la dépendance aux parents

De manière générale :

IDE-1 : « L'enfant est quand même, enfant ou adolescent hein, dépendant de ses parents »

Au niveau alimentaire (**MG-1**, **MG-2**, **IDE-3**, **IDE-4**, **IDE-10**) :

MG-1 : « Alors que bon euh... souvent ce qu'il mange euh... [...] c'est des trucs qui sont dans les placards ! Donc euh... c'est qu'ils ont été achetés par quelqu'un ! »

IDE-4 : « Le parent à 13 ans, il est quand même encore très important, c'est quand même lui qui... qui gère le budget, les courses, euh... les repas ! »

Pour ses déplacements (**MG-6**, **IDE-9**) :

IDE-9 : « Les freins à la prise en charge.... Euh... (silence)... [...] Le déplacement ! [...] Si les parents sont pas disponibles, pour les accompagner, ou pour les amener au rendez-vous... »

Et dans sa prise en charge (**MG-3**, **IDE-9**) :

MG-3 : « C'est des enfants qui.... vu le métier des parents, ... les parents sont pas souvent là ! »

3. L'adolescent lui-même

Selon un médecin, il s'agit de la tranche d'âge la plus compliquée :

MG-2 : « Je pense même que c'est la tranche d'âge la plus compliquée »

a) La psychologie de l'adolescent

(1) Affirmation de la personnalité

Nos adolescents sont des adultes en devenir, qui cherchent à s'affirmer, en étant bien souvent dans l'opposition, la rébellion et la colère (**MG-2**, **IDE-4**) :

MG-2 : « Bah... il va avoir sa propre volonté, et souvent il se met en réaction.... donc bon... »

Ils n'aiment pas les cadres (**MG-2**, **IDE-4**) :

MG-2 : « Bah c'est difficile de mettre un... un cadre alimentaire dans une tranche d'âge qui n'aime pas les cadres ! »

Et font comme bon leur semble :

- Tant dans le comportement :

MG-2 : « Lorsque c'est un enfant en plus bas âge, [...] bah l'enfant il va suivre ce que les parents font, euh...ou disent...euh... si c'est un ado... bah... »

- Que dans les actes :

MG-6 : « *La maman elle me le dit hein... elle retrouve parfois des paquets de chips, ou euh... »* »

Ils sont persuadés d'être des adultes avant l'heure :

IDE-4 : « *Elle est sûre d'elle ! Enfin, c'est le... l'ado type quoi ! Euh... « Tu vas rien m'apprendre ! » « T'es pas là pour me dire ce que je dois faire ! » Euh... Puis du coup, elle a pas sa place de... d'ado ! Elle a une place euh... Elle se prend pour une adulte en fait... »* »

(2) Dialogue difficile

Certains sont fermés à la discussion :

MG-1 : « *J'ai eu une jeune fille [...] pareil en surpoids, enfin même obèse [...] mais pareil elle veut pas euh... elle voulait pas vraiment en parler quoi... »* »

D'autres sont peu bavards :

MG-6 : « *Bon, il est pas bavard »* »

Voire même mutiques (**MG-3**, **IDE-2**, **IDE-4**) :

IDE-2 : « *Il est mutique, donc je n'arrive pas à avancer... il est très très mutique et menteur, donc c'est compliqué »* »

Ou tout simplement n'osent pas :

IDE-9 : « *Mais encore une fois [...] : est-ce que c'est un sujet qu'ils vont oser aborder aussi... euh... avec le médecin ? »* »

(3) Méfiance

Les adolescents n'aiment pas qu'on leur impose des choses, ils se méfient des adultes et peuvent être facilement :

- Réticents (**MG-3**, **MG-5**) :

MG-5 : « *Ils refusent un peu, enfin c'est pas qu'ils refusent mais... ils vont éviter euh... C'est de passer entre les gouttes plutôt que de venir consulter donc euh... »* »

- Réfractaires (**MG-1**, **IDE-2**) :

MG-1 : « *Il y a des... il y a des gens qui sont... qui sont réfractaires je sais pas... alors c'est parce qu'ils ont peur de ce qu'ils vont entendre !»* »

- Voire dans un refus total :

MG-3 : « *Ou le refus total ! »* »

(4) Temporalité

L'adolescent vit son moment présent, se projeter ne semble pas le concerner (MG-2, MG-3) :

MG-2 : « Et c'est pas en disant : « Oui mais, tu sais, plus tard, quand tu auras soixante ans » [...] Euh... lui il dit : « Mais j'en ai rien à carrer ! » hein !! Voilà !! Alors euh... Pour eux déjà si la semaine prochaine il se projette, c'est déjà pas mal ! Quand on est ado ! »

(5) Déni de la réalité

Ou alors il est dans un certain déni de la réalité (MG-6, IDE-4) :

MG-6 : « Le déni, je pense, du côté de l'ado, euh... [...] Ouais... de déni de sa pathologie euh... de l'obésité ! »

(6) Labilité émotionnelle

Leur ascenseur émotionnel peut monter très haut ou descendre très bas (MG-1, IDE-3)

MG-1 : « Avec des enfants, qui sont psychologiquement un peu plus euh... un peu plus labiles euh... ! »

(7) Nonchalance

(a) Dans la motivation

La première difficulté est de les motiver, de leur donner envie (IDE-2, IDE-7) :

IDE-2 : « Faire quelque chose en fait qui leur donne envie en fait, c'est surtout ça ... Qu'ils aient envie en fait... »

Il n'y a pas plus de motivation à faire des efforts :

- Sur l'alimentation ou l'activité physique (MG-1, MG-6) :

MG-1 : « A faire des efforts alimentaires qu'on n'a pas envie de faire ? A faire du sport alors qu'on préfère rester chez soi ? »

- Que d'aller aux rendez-vous proposés (MG-1, MG-5, MG7) :

MG-1 : « Mais déjà je trouve que si ils ont du mal déjà à voir elle euh... bah... vous vous doutez qu'ils iront pas voir les autres hein en fait... »

(b) Dans l'attitude

Ils se complaisent dans la situation (MG-1, MG-4) :

MG-4 : « Ouais... ils savent qu'il y a un problème... après c'est pas toujours facile d'avouer qu'il y a un problème, et puis que... c'est qu'il faut le prendre en charge... Y a des fois, il laisse un peu couler quoi... »

(c) Dans l'intérêt

Ils semblent désintéressés de la problématique (**MG-6, MG-7**) :

MG-6 : « Alors le manque d'intérêt de.... de l'adolescent hein... [...] Je pense qu'il prend pas ça pas euh.... Ben p't'être pas ça euh... au sérieux... »

Parfois ne serait-ce que capter leur attention est difficile (**IDE-2, IDE-8**) :

IDE-8 : « Le jeune, il est pas forcément réceptif... »

Et la maintenir n'est pas plus aisé :

IDE-2 : « Avec un un ado, souvent une demi-heure, trois quarts d'heure de consultation, ... on sent que c'est déjà trop... il lâche très vite la consultation... »

b) Le mode de vie de l'adolescent

Les adolescents ont de journées de cours imposantes, que ce soit au collège ou au lycée :

MG-6 : « Euh... manque de temps peut être aussi... ils sont entre le lycée... le collège-lycée, euh... »

Ils ont également une vie bien chargée en extra-scolaire :

IDE-7 : « Les enfants on les sollicite tout le temps ! Les enfants, [...] ils vont chez la psy pour certains, euh... ils.... On les met au sport euh... ! On les met... On les met à la musique ! Ils sont tout le temps en vadrouille ! Ils ont des cours ! Enfin euh... »

Cela sans compter sur le temps passé sur leur téléphone portable :

IDE-2 : « Et puis souvent ils sont là avec leur téléphone, ça les démange... donc souvent je demande aussi qu'ils aient pas les téléphones... [...] la bête noire de la consultation en fait ! »

Tout cela leur demande de l'attention : leur ajouter une consultation à leur programme peut être fastidieux (**IDE-2, IDE-9**) :

IDE-9 : « J'aime pas trop les voir après l'école, parce qu'ils ont leur journée d'école, et je les trouve moins disponibles... »

E. Freins liés au suivi médical de l'adolescent

1. Suivi médical de l'adolescent : délaissé

a) Négligence des parents dans le suivi de l'adolescent

Le suivi médical est primordial pour tout un chacun (**IDE-1, IDE-9, IDE-10**) :

IDE-9 : « Plus les choses sont suivies régulièrement, et... et mieux c'est ! »

Une négligence dans le suivi implique indéniablement une perte de chances (**MG-1, IDE-9**) :

MG-1 : « Et c'est vrai que après euh... bah des choses qui pourraient être dépistées euh ça passe un peu à l'as parce que... je vous dis : nous, ils viennent pas forcément spontanément nous voir »

Hors, à partir d'un certain âge, le carnet de santé n'est plus suivi (**MG-9, IDE-4, IDE-9**) :

IDE-9 : « Encore une fois, je pense que la place des parents est importante, parce que le carnet de santé, c'est un âge je pense, où on ne l'ouvre pas du tout ! Enfin.... [...] En tout cas : « attentif » au carnet de santé dans ces... quand on est adolescent ! »

Une infirmière souligne le fait que les parents ne s'approprient pas le carnet de santé :

IDE-7 : « Déjà faut apprendre aux gens à... à les utiliser !! Ils.... Enfin, encore beaucoup de parents, n'utilisent pas leur euh... le cahier de santé !!! Le carnet de santé de leurs enfants : ils pensent que c'est au médecin de tout écrire !! Ils se l'approprient pas ce truc !! »

Certains parents ne mesurent même pas l'utilité d'emmener son adolescent chez le médecin (**MG-8, IDE-10**) :

MG-8 : « Il y a frein majeur... : c'est la non-consultation des... des patients euh...régulièrement ! Parce qu'il y a beaucoup de gens, et beaucoup de parents, qui considèrent que le médecin n'a pas besoin d'être vu euh... s'il y a pas de problème de santé ! »

A tel point que parfois, c'est au cours d'une consultation pour le parent, venu avec l'adolescent, que le médecin aborde le sujet (**MG-5, MG-7**) :

MG-5 : « Ou encore des fois euh... C'est même, on voit le parent et puis on le récupère l'enfant au cours de la consult euh... parce qu'il est là quoi ! »

Mais le médecin ne peut pas penser en toutes circonstances à la place des parents :

MG-5 : « J'ai pas le réflexe de dire aux parents : « Bah écoutez, ramenez-moi votre enfant de... X années pour qu'on se fasse une consultation spéciale de suivi... » »

b) Certificats d'aptitude à la pratique du sport

Les certificats de non contre-indication à la pratique sportive pour les mineurs ne sont maintenant plus obligatoires (**MG-2**, **MG-5**, **MG-6**, **MG-7**, **IDE-1**, **IDE-4**, **IDE-9**, **IDE-10**) :

MG-2 : « Moi je profitais beaucoup des euh... ouais des certificats euh... d'aptitude de la pratique sportive... [...]... Euh... Ben... pour moi ça c'est vraiment dommage... parce que du coup, ... ben en fait voilà... je les vois pas en fait... »

IDE-1 : « Avant, il les voyait au moins une fois par an quand ils faisaient des activités extra-scolaires, pour pouvoir faire les certificats de sport, sauf que maintenant... »

Il n'est pour autant pas si rare que les clubs sportifs l'exigent annuellement, mais les adolescents concernés par le surpoids ou l'obésité pratiquent-ils ?

MG-4 : « Souvent euh... les clubs ils aiment bien avoir un certificat tous les ans... Et voilà, en plus souvent c'est des enfants qui font pas de sport... donc c'est vrai qu'en fait, c'est vrai que des fois on les voit pas quoi... »

c) Vaccins

Il n'y a plus de vaccins à cet âge-là (**MG-1**, **MG-4**, **MG-5**, **MG-8**, **MG-9**, **IDE-1**) :

MG-4 : « En fait avant, on avait un vaccin à 11-13 ans, puis à 16 ans, ... donc euh à 16 ans, ça permettait aussi de rattraper certains problèmes, qu'on a plus maintenant »

MG-9 : « Parce que.... c'est déjà le moment où on... enfin il n'y a plus de vaccins à faire alors euh... »

Avec un bémol depuis l'arrivée du vaccin contre le papillomavirus qui peut être proposé à l'adolescence, y compris pour les garçons :

MG-6 : « Le papillomavirus a aidé quand même à voir euh... quand même avec les 2 rappels euh... ou si ils ont plus de 15 ans : les 3 rappels euh... on les a quand même vus... »

2. Adolescents : population oubliée ?

La population des adolescents ne consulte globalement pas, hormis pour de banales affections saisonnières : ils sont en bonne santé, il n'y a pas de suivi médical régulier (**MG-1**, **MG-2**, **MG-4**, **MG-5**, **MG-7**, **MG-8**, **IDE-1**, **IDE-4**, **IDE-9**) :

MG-1 : « Parce que bon quand ils vont bien, qu'ils sont pas malades, on les voit pas en fait hein ! »

MG-2 : « J'ai pas l'impression d'avoir énormément d'enfants en surpoids dans ma patientèle actuellement... Mais peut être que je me trompe... Peut-être qu'ils viennent pas consulter... ! »

IDE-1 : « Je pense que le point de départ c'est qu'ils ne voient pas leur médecin tout simplement.... Voilà les enfants, s'ils ne sont pas malades, on ne les emmène pas chez le médecin... »

C'est une population qui est, de ce fait, un peu oubliée (**MG-2, MG-4, MG-5, MG-8, MG-9**) :

MG-2 : « Donc c'est.... c'est, je pense, je crois que c'est une génération un peu oubliée, ... [...] Je pense que c'est... c'est certainement la tranche d'âge qu'on voit le MOINS au cabinet... Tous ! Et donc les surpoids également ! ... »

MG-5 : « Alors c'est vrai que c'est une population qu'on voit quand même beaucoup moins nous hein, dans notre cabinet de médecine générale... Ils nous échappent un petit peu... »

3. L'obésité n'est pas un motif de consultation

a) Motif de consultation autre

Les patients ne viennent pas consulter avec pour motif « le surpoids » ou « l'obésité » (**MG-1, MG-2, MG-3, MG-4, MG-5, MG-8**) :

MG-2 : « Donc c'est extrêmement rare que l'ado vienne euh consulter de lui-même pour son surpoids, [...] ... que les parents viennent avec l'enfant pour ce... pour ce motif-là... »

MG-8 : « Donc le frein, c'est que : les patients, les... les parents consultent pas parce que... pour un problème de poids ! »

Des infirmiers pensent que c'est de ce fait délicat pour le médecin généraliste d'aborder le sujet (**IDE-1, IDE-3, IDE-6, IDE-8**) :

IDE-1 : « Bah... quand la personne vient pour quelque chose, c'est parfois compliqué de... d'aborder autre chose, surtout un sujet si compliqué, voilà... »

IDE-6 : « C'est pas sur ... une consultation dédiée et... Voilà... et du coup aborder ce sujet-là, alors qu'ils viennent pour autre chose... »

Pour autant, les médecins abordent le sujet sur un autre motif de consultation au départ (**MG-2, MG-3, MG-4, MG-5, MG-7**) :

MG-2 : « Ou après euh... quel que soit le motif de consultation euh..., si je... comment dire ? Si, si je vois que je peux aborder la question... »

MG-5 : « C'est nous, on va essayer de les... En fait, nous on va les récupérer sur une consultation pour X-Y et aborder certaines choses »

Mais reconnaissent qu'un motif de consultation pour « surpoids ou obésité », à l'initiative des parents, faciliterait l'abord (**MG-1, MG-2, MG-4**) :

MG-1 : « Peut-être qu'il faudrait que ce soit les parents aussi qui nous interpellent en fait, plutôt que nous on aille toujours creuser euh... [...] Si c'est les parents qui viennent [...] nous dire « voilà, on voudrait parler ça » [...] : ça sera plus facile toute façon d'aborder le sujet ! »

b) **Motif de consultation caché**

D'après plusieurs infirmiers, cette pathologie ne peut pas être un motif primaire de consultation (**IDE-5**, **IDE-6**) :

IDE-5 : « Je pense qu'on ne peut pas faire l'obésité d'emblée ! L'obésité, elle vient derrière quelque chose ! »

Et certains motifs de consultation laissent une porte d'entrée (**MG-2**, **MG-7**, **IDE-5**, **IDE-9**) :

MG-7 : « On aura des fois des adolescents qui viennent me voir parce que ça va pas... parce que les notes chutent... parce que il se plaint du ventre... euh... enfin des somatisations [...] Donc des enfants en surpoids se font également harceler... ça peut être l'occasion de dire... »

IDE-5 : « Euh... très souvent, un enfant qui est en surpoids, il a... il a d'autres problématiques et donc, c'est au décours d'une autre problématique, une fois que la confiance est là, qu'on va pouvoir petit à petit glisser sur l'obésité »

F. **Freins liés au protocole lui-même**

1. **Problématique**

a) **Problème de santé publique**

Il s'agit d'un protocole qui concerne un problème de santé publique (**MG-1**, **IDE-3**) :

IDE-3 : « Parce que... je veux dire : c'est des futurs adultes euh... ! Euh... ça va être euh... J'ai vraiment peur pour l'avenir, pour ces... pour nos enfants, parce que... on va avoir des diabètes, et déjà on le voit de plus en plus quoi ! Des diabètes très jeunes quoi ! »

La problématique de la mise en application du protocole est bien réelle :

IDE-5 : « Alors, ce que je ne comprends pas : c'est qu'on est sur un secteur où c'est une problématique majeure ! [...] Il y a énormément d'enfants, en surpoids [...] Euh... les médecins en voient tous les jours ! Et euh... Mais on n'en voit aucun en consultation ! »

Les médecins pensent que c'est un sujet intéressant (**MG-4**, **MG-5**, **MG-7**) :

MG-7 : « En tous cas c'est un sujet qui m'intéresse, et pour lequel je fais mon possible pour euh... pour améliorer les situations... »

Et important (MG-2, MG-3, MG-5, MG-8, MG-9) :

MG-3 : « Bah c'est primordial !! C'est hyper important !! »

MG-8 : « Je porte un énorme intérêt à essayer de détecter précocement l'obésité et le surpoids, avec les rebonds d'adiposité, plus ou moins précoces et les changements de... de courbe des adolescents »

Ils ont conscience qu'ils jouent un rôle clé (MG-1, MG-7) :

MG-7 : « Et forcément si je suis pas là pour faire un acte de prévention, de les voir et les envoyer euh... »

b) Protocole qui ne prend pas sur le terrain

Les infirmiers travaillent avec les médecins sur les protocoles ASALEE. Le protocole « Surpoids et Obésité de l'adolescent » est le seul qui pose problème (MG-4, MG-5, MG-6, MG-7, MG-8, IDE-5) :

MG-5 : « Sur l'obésité de l'enfant ! (rires) Bon ben voilà ! [...] On est désolés ! (rires) [...] Mais euh... Sur ça moins, mais sur d'autres sujets, sur le... sur le suivi, le retour euh... les échanges euh... Ben... on travaille avec eux ! »

MG-6 : « Sur tout ce qu'elle gère, les protocoles sont... sont bien ! [...] Après oui, bon... mon regret, c'est par rapport à... on essaie bah... d'approfondir là... pour l'obésité... ! »

Et cela pose question :

MG-5 : « C'est une question que je me pose, et je sais pas exactement euh... pourquoi... Ce suivi il arrive pas à se mettre en place »

IDE-7 : « Oui, donc oui, au niveau du surpoids chez l'enfant, ce protocole ouais... [...] Souvent on en parle, quand même, de ce protocole qui nous pose problème !!! »

2. Causes

a) Protocole récent

Certains pensent que cela est dû au fait que ce soit le protocole le plus récent (MG-9, IDE-7, IDE-10) :

IDE-7 : « C'est le petit protocole euh... le petit dernier ! Euh... quand j'ai débuté, j'ai... je l'avais pas... »

b) Pas promulgué dans le cabinet

- Soit de manière générale, dans l'ensemble du cabinet (IDE-6, IDE-10) :

IDE-6 : « Déjà, c'est pas un protocole qui est très euh.... A la maison de santé, on en parle pas beaucoup... [...] C'est un petit peu un protocole oublié... »

Un médecin l'explique aussi du fait que les résultats sur la prise en charge de l'obésité de manière générale ne sont pas probants. Par conséquent, pour le moment, ce protocole n'est pas promulgué :

MG-7 : « On sait aussi que malheureusement, ben les... toutes les actions qui sont menées sur l'obésité... Ben... ça... c'est pas la majorité des gens chez qui ça marche, et donc en termes de [...] de... « retour sur résultat » ... Euh... [...] donc pour l'instant je pense que ça a été mis euh... [...] sur un second plan... »

- Soit parce que la maison de santé travaille d'autres sujets de prévention (**MG-7, MG-9, IDE-7, IDE-10**) :

MG-7 : « Pour l'instant, je suis uniquement sur des adultes... »

IDE-7 : « Non, ça plaît pas ici... en fait ça marche pas... [...] On est « maison de santé sans tabac », [...] On est une « maison de santé vaccinée », on bosse là-dessus... Euh... surpoids chez l'enfant : non !! »

IDE-10 : « On a le programme nous : « ETP de l'enfant », ici... [...] C'est jusqu'à 12 ans... [...] Donc, avec MG-XXX euh... on est sur le protocole euh... celui-là ! »

- Soit, venant d'une des infirmières, un désintérêt total pour ce protocole :

IDE-7 : « Et puis moi j'ai pas du tout envie de le mettre en place... Pas du tout.... Non ! J'ai pas envie... ça m'intéresse pas en fait ! C'est un protocole qui.... Non ! J'ai pas envie de m'investir là-dedans, je trouve qu'il y a autre chose de beaucoup plus intéressant à s'investir... »

c) Protocole complexe et difficile

(1) Sur le plan médical

(a) **Protocole compliqué**

Selon des infirmiers, le protocole est complexe et compliqué (**IDE-2, IDE-6, IDE-7**) :

IDE-6 : « Je pense que c'est ... oui... la complexité du protocole qui fait que... »

IDE-7 : « Moi je trouve que c'est un protocole qui est assez compliqué »

Ce qui implique une certaine appréhension pour ce protocole :

IDE-6 : « Pour les autres protocoles, j'ai pas de difficultés ! C'est vraiment sur celui-là que j'appréhende le plus ! »

(b) Protocole chronophage

Étant donné sa complexité, il faut prendre le temps nécessaire, et les médecins n'ont pas ce temps (**IDE-5, IDE-10**)

IDE-10 : « Je pense que le problème c'est peut-être que ça prend du temps... Comme pour tous les trucs en fait... ça prend du temps d'expliquer aux gens, ça prend du temps d'expliquer à l'enfant... [...] Mais c'est vrai que les médecins, en fait, ils ont pas le temps de faire tout ça ! »

(c) Différenciation surpoids et obésité

Les professionnels différencient la prise en charge du surpoids de celle de l'obésité, qui est plus complexe (**MG-8, IDE-6**) :

MG8 : « C'est beaucoup plus simple de... de... de, de faire changer les choses, quand on est dans un changement de courbe, [...] plutôt que quand on a dépassé les normes de la courbe !! Parce que là ça devient très complexe hein... »

IDE-6 : « Mais vraiment euh... l'obésité de l'enfant euh... ça reste dur !! »

Lorsqu'il s'agit de l'obésité, les compétences requises sont différentes :

MG-3 : « Mais, même moi ! Je ne me considère pas qualifié pour.... toute la mise au point, et toutes les choses qui sont euh... »

Et les résultats peu concluants en ville :

MG-8 : « En revanche, par expérience, quand c'est des obésités ou des surpoids réfractaires, euh... ASALEE y arrive pas plus que nous... [...] J'ai l'impression que ça marche pas... »

Selon les médecins, le protocole ne peut pas être appliqué en ville quand il s'agit de l'obésité : la prise en charge multidisciplinaire paraît indispensable (**MG-3, MG-9**) :

MG-3 : « Je préfère, dans ce cas-là, ne pas prendre de risque [...] Je préfère qu'il y ait quand même un professeur en face d'eux... [...] des choses bien cadrées !! »

Un médecin reconnaît donc ne pas avoir de suivi concernant les adolescents en obésité :

MG-3 : « Moi j'en ai pas quoi ! Parce que c'est quand même une prise en charge qui est assez difficile ! »

Il met un bémol si il s'agit de surpoids :

MG-3 : « Le surpoids, oui, bah après on peut dans ce cas-là, oui, on peut parler avec la... l'infirmière ASALEE !! »

(2) Sur le plan administratif

Les médecins se reposent sur les infirmiers pour le côté administratif, ils parlent de l'infirmier ASALEE à leurs patients, mais ne connaissent pas précisément le contenu du protocole (MG-2, MG-6) :

MG-2 : « Oui alors, je ne connais pas ces protocoles, Euh..., je pars du principe que XXX euh... les connaît euh et est formée pour ça, elle est quand même régulièrement en formation avec ASALEE... donc, pour moi, elle les connaît.... et donc j'ai confiance par rapport à ça »

d) Manque de formation pour ce protocole

(1) Formation des médecins

Un des freins possible est le manque de formation (MG-2, MG-6) :

MG-2 : « Alors on peut toujours ajouter les freins de manque de formations du médecin euh... »

Un infirmier pense qu'une formation des médecins serait nécessaire pour mettre en place ce protocole :

IDE-5 : « Donc je pense que c'est un protocole qui nécessiterait, pour être mis en place, une formation des médecins.... et pas seulement des infirmiers quoi ... »

Notamment parce qu'ils n'ont pas été sensibilisés, au cours de leur cursus universitaire, à la prévention :

IDE-5 : « Ils ont pas une sensibilité qui a été préparée au cours de leurs études ! A accorder une place à.... A, à la prévention... ! Si ce n'est une place euh... on va dire très accessoire ! »

(a) Concernant le surpoids et l'obésité

Aucun médecin généraliste n'a de formation à proprement parler sur le surpoids ou l'obésité chez l'adolescent.

Un médecin précise que désormais ce sujet est au programme de la formation initiale :

MG-8 : « Il faut que la formation initiale s'empare des problèmes les plus fréquents, et je pense que là-dessus euh... on a raison de le mettre au programme des internes de médecine générale... »

Un médecin a suivi une formation informelle sur le surpoids de l'adulte :

MG-2 : « Si moi j'ai eu la chance de me former sur la prévention du surpoids de l'adulte, donc chez l'ado euh... finalement euh... il y a pas mal de choses qu'on peut... [...] calquer ... »

Des médecins ne se sentent pas assez formés (MG-1, MG-6) :

MG-6 : « Je suis pas hyper formée là-dedans et... donc euh... [...] Nous on tâtonne avec nos connaissances ! »

Selon d'autres, même si il n'y a pas de formation à proprement parler, ce n'est pas un problème pour la pratique (**MG-3, MG-5, MG-8**) :

MG-5 : « C'est des, c'est des sujets sur lesquels j'ai des bases moi qui me suffisent... enfin, qui me paraissent suffisantes ! En tout cas pour débiter quelque chose ! [...] Sur les grandes lignes, ça va quoi ! ... »

Selon un infirmier : une formation du médecin sur l'obésité serait nécessaire :

IDE-5 : « Après, je pense que... il faudrait que les médecins soient formés au niveau de l'obésité du moins... »

Et même plus précisément sur l'abord du sujet :

IDE-5 : « Parce que je pense que les médecins n'ont... ne se sentent pas suffisamment armés pour pouvoir l'aborder.... Aborder de façon.... on va dire efficace ! »

(b) A l'éducation thérapeutique du patient

Un médecin porte tout son intérêt à l'éducation thérapeutique du patient :

MG-8 : « Je... Je suis un fan de l'éducation thérapeutique du patient !!! Enfin, je suis un fan parce que je pense que ça marche hein !!! »

Au cours de leur carrière, certains sont formés à l'ETP (**MG-5, MG-9**), mais pas concernant le surpoids et l'obésité.

D'autres la pratiquent spontanément (**MG-7, MG-8**) :

MG-7 : « Moi je fonctionne un peu de la même manière qu'ASALEE, c'est à dire que : j'essaie de m'investir pour que les gens soient acteurs de leur santé, de leur suivi, donc je suis en... donc ceux qui sont... qui recherchent ça »

(2) Formation des infirmiers ASALEE

Les infirmiers ASALEE ont tous fait la formation de 2 jours DPAES :

Par exemple : **IDE-1 :** « Une formation au sein d'ASALEE, sur le surpoids chez l'enfant »
Ou encore : **IDE-7 :** « On a eu une petite formation de 2 ou 3 jours, euh... interne ! Euh d'ASALEE... sur le surpoids chez l'enfant en fait... »

Ils la jugent insuffisante (**IDE-3, IDE-6, IDE-7**) :

IDE-6 : « Alors on a UNE formation avec ASALEE, d'une journée... Ce qui est assez peu quand même... Je trouve... [...] Je pense que la formation ASALEE, elle suffit pas non plus, pour avoir toutes les connaissances »

Certains la font à nouveau pour compléter leurs connaissances et connaître les nouveautés dans la prise en charge (**IDE-2, IDE-10**) :

IDE-2 : « Je trouve que c'est bien de faire des petites piqûres de rappel, il y a des petites choses qui, qui se modifient au fur et à mesure des années [...] C'est intéressant de voir l'évolution de la prise en charge en fait, ... »

Ou « s'auto-forment » par des recherches personnelles (**IDE-3, IDE-4, IDE-6**) :

IDE-6 : « Après euh.... moi de mon côté je « m'autoforme » on va dire.... Avec les données que je peux trouver... »

e) Patientèle cible limitée

Le fait que ce protocole ne peut être mis en place que par les infirmiers ASALEE limite son accès uniquement à la patientèle du cabinet, et donc restreint le recrutement externe :

- Par la médecine scolaire (**IDE-3, IDE-10**) :

IDE-3 : « Nous, à la base, on peut voir QUE les patients des.... des médecins avec qui on collabore, donc ça peut être compliqué... dans le sens où si il y a un enfant qui dit : « Ben moi, j'aimerais bien être suivi ! » mais... bah : « T'as pas d'infirmière ASALEE euh... ! »

- Par les centres de rééducation :

IDE-4 : « Et puis eux, à l'inverse, quand les enfants sortiront : voir comment ils peuvent nous les réadresser... Alors, c'est vrai que nous il y a un peu cette barrière de euh... : « le médecin généraliste est censé nous l'adresser »

Pour autant se pose la question pour les adolescents de moins de 16 ans :

IDE-4 : « Sachant qu'un enfant.... si je dis pas de bêtise, n'a pas réellement un médecin généraliste attiré ! »

f) Autre suivi

Un médecin se pose la question d'un autre suivi mais est dubitatif :

MG-5 : « Ou peut-être que... après... ils vont dans d'autres structures ! Mais ça m'étonnerait... »

Un autre l'affirme :

MG-4 : « Mais en fait souvent les gens sont au courant que y'a un problème... et ont déjà entamé des choses de leur côté, mais ils ne sont pas venus forcément consulter que pour ça... »

G. Prise en charge par les médecins généralistes

1. La pratique médicale

a) Organisation générale

La médecine générale libérale implique de très nombreux domaines (**MG-2**, **MG-6**, **MG-9**) :

MG-2 : « Il y a tellement de choses à gérer ! »

L'organisation doit être extrêmement rigoureuse pour pouvoir penser à tout (**MG-4**, **MG-9**) :

MG-9 : « Après, il faut être très organisé, se souvenir de qui... qui on a adressé euh... ce qu'on en attendait euh... Et ça euh... Bah ça euh... des fois j'oublie !! (rires) »

b) Age des médecins

(1) Anciens médecins

Les médecins plus âgés se sentent expérimentés (**MG-3**, **MG-8**) :

MG-8 : « D'expérience, parce que je suis un vieux docteur !! »

Selon les infirmiers, les anciens médecins sont malheureusement ancrés dans leur habitudes (**IDE-6**, **IDE-7**) :

IDE-6 : « Certains médecins [...], ils adressent pas euh... de... de personnes depuis que ASALEE est dans la maison de santé hein ! Donc je pense que pour ces personnes-là, ça va être un peu plus difficile ! »

(2) Jeunes médecins

Les jeunes médecins se sentent inexpérimentés (**MG-6**, **MG-7**) :

MG-6 : « Après euh... par l'expérience bon... ben je suis installé depuis peu hein ! Janvier 2019 ! Mais je m'améliore on va dire déjà sur la façon de... d'aborder les choses avec le... les jeunes... »

Et comptent aussi, d'une certaine manière, sur son infirmier, pour acquérir plus d'expérience :

MG-6 : « J'aimerais bien que elle... enfin déjà pour me donner de l'expérience, qu'elle puisse prendre en charge un ou deux de mes patients »

Selon les infirmiers, ils sont au contraire porteurs d'espoir et moteurs pour les projets (IDE-4, IDE-6, IDE-7, IDE-8) :

IDE-6 : « Mais là, il y a un nouveau médecin qui est arrivé, un jeune médecin ! Peut-être il sera... peut-être plus sensibilisé à ça.... avec plus... peut être un adressage plus facile ! »

c) Les consultations

(1) Rythme des consultations

Les médecins ont un rythme très soutenu de consultations et ne prennent pas le temps pour la prévention (MG-2, MG-3, MG-7, MG-9, IDE-4, IDE-5, IDE-8) :

MG-2 : « Donc si déjà j'arrive à gérer le flux, de ce que les patients me demandent, je suis déjà content... et donc je suis moins libre, pour euh... pour évoquer d'autres sujets... Euh... pour moi, je pense c'est un frein... »

IDE-4 : « Est-ce que, à ce moment-là, les médecins sont pas overbookés parce qu'ils leur voient leur consultation complètement... Est-ce que le bilan de santé il est réellement fait ? Je sais pas ça... ça, je me dirais peut-être, ça peut être un frein... ? »

Ce qui n'est pas le cas de tous (MG-6, MG-8) :

MG-6 : « Enfin, tout ce qui est prévention, tout ça... enfin moi, je tiens bien mes dossiers, tout ce qui est dépistage, prévention, antécédents : j'essaie toujours de... essayer de... d'avoir tout à jour, d'en discuter... »

(2) Durée des consultations

Les consultations ne durent parfois que dix minutes :

MG-7 : « Donc les gens, je les vois sur dix minutes [...] ... l'aigu prend déjà du temps... »

Mais des médecins pensent que même quinze minutes ne sont pas suffisantes pour bien faire les choses (MG-1, MG-6, MG-8) :

MG-8 : « Euh... Le quart d'heure réglementaire, qui en fait un dix-huit minutes réglementaires ! [...] Euh... ne nous permet pas de faire toutes ces choses !!! »

Selon les infirmières, la durée des consultations, est trop courte pour faire de l'éducation thérapeutique (IDE-1, IDE-3, IDE-8, IDE-9) :

IDE-3 : « Parce que bah... 1/4 d'heure de consultation, on a pas le temps de faire de l'ETP... »

IDE-9 : « Mais c'est vrai que les consultations sont extrêmement rapides... [...] Euh...voilà ! Je pense que.... il y a aussi une question de temps, euh... de... de pratique hein ! »

(3) Densité des consultations

Les médecins disent ne pas avoir le temps du fait de consultations trop denses au niveau des autres motifs (MG-1, MG-8, MG-9) :

MG-1 : « En plus, ils viennent quand ils ont...même pas un problème ! Ils viennent quand ils ont plein de problèmes en fait ! Ils arrivent voilà... c'est toujours « je viens pas pour rien ! » et puis vas-y !! J'ai... j'ai j'ai fait toute ma liste de de soucis !!! »

d) Suivi médical

(1) Patientèle adolescente en surpoids ou obèse

Les médecins ont des adolescents en surpoids ou obèses dans leur patientèle, variant, selon eux, entre moins de dix, et trente adolescents.

Parfois, le suivi médical est effectif, mais ne sont pas pris en charge par l'infirmier ASALEE (MG-1, MG-2, MG-4) :

MG-1 : « Ben j'en ai, mais pas suivi par l'IDE ! Parce que... je vous dis euh... j'en... j'en ai 2 là en tête... que pourtant j'ai... j'ai essayé de convaincre... »

(2) Mesures biométriques

Les médecins généralistes disent peser et mesurer régulièrement les adolescents (MG-1, MG-3, MG-5, MG-8) :

MG-3 : « Mais on les fait de toutes les façons !! [...] Moi, ... moi, ça rentre dans une consultation normale euh... !! Bah bien sûr ! Tout le temps.... Poids, taille, tout !! »

Surtout à l'occasion d'une consultation pour un certificat de non contre-indication à la pratique sportive ou d'un acte de vaccination (MG-1, MG-2, MG-4, MG-7) :

MG-2 : « Enfin systématiquement, dans le cadre de... des certificats à l'aptitude aux activités physiques euh... il y a un poids-taille qui est... qui est fait ! Donc euh... c'est surtout dans ce cadre-là que je... que j'aborde la question »

C'est absolument primordial pour un médecin, car les courbes sont très révélatrices :

MG-8 : « Et je pense que le premier frein, c'est le non-remplissage de.... De, de poids et de taille !! [...] La courbe elle dit tout quoi !! [...] ... et je crois vraiment que le secret c'est : la courbe, la courbe, la courbe !!! De... de d'IMC, on s'entend bien hein ! »

Pourtant, un médecin se rend compte, à l'occasion de gardes, que les carnets ne sont pas remplis :

MG-8 : « Des adolescents qui sont vus, souvent, pour des rhinites euh... [...] etc... ! Et qui sont pas pesés, pas mesurés aussi souvent qu'ils devraient être !! Et quand ils sont pesés et mesurés une fois de temps en temps, euh... c'est pas tracé sur les courbes !! »

Les infirmiers font le même constat (**IDE-1, IDE-4, IDE-7**) :

IDE-7 : « Et franchement les.... les carnets de santé ils sont vides !! [...] Mais de ce fait, on n'a aucune donnée en fait ! On sait pas où est le rebond d'adiposité, qui est quand même super important à savoir... »

Ou parfois les courbes sont tracées, mais le sujet pas abordé :

IDE-9 : « Enfin voilà : ils les voient, ils les pèsent, les mesurent, ils font le certificat mais euh... [...] Ils pourraient avoir un... un flash ! En disant : « Ah tiens, effectivement il y a un surpoids euh... peut être que ça peut être intéressant ! » Euh... donc peut être qu'ils y pensent pas... »

Et pourtant le tracé des courbes les aiderait dans leur prise en charge :

IDE-7 : « Euh... oui ça peut nous aider dans la... dans la posture !! »

e) Recherche de collaborations

Pour ce protocole, les médecins ressentent que la multidisciplinarité est nécessaire :

MG-2 : « Je dis toujours aux familles que : « c'est un contrat double », c'est à dire ET avec le diététicien, ou avec moi qui suis la diététique, ET avec le psychologue... »

(1) Dans le domaine médical

Spécialistes en pédiatrie (**MG-6, MG-7**) :

MG-6 : « Sinon, si vraiment il y avait un souci avec le poids euh... [...] Ben je tournerais vers les endocrinologues, euh... le pédiatre... »

Centres spécialisés dans le surpoids et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent :

- Soit d'emblée (**MG-1, MG-3, MG-8, MG-9**) :

MG-1 : « Surtout ouais, j'ai adressé à XXX... »

MG-8 : « Si d'emblée j'ai un doute sur une possible anomalie notamment endocrinologique, ... ou génétique, ... [...] euh... je l'envoie directement en... en endopédiatrie au CHU... »

- Soit dans un troisième temps, après difficulté sur sa propre prise en charge puis celle d'ASALEE :

MG-8 : « En revanche, quand il y a des cas réfractaires [...], alors qu'ils ont vu une ou deux fois l'infirmière ASALEE, c'est à ce moment-là que je déclenche euh... [...] une consultation spé obésité »

(2) Dans le domaine paramédical

En mettant la priorité sur les infirmiers ASALEE (MG-1, MG-2, MG-5, MG-6, MG-7, MG-9) :

MG-5 : « Bah ici en maison de santé, donc on a le programme euh ASALEE hein ! »

MG-9 : « Mis à part IDE-XXX... [...] Voilà.... sinon euh... personne !! »

Mais font parfois appel à d'autres professionnels paramédicaux (MG-1, MG-2, MG-4, MG-5, MG-6) :

MG-2 : « ... Et après les psychologues [...] Voilà... donc c'est pour ça que le psychologue est très vite mis dans la boucle »

MG-4 : « Après euh... là depuis pas très longtemps, j'ai une diététicienne, donc ça m'arrive aussi de travailler avec elle, sur la maison médicale du coup... »

2. Abord de la pathologie par les médecins généralistes

a) Ressenti général

Certains médecins relèvent qu'ils manquent d'expérience (MG-5, MG-6) :

MG-5 : « Euh.... expérience euh... Difficile à dire si j'ai de l'expérience là-dedans ! »

Ce qui n'empêche pas certains médecins de se sentir plutôt à l'aise (MG-3, MG-4, MG-5, MG-8) :

MG-4 : « Ouais, ça ne me pose pas de problème... »

MG-8 : « Du coup, je suis assez à l'aise avec ces questions, je détecte énormément »

D'autres ne se sentent pas tout à fait à l'aise avec l'abord de cette pathologie (MG-1, MG-2, MG-6, MG-7, MG-9) :

MG-2 : « Donc en fait, c'est super chaud ! Et donc : non, je suis pas très à l'aise ! »

MG-7 : « Je ne suis pas mal à l'aise avec cette situation-là... de là à dire je suis « à l'aise » »

Quoiqu'il en soit, l'abord dépend de plusieurs paramètres :

b) Lié au médecin

(1) Dans son ressenti

Le médecin peut présenter une gêne à l'abord du sujet (MG-1, MG-6, MG-9) :

MG-1 : « C'est pas forcément facile déjà, je trouve, de... d'annoncer de... en fait de rentrer dans le vif du sujet... [...] On a déjà du mal à évoquer le problème en fait hein... »

Il peut craindre de blesser :

MG-1 : « Rien que d'évoquer le sujet, parce que on a toujours l'impression qu'on va les... les blesser... »

Ou de braquer (**MG-1**, **MG-3**) :

MG-3 : « C'est très délicat ce sujet-là... Parce ce que tu rentres dans l'intimité... ! « Quoi ? Tu fais quoi ? Tu dors bien ? Tu t'es couché tard euh... ? Est-ce que tu vois... ? » C'est... c'est... il faut que le médecin il prenne son temps ! »

Et les infirmiers le ressentent de cette façon également dans la pratique médicale (**IDE-3**, **IDE-5**, **IDE-6**, **IDE-8**, **IDE-10**) :

IDE-5 : « Ça leur pose souci... Clairement ! C'est pas une obstruction, c'est pas qu'ils ne veulent pas, c'est pas qu'ils n'ont pas compris l'intérêt, ... C'est qu'ils savent pas trop euh... comment euh... arriver à franchir le pas ! »

IDE-6 : « Je pense que c'est la difficulté aussi des médecins à... entamer le sujet peut être avec les parents ou les adolescents euh... (silence) [...] Je pense que c'est par rapport à la difficulté de... d'aborder le sujet euh... de poids euh... »

(2) Dans sa pratique

(a) Lié au temps imparti

Les médecins manquent de temps, ce qui les freine dans l'abord de la question : (**MG-2**, **MG-3**, **MG-4**, **MG-5**, **MG-7**, **IDE-6**)

MG-2 : « Si je vois que j'ai le temps d'aborder la question, euh... ouais ! [...] Après c'est la question de... c'est la question du temps ! »

MG-7 : « S'ils viennent en début de journée, [...] on peut commencer un peu à se pencher sur le dossier ; si on les a pris entre deux à 19h30, euh... ça sera un peu plus compliqué ! »

Auquel cas certains médecins proposent de revoir l'adolescent sur une consultation dédiée (**MG-2**, **MG-5**, **MG-7**, **MG-9**) :

MG-5 : « Dans ces cas-là, on essaie de revoir avec les parents pour euh... Comment dire ? Re-prévoir des rendez-vous ! »

MG-7 : « On essaie de les attraper au passage et de... et de... de de de trouver un moyen de les convaincre de revenir une prochaine fois... »

Ou de voir directement l'infirmier ASALEE (**MG-2**, **MG-7**) :

MG-7 : « Pour orienter vers notre infirmière ASALEE, justement pour en parler également »

Un médecin en parle lors de sa consultation, envoie vers l'infirmier ASALEE mais sans revoir derrière :

MG-9 : « Bah, c'est pas moi qui les suis après... [...] j'ai proposé des choses... et après j'ai pas proposé de revoir pour ça, parce que... parce que je... j'estime avoir donné les informations... Voilà... »

(b) Lié à sa motivation

Le frein peut être la motivation du médecin :

MG-3 : « Est ce qu'il a envie de le faire ou pas ? Voilà : les freins pour la prise en charge par le médecin traitant en lui-même : il n'y en a pas !!! Si le, si le médecin le veut bien ! Le seul frein de sa prise en charge, c'est le médecin lui-même ! »

Par ailleurs, deux médecins soulignent le fait que ces consultations sont longues et pas mieux cotées que les autres, ce qui n'encourage pas à s'investir (**MG-6, MG-9**) :

MG-9 : « Après c'est embêtant parce que les cotations c'est les mêmes... ! Alors on... on fait bien ce qui est marqué dans le... carnet de santé... on en a pour une demi-heure !!! (rires) ... Et puis euh... j'avoue que... C'est pas encourageant du tout !!! »

c) Lié à l'adolescent et sa famille

(1) La difficulté liée au contexte familial

L'abord est compliqué lorsqu'il existe des difficultés relationnelles au sein de la famille :

MG-2 : « C'est toujours euh la problématique euh de la... du contexte, où on voit si on peut aborder la question ou pas... Parfois c'est... voilà, c'est pas forcément simple, dans le contexte familial notamment dans lequel on est ! »

Ou selon que la famille est demandeuse ou pas (**MG-1, MG-5**) :

MG-5 : « Si on voit qu'il y a éventuellement... qu'il y a quelque chose qui est verbalisé ! »

(2) La difficulté liée à la relation médecin-patient

Trop bien connaître l'adolescent peut être un frein à l'abord pour certains médecins :

MG-1 : « Je vous dis c'est pas toujours évident en plus nous, quand on les connaît bien de leur dire « bah alors ? T'as grossi ? » ou... (Rires) [...] Enfin après, on peut toujours le faire hein ! Mais euh... moi je trouve que c'est difficile quoi ... »

Alors que cela ne l'est pas du tout pour d'autres :

MG-3 : « Moi je vois tous mes patients depuis 20 ans, quand j'ai quelque chose à dire : je le dis ! [...] Quand on est médecin de famille euh... on est médecin de famille »

d) Lié à la composante psychologique de la pathologie

Nous l'avons vu, la psychologie particulière de cette classe d'âge fait que l'abord n'est pas facile :

MG-1 : « Parce que euh... bon, un ado voilà... ça reste un ado... bon déjà euh... »

La psychologie fragile de l'adolescent fait qu'il faut redoubler de prudence (**MG-1**, **MG-3**, **MG-6**) :

MG-3 : « C'est l'âge qui est le plus dur ! Et le plus... donc, il faut rester très prudent ! Quand on va travailler avec ça... »

Par ailleurs, parfois la part psychologique est trop importante et ne laisse pas de place, dans un premier temps, à l'abord du surpoids :

MG-9 : « Il y avait des sujets tellement forts, que on a pas eu l'occasion de... parler du poids en plus... »

3. Création de l'alliance thérapeutique médecin-adolescent

a) Importance de créer le lien en instaurant la confiance

La confiance commence par une relation médecin de famille – adolescent bien construite (**MG-3**, **MG-7**) :

MG-3 : « Ils sont convaincus parce que leur médecin il l'aime bien... t'as beaucoup de médecins de famille qui sont bien aimés par les enfants... »

Et selon un médecin, la ruralité est un avantage pour cela :

MG-3 : « Dans des villages comme nous euh... il y a PLUS cette relation comme un médecin de famille au patient hein... [...] Je pense que le problème, c'est en ville que ça se pose : parce que personne ne connaît personne, et puis personne parle à personne, euh... »

Pour autant, les médecins ne peuvent pas aborder un tel sujet de façon trop directe. Il faut le faire de manière détournée, souvent avec l'aide des courbes biométriques (**MG-1**, **MG-3**, **MG-4**, **MG-5**, **MG-8**, **IDE-5**) :

MG-1 : « Lui dire de but en blanc : « T'as vu ton poids, ta taille ! » euh... « T'es dans l'obésité ! » : je peux pas.... [...] Je leur dis « bah tiens euh... ça fait longtemps qu'on s'est pas pesé, mesuré ! » [...] Et puis bon bah... là, j'essaye d'introduire un peu le truc ! »

MG-5 : « Avec les suivis des courbes euh... [...] On voit qu'on arrive à détecter, et qu'on peut aborder le... le sujet... »

En créant la confiance par rapport à cette problématique progressivement (**MG-2**, **MG-3**, **MG-6**) :

MG-3 : « Pareil, de travailler un petit peu avec eux, mais il faut les amener petit à petit ! [...] Il faut amener les parents petit à petit pour qu'on puisse commencer à travailler !! »

b) **Importance de ne pas complexer ni culpabiliser**

Il faut peser ses mots pour ne pas ajouter une pathologie à la pathologie :

La baisse de l'estime de soi par les complexes :

MG-3 : « Le surpoids.... Je... ne... le... complexe pas ! ... Parce que il faut pas que ça soit vécu comme une pathologie ! Faut être très prudent... ! Et le problème il est là... ! »

La culpabilité :

MG-3 : « Mais bon, moi, ce que je dis c'est : il faut être très prudent ; c'est... Il s'agit de nos adolescents, il faut pas les culpabiliser »

c) **Importance de motiver et de féliciter**

Les motiver à faire les choses :

MG-3 : « « Tu vois... ? » « On va faire ça ! On va faire ça ! » et en fait... on gagne !! »

Un médecin les motive par le moteur du bien être futur, basé sur la peur de la réalité si rien ne change :

MG-8 : « Donc quand je leur dis : « Bah tu vois, si tu continues comme ça, quand tu auras 18 ans, tu feras 100 kilos ! » ... Alors je sais bien que c'est pas bien, parce que c'est basé un peu sur la peur.... [...] Mais justement, je crois que j'utilise aussi ces mots-là : « La peur, c'est pas un moteur ! Ce qui est un moteur c'est le bien-être ! Et du coup ton moteur, ça doit pas être d'avoir peur de faire 100 kilos, mais c'est d'avoir euh... envie de faire 70 kilos quoi !! »

Et les féliciter quand il y a des résultats :

MG-6 : « ... XXX avait un peu grandi, et s'était un petit peu affiné donc euh... ce qui permet aussi de le féliciter euh, et de l'encourager, et... de l'encourager la... là-dessus hein... »

d) Importance de l'investissement du patient adolescent

C'est important qu'ils soient acteurs dans leur prise en charge (MG-1, MG-6, MG-7) :

MG-1 : « C'est voilà... quand c'est pas eux qui le... le demande c'est compliqué je trouve... »

Le médecin essaie donc de lui faire prendre conscience des choses (MG-6, MG-8) :

MG-6 : « Donc on le pèse à chaque fois euh... Pour essayer que ça le... ça lui marque son esprit... »

Et de l'impliquer :

MG-5 : « En fonction de eux ce qu'ils vont vouloir et de ce qu'on va pouvoir leur euh... proposer.... Ou si ils préfèrent que je re-suive derrière »

e) Importance de l'investissement du parent

La motivation par le biais des parents est primordiale (MG-1, MG-5, MG-9) :

MG-9 : « Ca va dépendre des parents aussi hein ! Et euh... Et voilà, j'ai vu un... Enfin, il y en a pour qui ça n'avance vraiment pas... ! Où... Mais on voit bien que c'est pas l'enfant le problème ! (rires) »

Les inclure dans la prise en charge est essentiel (MG-7, MG-9) :

MG-9 : « Si on a raté un peu l'impact quand on a vu le... les parents ! C'est cuit quoi... »

Avec bien souvent un investissement plus important de la maman (MG-3, MG-6) :

MG-6 : « Faudrait que je voie aussi, si la maman elle peut pas l'encourager plus... [...] Euh le papa.... je ne le... je ne le connais pas.... je ne crois que je l'ai déjà vu... »

4. Adressage du médecin généraliste vers les infirmiers ASALEE

a) Problématique

Le point clé pour appliquer le protocole est de pouvoir « accéder » au patient (MG-1, IDE-5) :

IDE-5 : « Même si on sait, dès le départ, que c'est une problématique où il y a énormément de freins, quand le patient est là euh : on a déjà fait le plus grand pas !! [...] Je pense que... ils adhèreraient... »

Et les infirmiers dépendent pour cela du médecin généraliste (MG-7, IDE-7, IDE-8, IDE-10) :

MG-7 : « ASALEE est quand même très dépendante finalement du médecin généraliste qui oriente... [...] Vu que nous on est à l'origine de tout... »

IDE-10 : « Moi, j'ai tout... Enfin, tout ce que je peux faire là à l'heure d'aujourd'hui : c'est les médecins qui m'envoient !! Donc moi, si les médecins m'envoient pas, en fait euh... »

Augmenter l'adressage est un souhait de tous (**MG-1**, **MG-4**, **MG-5**, **IDE-1**, **IDE-3**, **IDE-8**, **IDE-9**, **IDE-10**) :

MG-1 : « J'aimerais lui adresser plus de monde ! [...] Bah voilà, il faudrait que voilà... on puisse... on puisse lui amener plus de patients »

IDE-8 : « Ben j'attends qu'ils déjà... qu'ils... qu'ils se souviennent que j'ai cette formation ! Que je... Voilà !! C'est pas faute de leur rappeler systématiquement, de leur dire que je suis formée, que je peux... que je... que j'attends que ça ! »

Au point que ça devienne un automatisme (**IDE-3**, **IDE-4**) :

IDE-4 : « Ça devrait être instantané en fait... Dès qu'il y a un problème de de poids, euh... [...] Faut qu'il voie quelqu'un... »

b) **Présentation du protocole**

(1) **Contexte**

Souvent, les médecins présentent le protocole lorsqu'ils se rendent compte d'un surpoids manifeste (**MG-3**, **MG-8**, **MG-9**) :

MG-3 : « En général, c'est euh quand je vois que l'enfant est un petit peu en surpoids »

Avec des carences hygiéno-diététiques (**MG-1**, **MG-2**) :

MG-2 : « Souvent quand on fait le point sur l'alimentation, euh... alors euh... oui, parfois, il y a des... ouais il y a des gros écarts ! Et donc il faut remettre ça en place ! [...] Donc t'as euh IDE-XXX qui le fait très bien »

Ou qu'ils ont besoin d'une aide supplémentaire dans la prise en charge :

MG-5 : « Après c'est vrai que j'hésite pas à... assez rapidement à... à repasser la main, ou bien à l'infirmière ASALEE, ou éventuellement la diététicienne »

(2) **Mode de présentation**

Certains médecins présentent le protocole ASALEE comme une aide pour revoir les règles hygiéno-diététiques (**MG-1**, **MG-2**, **MG-9**) :

MG-2 : « C'est vrai que je compte sur... sur IDE-XXX pour plutôt apporter les informations diététiques... »

D'autres comme une aide dans l'accompagnement dans sa pathologie (**MG-6**, **MG-7**, **MG-9**) :

MG-6 : « Je lui ai parlé de XXX, pour être là pour l'aider, euh... de l'accompagner, en discuter aussi avec lui, ... »

Un médecin dit simplement :

MG-3 : « C'est : « Ok, vas-y ! » Je dis : « Moi, j'ai pas le temps ! et c'est gratuit ! » »

Ils peuvent faire un courrier d'adressage (**MG-1**, **MG-5**, **MG-6**, **MG-7**) :

MG-6 : « Je leur imprime un petit courrier d'adressage, parce que euh.... [...] Des fois d'avoir le mot... marqué avec IDE-XXX, euh... [...] ça les incite euh... ça leur montre l'importance euh... de la consultation »

Ou s'aider de cartes déposées par l'infirmier ASALEE (**MG-2**, **MG-4**) :

MG-2 : « Je vous donne ma petite carte pour mon infirmière ASALEE, si vous voulez venir la voir euh... »

Cette étape de présentation du protocole est primordiale selon un infirmier, car si les médecins n'expliquent pas correctement leur rôle, cela va causer du tort dans la prise en charge, et il n'y aura pas d'adhésion :

IDE-2 : « Que peut-être ils expliquent un petit peu plus mon rôle... parce que souvent en fait, on me les adresse en disant : « Il a pris du poids, faut trouver une solution » [...] Qu'ils expliquent plus que je suis dans un rôle éducatif, et que je suis pas là pour faire perdre du poids, ... »

c) **Adressage médecins-dépendant**

(1) **Dépendant de l'implication du médecin**

Certains infirmiers ressentent un adressage médecins-dépendant (**IDE-4**, **IDE-6**, **IDE-8**, **IDE-9**) :

IDE-6 : « Il y a ceux qui m'envoient personne ! Vraiment ça fait des relations euh... : « Bonjour ; au revoir ! » ; Euh... après avec les autres.... Euh... ça va ! »

IDE-9 : « Enfin, j'en ai... j'en ai eu deux, et les deux que j'ai eus : c'était le même médecin ! Donc ce qui veut dire que tous les autres... »

Certains médecins pensent adresser dès que l'occasion se présente (**MG-1**, **MG-7**) :

MG-1 : « C'est vrai que quand l'occasion se présente, moi j'hésite pas à leur dire euh « bah hésitez pas à prendre rendez-vous avec Madame IDE XX » »

Et un médecin pense que ses patients envoyés vont bien aux rendez-vous :

MG-8 : « Euh... Ouais je crois... je, j'ai l'impression... j'ai cette impression là... »

(2) Dépendant de la pratique médicale

Certains médecins adressent à l'infirmier ASALEE, mais dans un second temps :

Pour l'un d'entre eux, pour ce qui est de l'obésité, le rôle de l'infirmier ASALEE ne peut intervenir que dans un second temps, après une évaluation et une prise en charge par les spécialistes :

MG-3 : « A mon avis, l'infirmière ASALEE viendra en deuxième temps... [...] APRES, quand il y a une prise en charge qui est régulière, qui est bien documentée, qui est bien jalonnée : LA, OK !! Mais aller envoyer quelqu'un directement à l'infirmière ASALEE, pour moi : non. »

Pour un autre, il ne lui adresse que les cas les plus difficiles quand il ressent qu'il a besoin d'un soutien supplémentaire :

MG-8 : « Euh... en revanche, quand il y a des cas réfractaires, euh... je commence par l'infirmière ASALEE »

(3) Prise des rendez-vous

Puis l'organisation se fait naturellement (**MG-1**, **MG-7**, **IDE-6**) :

MG-7 : « Et puis même des fois, c'est même nous qui... pour les motiver davantage, c'est même nous qui prenons rendez-vous pour eux ! »

IDE-6 : « En général euh... ils prennent rendez-vous au secrétariat, sur mon planning »

d) Adressage mais pas de prise de rendez-vous

(1) Constat de l'absence de prise de rendez-vous

De manière générale, les médecins adressent, mais se rendent bien compte qu'il n'y a pas de prise de rendez-vous effective (**MG-1**, **MG-5**) :

MG-5 : « Quand je... je fais les courriers spécial pour envoyer à ASALEE, et que quelques semaines après je dis : « bah alors, untel tu as reçu ? » Eux ils arrivent jamais là-bas en fait... ! Les enfants, clairement, n'arrivent JAMAIS à la consultation quoi ! »

Un médecin adresse mais ne se renseigne pas de la suite :

MG-9 : « *Donc oui : vous avez pas forcément fait le suivi derrière, de si ils avaient pris rendez-vous, ou pas rendez-vous ou... ? Oui c'est ça...* »

Ils partagent ce constat avec les infirmiers (**IDE-1, IDE-5**) :

IDE-5 : « *Parce que beaucoup me disent : « On leur en a parlé ! Mais ils prennent pas rendez-vous ! » Certains, vont fixer le rendez-vous ! Mais les patients l'annulent !! Avant de venir... »*

Même quand l'adolescent est bien suivi par ses parents :

MG-6 : « *Un sûr hein... que j'avais euh... je lui avais parlé de IDE-XXX hein... etc... mais bon ça n'a jamais... (sourire gêné...) [...] C'est un ado quand même que... la maman a un très bon suivi, donc elle me l'amène euh... »*

Et c'est pour eux un grand frein :

MG-5 : « *Pour moi le plus grand frein, c'est qu'en fait, on le... on les revoit pas quoi !! »*

Qu'ils ne s'expliquent pas (**MG-5, MG-6**) :

MG-5 : « *C'est, c'est une discussion qu'on a régulièrement [...] avec l'infirmière ASALEE [...]. Je disais : « Bah en fait, ils arrivent pas chez toi quoi ! » Je sais pas... Je sais pas pourquoi... Voilà... Il y a un truc où ça bloque, mais quoi exactement ?? Difficile à dire quoi ! »*

Au-delà de toutes les causes liées à la psychologie de l'adolescent et de sa famille déjà évoqués, d'autres problématiques peuvent être soulevées :

(2) Problème de la présentation du protocole

Le protocole n'est peut-être pas présenté de la bonne manière (**MG-6, IDE-1, IDE-5, IDE-6, IDE-7, IDE-8, IDE-9**) :

MG-6 : « *Pas la bonne façon de... de présenter les choses, d'alerter, et de... de d'inciter ! »*

IDE-5 : « *Ou comment, peut-être, sensibiliser les médecins à une euh... à pouvoir euh... présenter le protocole de la bonne façon, pour que les... les patients euh... pour faire en sorte que les patients euh... ils arrivent jusque chez nous ! »*

(3) Problème de l'adhésion au protocole

Malgré de nombreuses relances, les familles n'adhèrent pas (**MG-1, MG-2, MG-4, MG-6, IDE-5**) :

MG-1 : « *Il y en a un en l'occurrence j'ai en tête, j'ai même fait le courrier à plusieurs reprises, j'ai vu le... l'enfant avec sa mère, j'ai vu l'enfant avec son père, j'ai rabâché le truc quand même,*

[...] ... mais rien à faire... Moi je trouve que déjà de base, principalement c'est un problème de... déjà : d'adhésion »

IDE-5 : « Il y a un vrai problème d'adhésion... [...] Le médecin va jusqu'à prendre le rendez-vous, et la famille va... va l'annuler ! Ou les parents, ou l'enfant va demander à ce que ce soit annulé ! »

En définitive ce comportement est un frein à l'adressage et la prise en charge (**MG-1, MG-2, IDE-1, IDE-8**) :

MG-2 : « Voilà... donc ça c'est un frein aussi, euh.... refuser la prise en charge globale. »

IDE-1 : « Donc déjà ça c'est compliqué. Euh... ensuite, que l'enfant adhère... »

Plusieurs professionnels expliquent cela par le fait que la problématique est « imposée » aux patients, la démarche n'est pas la leur (**MG-1, MG-2, MG-4, IDE-8**) :

MG-2 : « Non adhésion euh... des parents ; non adhésion de l'enfant, c'est-à-dire qu'il ne vient pas forcément consulter pour ça, donc on pointe quelque chose, mais lui, il est pas forcément volontaire pour le faire ! »

IDE-8 : « Si on impose aux gens, si on explique pas aux gens, si on accompagne pas la démarche : les gens viennent pas !... Parce qu'ils connaissent pas !! »

e) Pas d'adressage

Pour nombres des infirmiers, la problématique de l'adressage est réelle (**IDE-5, IDE-6, IDE-7, IDE-8, IDE-10**) :

IDE-7 : « Déjà moi, j'ai un gros frein : c'est que le médecin ne m'en envoie pas !! [...] Donc ça, pour moi, c'est quand même un énorme frein... qui est même le principal ! »

IDE-10 : « Mais tant que le médecin, en fait, m'envoie pas... Moi je... je peux pas voir en fait !! Donc mon plus grand frein, on peut dire que c'est ça quoi !! »

Les raisons évoquées sont diverses :

(1) Sujet pas abordé

Selon certains professionnels, le sujet n'est tout simplement pas abordé en consultation (**MG-2, IDE-6, IDE-8**) :

MG-2 : « (Soupir) J'aurais tendance à dire euh que.... (Silence).... Je suis peut-être moins pro-actif actuellement pour proposer une prise en charge, ... chez les enfants... »

IDE-6 : « Enfin je pense que c'est pas adressé non plus... enfin, c'est pas non plus abordé en consultation... »

(2) Problème de penser au protocole

Même si le sujet est abordé, les médecins ne pensent pas toujours au protocole (MG-1, MG-4, MG-7, IDE-3, IDE-5, IDE-9, IDE-10) :

MG-1 : « Bon... il y a aussi ça hein ?! Des fois euh... on se dit « mince ! J'aurais peut-être dû l'adresser et là j'y ai pas pensé ! »

IDE-10 : « Moi je pense que c'est parce que les médecins ils pensent pas... [...] ...à nous... et puis pensent pas forcément à en parler aussi je pense aux... aux patients ! »

Une infirmière l'explique aussi par le fait de ne pas voir les patients souvent :

IDE-8 : « Après je pense que moins on voit les patients, et moins on y pense aussi ! Si c'était des jeunes qu'ils reverraient plus... [...] plus régulièrement...Euh... peut être qu'ils y penseraient davantage... ? »

(3) Pas d'envoi chez les infirmiers ASALEE

Certains médecins disent n'avoir jamais envoyé d'adolescent à l'infirmier ASALEE du fait qu'ils ne les voient pas en consultation (MG-2, MG-9) :

MG-2 : « Mais je... en fait des ados 13-17... !! Je suis même pas sûr... d'en avoir déjà envoyé à IDE-XXX... Parce que c'est une population qui consulte moins que les enfants plus jeunes... Ça c'est clair ! »

Pour un autre, il les voit, mais fait le suivi seul au départ :

MG-8 : « Euh.... dans un premier temps : personne ! »

Enfin, un médecin dit ne pas envoyer chez ASALEE pour une raison de proximité relationnelle du patient avec l'infirmière :

MG-3 : « Non... Non, non... Parce que euh... (géné...) ils se connaissent et... Elle veut pas que ce soit l'infirmière du coin qui... !! Voilà quoi !! »

(4) Envoi des patients dans un centre spécialisé

Certains médecins envoient dans des centres spécialisés par habitude (MG-1, MG-4) :

MG-4 : « Bah en fait euh... moi j'ai plutôt l'habitude de travailler avec Corbie... [...] C'est vrai que là-bas ils sont pris en charge, ils sont institutionnalisés quelques temps, pour bien qu'on leur explique tout... Tout ça... »

Ce qui n'échappe pas aux infirmiers :

IDE-10 : « Parce que... C'est... enfin, je sais que la plupart des médecins, c'est là-bas qu'ils envoient plus les... les patients... »

Pour d'autres, c'est dans le cadre de la prise en charge de l'obésité (**MG-3, MG-9**) :

MG-9 : « L'obésité était tellement morbide que j'ai dû adresser ailleurs... euh, à l'hôpital »

Et la prise en charge par ASALEE ne peut venir qu'en deuxième lieu :

MG-3 : « C'est une prise en charge ... qui ne peut venir qu'en deuxième lieu... une fois que les choses sont cadrées... [...] Donc, j'enverrai pas chez ASALEE ! »

5. Ressentis des médecins généralistes sur leur prise en charge

a) Ressenti général

Un médecin n'a pas d'avis puisque peu d'expérience, mais fait de son mieux :

MG-7 : « J'ai pas encore eu suffisamment de retours, positifs ou négatifs, pour vraiment en parler [...] On essaie de faire au mieux, tout simplement avec euh... avec ce qu'on a... »

Un médecin pense que la prise en charge est légère :

MG-6 : « Ce qui fait que.... à part en discuter au cabinet, les peser, et voilà... courbe IMC, ... pour voir un peu l'activité physique... alimentaire... bah... ça s'arrête là !! [...] ça reste euh...léger... »

Un médecin obtient des résultats contrastés :

MG-8 : « Et je reconnais que j'ai quand même des beaux résultats euh... [...] Et puis, j'ai des échecs retentissants... »

Certains se sentent un peu démunis (**MG-1, MG-5, MG-9**) :

MG-1 : « En tout cas, on va l'évoquer là, et puis bon ça va finir aux oubliettes, puis après on les revoit pas jusqu'à euh... jusqu'à je sais pas quand ?! »

Un autre se sent frustré :

MG-2 : « Et donc il y a une certaine euh... une certaine frustration ! »

b) Problématique de l'environnement familial

A la question « **Quels peuvent être selon vous les freins à cette prise en charge ?** », un médecin répond d'emblée :

MG-3 : « Par le médecin traitant ? C'est l'environnement familial ! »

Le contexte familial est souvent compliqué et empêche une bonne prise en charge (**MG-2**, **MG-8**) :

MG-2 : « Parce que euh : le contexte familial n'est pas... favorable... [...] Bah parce qu'il n'y a pas d'adhésion des parents, et que euh... il n'y a pas d'adhésion de... de l'ado euh... »

c) Problématique de l'abord

Certains médecins pensent que peut-être ils n'abordent pas le sujet correctement (**MG-5**, **MG-6**) :

MG-5 : « Alors euh après, si ils ne reviennent pas, c'est peut être que je ne l'aborde pas comme il faut !! (rires) C'est possible aussi !! »

Un médecin pense que c'est en améliorant l'abord de l'adolescent que la prise en charge pourra être effective :

MG-3 : « Moi, mes idées, c'est ça : c'est que on ne culpabilise pas un enfant, on relativise les choses, et on élimine une cause endocrine d'abord ! [...] C'est comme ça qu'on améliore le protocole... »

d) Problématique de l'alliance thérapeutique

Le lien ne se fait pas (**MG-1**, **MG-5**, **MG-6**) :

MG-1 : « Moi je trouve que c'est plus ça oui en fait... c'est pas le... le... la prise en charge en elle-même en fait, c'est vraiment le... l'initiation du... du truc... »

Et quand il se fait, reste fragile et se rompt facilement (**MG-8**, **MG-9**) :

MG-8 : « Qui ne vient plus me voir... et je pense qu'il vient plus me voir parce que... [...] Peut-être parce que, justement, je proposais trop, et j'étais trop intrusif... »

e) Problématique de l'adressage et du suivi

Un médecin note un échec de l'adressage :

MG-5 : « Donc malheureusement, j'ai... enfin désolé hein ! Mais sur ce... sur ce thème-là précisément, j'ai... j'ai peu de... de retour, parce que euh...parce qu'on a pas encore réussi à bien les... les envoyer... »

Un médecin pense que la problématique vient peut-être du fait qu'il n'y a pas de suivi derrière :

MG-9 : « Sur le temps de la consultation : ok c'est clair ! Et après quand je les revois, bien sûr j'y repense ! Mais si il disparaît, je... je... je l'oublie quoi ! Et donc c'est ça : peut-être le suivi... »

H. Prise en charge par les infirmiers ASALEE

Lors du questionnaire d'entretien semi-dirigé, il a été demandé aux infirmiers leurs ressentis par rapport à leur nouveau métier, de manière à comprendre si la problématique de la mise en place de ce protocole pouvait venir d'un mal être quelconque par rapport à leur activité professionnelle.

Il en ressort que les infirmiers sont globalement heureux de leur orientation, de pouvoir pratiquer l'ETP et de pouvoir passer le temps nécessaire avec leurs patients. Ils se sentent utiles.

L'ensemble des verbatims correspondants se trouve sur le CD-ROM en pièce jointe de ce travail dans l'intitulé « Ressentis des IDE ASALEE sur leur métier ».

Concernant ce protocole, voici ce qui ressort dans les résultats :

1. Besoin de multidisciplinarité des IDE

a) Sentiment de solitude ou d'abandon

Les infirmiers se sentent démunis et seuls dans cette prise en charge (IDE-2, IDE-5, IDE-6, IDE-7, IDE-9, IDE-10) :

IDE-5 : « Et je ne peux pas le faire tout seul !! »

IDE-6 : « Je me sens un peu démunie par rapport à ça euh... »

Les infirmiers ressentent un besoin profond d'être entourés par d'autres professionnels de santé dans ce protocole (IDE-1, IDE-3, IDE-4, IDE-5, IDE-6, IDE-8).

IDE-1 : « On est le premier maillon de la chaîne, mais nous tout seul on peut rien faire... »

IDE-3 : « Le but, nous ce qu'on veut, c'est réussir à créer des liens ! [...] Qu'il n'y ait pas QUE nous, qui prenions en charge euh... un enfant en surpoids, euh... »

b) Recherche de collaborations

(1) Dans le domaine médical

En premier lieu, la collaboration avec les médecins généralistes avec qui ils travaillent leur semble indispensable (IDE-1, IDE-2, IDE-3, IDE-6, IDE-9, IDE-10)

IDE-1 : « Alors, on essaie de travailler avec le médecin généraliste, forcément, puisque c'est lui qui nous l'envoie »

IDE-10 : « Après, c'est plus avec les médecins généralistes... »

Ils aimeraient travailler avec des médecins spécialistes :

IDE-5 : « Justement : des pédopsychiatres peut être... »

Voire des centres plus spécialisés avec qui ils essaient de créer du lien (**IDE-2**, **IDE-3**, **IDE-4**, **IDE-8**, **IDE-10**) :

IDE-2 : « Là on est en train de mettre en place un réseau avec le centre d'obésité pour enfants sur XXX »

IDE-10 : « Euh après, il y a XXX (Coordinatrice obésité Picardie), [...] qu'on a rencontré avec ASALEE... et si jamais j'ai un souci, ou une interrogation... : je sais que je peux l'appeler ! »

(2) Dans le domaine paramédical

Les infirmiers ASALEE s'entraident beaucoup entre eux (**IDE-3**, **IDE-7**) :

IDE-3 : « Alors déjà les collègues... mes collègues ASALEE ! [...] Chaque expérience de chacune est importante... !! [...] On s'entraide... parce que voilà : pour donner des... des idées justement, ... comment aborder certaines consultations »

Il y a également autres professionnels paramédicaux (**IDE-2**, **IDE-3**, **IDE-6**, **IDE-7**, **IDE-9**, **IDE-10**) :

IDE-6 : « Je pourrais être aidée aussi par... on a une diététicienne dans la maison santé, et une psychologue... »

IDE-10 : « Puis après on peut... il y a la psychologue si vraiment euh... on peut envoyer vers la psy... [...] On a la diététicienne aussi ici... Moi, je fais que l'équilibre alimentaire ! »

Mais faire le lien avec les autres professionnels reste compliqué :

IDE-1 : « C'est ça qui est compliqué, c'est de faire les euh... de de mettre tous les maillons sur la chaîne pour que l'adolescent soit pris en charge... ça c'est compliqué... »

(3) Dans le domaine extra-médical

Une infirmière aimerait également travailler avec les associations sportives pour que les adolescents puissent avoir une activité physique :

IDE-8 : « Faut quand même pouvoir se dire ben.... Faire appel à... au milieu du sport, euh... au milieu associatif, au milieu machin... pour pouvoir aider ces jeunes-là ! »

2. Abord de ce protocole par les IDE

a) Ressenti général

Certains se sentent plutôt à l'aise (**IDE-4**, **IDE-10**) :

IDE-10 : « Je pense que oui !! Bah si il y a bien un truc qu'on a appris avec ASALEE, c'est que il faut être à l'aise avec tout, et parler de tout !! »

D'autres pensent qu'ils seraient à l'aise mais n'ont jamais eu de suivi (**IDE-5**, **IDE-8**) :

IDE-5 : « Moi, je me sens... à l'aise ! Mais... sans patient !! C'est difficile de s'exprimer ! »

Certains infirmiers ne se sentent pas tout à fait à l'aise avec ce protocole (**IDE-1**, **IDE-2**, **IDE-6**, **IDE-9**) :

IDE-6 : « Alors, c'est pas un sujet où je serais... très à l'aise ! »

IDE-9 : « Euh... à l'aise euh... Je dirais non... ! Parce que c'est vraiment... enfin, pas évident ! »

Voire pas du tout à l'aise :

IDE-7 : « Ben de ce fait : non ! »

Tout comme pour les médecins, l'abord dépend de plusieurs paramètres :

b) Lié à l'infirmier

(1) Dans son ressenti

Les infirmiers peuvent présenter une gêne à l'abord du sujet :

IDE-4 : « Alors, c'est quand même difficile je trouve, de la... de l'aborder euh... moi c'est le... je, j'aborde pas le surpoids dans un premier temps »

Ils ont l'impression d'être un poids supplémentaire :

IDE-7 : « En tant que professionnel, je me sens un peu comme une verrue, c'est euh.... [...] On met encore le doigt sur... sur des choses quoi ! Donc j'ai l'impression d'être euh... d'être une douleur pour eux quoi !! »

Ils craignent de donner l'impression d'être moralisateurs (**IDE-6**, **IDE-7**) :

IDE-6 : « Ben j'aurais.... Oui, je serais.... j'aurais peur d'être un peu moralisatrice euh... par rapport aux parents »

Et redoutent de braquer l'adolescent ou les parents (**IDE-1**, **IDE-2**, **IDE-3**, **IDE-5**) :

IDE-3 : « J'ai toujours... « peur » ... un peu, entre guillemets... ! L'appréhension de... de... ouais ! De ce côté de faire culpabiliser le parent ! De les braquer en fait ! »

(2) Dans sa pratique

Le manque de formation a déjà été abordé. Il faut y ajouter le manque d'expérience avec les adolescents :

- Tant au niveau professionnel (**IDE-3**, **IDE-6**, **IDE-10**) :

IDE-6 : « Bah le fait d'avoir jamais reçu d'adolescent euh... non plus euh... C'est... difficile ! Je pense que je... ce serait compliqué dans les premiers rendez-vous ! [...] Et euh... première fois que je serai confrontée à des adolescents euh... »

L'une d'entre eux a déjà eu plusieurs suivis et se sent un peu plus à l'aise avec l'expérience, sans l'être vraiment totalement :

IDE-9 : « Un peu plus à l'aise qu'auparavant, qu'au début... puisque : plus on en voit, plus... [...] plus on prend l'expérience euh... plus « on est à l'aise » entre guillemets !! Mais euh... voilà... c'est pas... »

- Qu'au niveau personnel

IDE-6 : « Et je n'ai pas d'enfants non plus !! Et je pense que ça m'aide pas non plus à... euh... à avoir un dialogue euh... adéquate... »

c) Lié à l'adolescent et sa famille

(1) La difficulté liée à la classe d'âge

Un infirmier trouve que l'abord de l'adolescent est plus difficile qu'une autre classe d'âge :

IDE-9 : « A partir de 13 ans, je trouve que là c'est quand même un âge où... c'est compliqué ! Parce qu'il y a beaucoup, beaucoup, de choses qui rentrent en compte quand même euh... »

(2) La difficulté des consultations à plusieurs

La difficulté réside également dans le fait que la consultation ne se fait pas à deux : soignant-soigné, mais à trois voire à quatre, avec des rapports hiérarchiques différents entre les protagonistes (**IDE-1**, **IDE-6**) :

IDE-6 : « Aussi le fait que souvent, ils peuvent venir avec leurs parents... Donc euh... le regard de l'enfant, le regard des parents : ça peut être un peu compliqué je pense... »

(3) La difficulté liée à la relation parents-adolescent

La relation parents-adolescent est complexe, et il faut savoir trouver le juste équilibre dans les consultations :

IDE-9 : « C'est tout à la fois il faut proposer des consultations seul, tout en... en gardant le parent quand même à proximité, et en l'intégrant, malgré tout, au suivi et à la prise en charge quoi ! »

Aussi, même si au moins tout ou partie de la première consultation est préférable avec le parent (**IDE-2**, **IDE-6**, **IDE-9**) :

IDE-6 : « Donc je la reçois en individuel, et à la fin de la consultation, je fais rentrer ses parents pour qu'ils puissent un petit peu échanger euh... ensemble aussi... »

L'échange qui s'en suit n'est que plus riche en consultations seuls (**IDE-1**, **IDE-2**, **IDE-9**, **IDE-10**) :

IDE-1 : « Souvent, la 2e consultation, je demande à l'adolescent si il est d'accord et si... pour me voir seul, ... [...] parce que on découvre des choses aussi... quand les parents sont pas là... Ils se livrent un petit peu plus »

Car parfois la présence du parent peut les annihiler (**IDE-2**, **IDE-10**) :

IDE-2 : « La maman fait que je n'arrive pas à avoir cette euh... cette communication que je voudrais avoir avec la jeune fille [...], j'ai l'impression que la maman influence beaucoup les réponses... »

On peut noter une différence de relation selon que ce soit une fille ou un garçon :

IDE-2 : « Bien souvent les, les jeunes filles aiment bien rester avec leur maman, elles ont ce côté rassurant... je pense le euh... l'œil maternel... et euh les garçons non, plus facilement seuls... »

d) **Lié à la composante psychologique de la pathologie**

La composante psychologique de la pathologie met en difficulté les infirmiers (**IDE-1**, **IDE-6**, **IDE-9**) :

IDE-1 : « Je pense qu'on est pas assez formé à ça... [...] Et c'est vrai que ben ouais... on se rend compte que des fois... on sait pas quoi faire des informations, on sait pas comment les prendre, comment les aborder, et du coup ça c'est compliqué... »

3. **Création de l'alliance thérapeutique IDE-adolescent**

L'éducation thérapeutique relève de la décision du patient à se prendre en charge, en acceptant sa pathologie, et en devenant responsable de sa santé. Ceci est primordial pour l'adhésion du patient à la prise en charge (**IDE-1**, **IDE-8**) :

IDE-1 : « Des fois les gens viennent une première fois ils disent « non on n'adhère pas » hein, ... donc là on peut pas faire autrement... On dit, on est dans ce que VEUT le patient hein... On est dans l'EDUCATION THERAPEUTIQUE, donc c'est CE QUE le patient aura décidé, s'il ne veut pas venir, bah tant pis voilà... »

a) **Importance de créer le lien en instaurant la confiance**

L'alliance thérapeutique est une base fondamentale pour une bonne qualité de soins (**IDE-2**, **IDE-4**, **IDE-7**) :

IDE-7 : « Après une fois qu'on créé l'alliance thérapeutique euh... ils reviennent avec le sourire ! »

Les infirmiers ASALEE l'ont bien compris et mettent tout en œuvre pour qu'elle soit effective : ils tentent de créer le lien avec les adolescents en restant vrais et sincères, et en insistant sur la confidentialité des consultations. Ils les mettent à l'aise en parlant de sujets qui les rassurent, leur donnent confiance en travaillant sur l'estime de soi et la notion de plaisir. Ils évitent dans un premier temps les sujets qui pourraient braquer, notamment l'alimentation. Ils restent raisonnables sur les objectifs.

Les verbatims correspondants ont été retirés de ce travail original, car la problématique de la mise en application de ce protocole ne repose pas sur ces bonnes pratiques des infirmiers ASALEE. Ils sont retranscrits en intégralité dans le CD-ROM adjoint à ce travail de thèse dans le document « Verbatims extraits de la thèse ».

Cependant, malgré la bonne volonté de faire et de pratiquer, la création de l'alliance thérapeutique s'avère être compliquée et le lien difficile à créer (**IDE-1**, **IDE-2**) :

IDE-2 : « Donc c'est très compliqué, c'est vrai qu'il faut vraiment une relation de confiance, il faut arriver à... à rentrer dans leur petit cocon, c'est compliqué... »

b) **Incompréhension du rôle de l'IDE et des principes de l'ETP**

Parfois le rôle propre de l'infirmier ASALEE n'est pas compris dès le départ et cela provoque la nécessité d'explications non favorables à une bonne alliance thérapeutique d'emblée (**IDE-2**, **IDE-7**, **IDE-10**) :

IDE-7 : « Euh tout.... tout vient par l'alimentaire [...] c'est euh.... ils viennent pour ça en fait ! [...] Donc après c'est moi qui... qui... qui prends des rames et qui... (rires) »

Ou alors, c'est le principe de l'ETP qui n'est pas compris et qui met en difficulté l'infirmier (**IDE-2**, **IDE-9**) :

IDE-2 : « Je lui dis « c'est pas moi qui vais faire en fait, c'est vous qui allez faire », donc euh... »

c) **Importance de l'investissement du patient-adolescent**

C'est important que le patient soit acteur dans sa prise en charge (**IDE-1**, **IDE-10**) :

IDE-10 : « Je pense que c'est déjà fait que l'enfant il... il soit intégré dans la démarche... Souvent c'est parce que les parents lui ont dit, ou parce que le médecin a dit : « Tiens euh... ! » Et puis bah oui, en fait ils sont pas intégrés du tout dans le... dans le truc... »

Faute de quoi l'adolescent peut ressentir de l'appréhension (**IDE-7**, **IDE-9**) :

IDE-7 : « Euh... ils viennent un peu la boule au ventre, euh... : « Qu'est-ce qu'elle va me dire ? » « Qu'est-ce qu'elle va m'interdire surtout euh... ? » »

Selon un infirmier, la clé se trouve dans la façon de créer l'alliance, en comprenant la psychologie de son interlocuteur :

IDE-5 : « Alors la clé elle est... elle est beaucoup plus du côté psychologique... et c'est ce qui est... c'est ce qui est très long, et très difficile à... à enclencher quoi ! »

4. **Difficulté dans le suivi**

a) **Lié à l'infirmier**

La complexité multifactorielle de la maladie fait que parfois on s'écarte du rôle propre de l'infirmier ASALEE qui rencontre alors ses limites.

L'infirmier n'est ni psychologue, ni diététicien (**IDE-1**, **IDE-3**, **IDE-5**, **IDE-6**, **IDE-10**) :

IDE-1 : « Donc nous on essaie de les aider au mieux, mais on n'a pas une formation euh... On n'est pas psychologue, on n'est pas diététicienne, on pointe du doigt, mais on ne peut pas tout faire... »

IDE-3 : « Même si parfois euh... j'ai plus l'impression d'être la psychologue ! C'est ça un peu, où des fois, c'est pas évident notre place ! »

Ni médecin (**IDE-4**, **IDE-9**) :

IDE-9 : « Et je dis là, voilà, moi je dis : « Par contre, ça sort de mes compétences, donc je peux accompagner, je peux rester là en plus, ... mais par contre avec... ». Donc, je passe toujours, je repasse toujours par le médecin généraliste... »

Ni éducateur (**IDE-4**, **IDE-7**) :

IDE-7 : « On fait des choses, enfin... avec une famille euh... on a... ils... ils avaient un gros problème d'organisation en fait !! Donc c'est nous qui avons mis en place [...] Enfin... mais j'ai pas fait infirmier pour ça quoi !!! Enfin... c'est des éducateurs qui leur faut !!! »

Il s'en suit une mauvaise place qui n'est pas recherchée :

IDE-7 : « Donc euh... Après... après, oui on passe nous, par.... pour des méchants quoi ! Enfin... »

b) Lié au patient adolescent

(1) Abord de certaines problématiques sensibles

Même quand la relation de confiance est instaurée, les infirmiers ressentent que le lien reste fragile lorsque certains sujets sensibles sont abordés :

- L'aspect physique :

IDE-5 : « Au fil de l'eau, on arrive à... à les faire travailler aussi sur l'obésité... ! Ou le surpoids... »

- L'alimentation :

IDE-4 : « Mais je vois là euh, une fois qu'on l'aborde, il y a une ado qui s'est complètement braquée quoi... alors que, pourtant euh, ... L'alliance elle était là ! [...] Ça é été un fiasco... ! »

- L'aspect psychologique (**IDE-4**, **IDE-5**) :

IDE-5 : « Euh... on se rend compte que la limite c'est que.... à un moment donné on va.... on est obligé d'aller euh... d'aller creuser un petit peu au niveau psychologique... ! [...] Nous, on a créé un lien de confiance... [...] Je sais que si je creuse de trop, je vais plus voir le patient ! Et ça peut être rédhibitoire pour le suivi quoi !! »

Les infirmiers essaient malgré tout de maintenir le lien quoi qu'il en coûte :

- En reportant la discussion des sujets sensibles (**IDE-4**, **IDE-10**) :

IDE-4 : « Bah du coup j'aborde plus alimentation ! (rires) Je me dis que bon : faut pas que je la perde ! Mais euh... mais je suis pas du tout confiante... »

- En continuant le suivi même si elle outrepassse son rôle :

IDE-3 : « Bah souvent, ces enfants-là, quand on leur dit : « ça serait bien que tu voies quelqu'un : une psychologue... » « Ah non ! non ! non ! » « C'est vous ou personne ! » Donc on peut pas leur dire : « Ah bah non hein ! Moi, je suis pas psychologue, donc tu débrouilles ! »

(2) Difficulté de maintenir la motivation

Si l'adhésion est acquise, la motivation au long cours est difficile à maintenir, mais la décision revient au patient (**IDE-2**, **IDE-4**, **IDE-9**) :

IDE-9 : « Et puis euh... il a... enfin voilà, il a fini par décrocher euh... [...] Moi je... je relance une fois, deux fois ... [...] Puis après je laisse les patients libres à eux fait... donc après, voilà ! Il sait que je suis là... »

Les professionnels font pourtant preuve de souplesse pour optimiser la motivation du patient-adolescent (**IDE-9**, **IDE-10**) :

IDE-9 : « Après bon... les plages horaires, j'essaie quand même de m'adapter au maximum, en fonction de leurs disponibilités ! [...] Donc euh... je propose le samedi matin... pas trop tôt, parce que je sais que souvent un ado ça aime bien dormir donc euh ... !!! »

c) Lié au manque de soutien des parents

Il est souvent constaté un moindre investissement de la part des parents, quand bien même l'adolescent est motivé (**IDE-2**, **IDE-9**) :

IDE-2 : « Après il y a des enfants qui sont très très motivés, mais euh... mais qui... qui ont pas le soutien des parents... c'est compliqué aussi de ce côté-là... »

Parfois les parents ne se sentent pas concernés par la prise en charge, notamment du fait qu'ils considèrent leur adolescent comme autonome (**IDE-2**, **IDE-7**, **IDE-9**) :

IDE-9 : « Ou en tout cas, il y a un investissement moins important des parents au-delà de 13 ans, que avant 13 ans ... [...] Comme ils sont adolescents, on leur laisse plus d'autonomie euh... et donc euh, dans leur prise en charge AUSSI ils sont plus autonomes... »

Les parents peuvent abandonner :

- Le suivi des rendez-vous :

IDE-9 : « Donc après, il y a un rendez-vous qui a été oublié, j'ai relancé la maman, j'ai pas eu de retour, donc bah après... »

- L'accompagnement aux rendez-vous, rendant difficiles les échanges (**IDE-1**, **IDE-2**, **IDE-9**, **IDE-10**) :

IDE-9 : « Et donc la maman, je l'ai vu les premières consultations, et après je ne la voyais plus du tout.... [...] Il n'y a plus de contacts avec les parents et.... je pense que ça aide pas non plus dans la prise en charge ... ! »

Les parents encouragent leur adolescent à pratiquer le sport, mais sans soutien à titre personnel :

IDE-7 : « Enfin oui... Puis, c'est bien beau aussi de dire aux enfants : « Faut faire du sport ! Faut faire de l'activité physique ! » et tout ça... !! Bah ouais et quand le parent il fait rien du tout ?!! »

Parfois ils vont à l'encontre du bénéfice attendu :

IDE-4 : « Les parents ! Parce que... si le parent derrière euh... il massacre tout ou... il va pas dans votre sens euh... Enfin, c'est un peu compliqué quand même hein ! »

5. Attentes et ressentis sur la prise en charge ASALEE

a) Point de vue des médecins généralistes

(1) Attentes vis-à-vis des infirmiers

Une fois le patient envoyé par le médecin généraliste, celui-ci aimerait sincèrement du résultat (**MG-1**, **MG-5**, **MG-8**) :

MG-5 : « Et que on arrive à un résultat ! »

Avec un meilleur suivi des envois :

MG-9 : « Euh... c'est... je pense que... oui ! C'est.... c'est des situations qui demandent des relances euh..., des choses comme ça ! »

Il attend de son infirmier qu'il se rende disponible (**MG-7**, **MG-8**) :

MG-8 : « Et c'est en ça alors ASALEE euh peut... intervenir euh très volontiers euh... [...] par exemple, nous on les revoit tous les 6 mois, et puis ASALEE les revoit tous les 2 mois entre 2 ! »

Et en prenant le temps qu'il faut (**MG-4**, **MG-6**, **MG-8**, **MG-9**) :

MG-4 : « Qu'elle prenne plus de temps à expliquer les choses... Que moi j'explique pas forcément... »

Pour donner la motivation à l'adolescent (**MG-4**, **MG-9**) :

MG-4 : « Qu'elle... qu'elle les motive aussi quoi... »

Dans une prise en charge globale (**MG-3**, **MG-5**) :

MG-5 : « Les... les attentes, ça serait euh... Ben qu'il y ait une prise en charge globale euh... par euh... de l'enfant, et des parents »

Approfondie (**MG-3**, **MG-4**) :

MG-3 : « Il faudrait qu'elle.... qu'elle fouille à fond !! »

Commune et complémentaire (**MG-3**, **MG-4**, **MG6**) :

MG-4 : « Qu'elle supplémente un peu tous les conseils que moi je pourrais donner »

(2) Ressentis sur la prise en charge

Le ressenti des médecins généralistes est que la prise en charge de manière générale est bonne (**MG-2**, **MG-3**, **MG-4**, **MG-5**, **MG-6**, **MG-8**) :

MG-2 : « Bah... la prise en charge est bonne ! La prise en charge est bonne... »

MG-8 : « Bah euh... du coup, la prise en charge elle est... elle est correcte ! Elle est adéquate euh... »

Bien que parfois, du fait de la complexité de la prise en charge, elles s'éloignent de fait de leur rôle propre :

MG-9 : « Et du coup euh... des fois c'est plus « psychothérapie de soutien » !! (rires) Elle est obligée de dire euh... : « Non ! Je suis pas psychologue !! » (rires) [...] Il y a peut-être un petit peu cette dérive euh... psy euh... »

Les résultats pour ce protocole ne peuvent pas être évalués par un médecin car il n'y a pas de suivi :

MG-4 : « Après au niveau de l'obésité de l'enfant, je sais pas puisqu'on a jamais travaillé sur ça ensemble... »

Un médecin pense que tout le travail est fait en amont :

MG-3 : « Mais bon, on aurait fait le boulot avant !! »

Un médecin pense qu'elle est adaptée seulement si il ne s'agit pas d'une obésité réfractaire :

MG-8 : « C'est adapté, pour un certain nombre de gens... En revanche, pour l'obésité réfractaire, ... elle a au moins un avantage : c'est qu'elle permet de la détecter... »

Un autre les juge plutôt décevants en définitive :

MG-2 : « Mais les résultats sont décevants... [...] Parce que souvent en fait ça... ça se termine en... en queue de boudin parce que euh... »

Un médecin se l'explique par un manque d'adhésion des familles et de l'adolescent au protocole :

MG-3 : « Alors, le problème : c'est pas l'infirmière ! Le problème, c'est que ce sont les patients !! »

Ou parce que les patients ne comprennent pas bien le concept d'éducation thérapeutique et, au contraire, se désresponsabilisent :

MG-9 : « Après des fois, les patients ils comprennent pas trop... parce qu'ils... Euh... je pense qu'ils se reposent un peu trop sur elle... [...] et de... ben, quelque part, ils se déresponsabilisent... »

b) Point de vue des infirmiers ASALEE

(1) Attentes vis-à-vis des médecins

Les infirmiers de leur côté aimeraient qu'il y ait plus d'implication des médecins (**IDE-5**, **IDE-6**, **IDE-9**) :

IDE-5 : « Qu'ils s'intéressent peut-être euh... de façon plus active à ce qu'on fait... ! [...] Si ils se contentent de nous adresser les patients, de valider ce qu'on fait, ... ! »

Qu'il y ait un dynamisme autour du protocole :

IDE-4 : « Qu'il y ait un dynamisme fort intéressant !! »

Ils souhaiteraient qu'ils se rendent plus compte de bénéfice de leur action pour tous :

IDE-3 : « Pour eux de dire : « Ah bah oui tiens ! L'infirmière ASALEE euh... ça... ça va être ça bénéfique pour mes patients ! » ... Mais en fait du coup : « Aussi pour moi quoi ! » »

(2) Ressentis sur la prise en charge

L'un d'entre eux se sent frustré de ne jamais avoir pu essayer :

IDE-5 : « Donc je me sens frustré de ne pas pouvoir euh... de ne pas avoir la possibilité de pouvoir tenter quelque chose avec des patients !! »

Pour ceux qui ont pu avoir une expérience, le ressenti sur les résultats est plutôt satisfaisant (**IDE-4**, **IDE-7**, **IDE-8**, **IDE-9**, **IDE-10**) :

IDE-4 : « Euh je pense que c'est plutôt... plutôt favorable... »

IDE-9 : « Et donc il était fier de lui, parce qu'il avait pu faire autant de kilomètres, et euh... et qu'il se sentait bien quoi !! »

Ils constatent des effets positifs, notamment lorsque les parents sont investis (**IDE-2**, **IDE-3**, **IDE-7**) :

IDE-2 : « Les parents nous disent « mais on a vraiment fait ce que vous nous avez dit, et en fait, on se sent mieux nous aussi, en tant que parents, parce que Ben on s'est aperçu que finalement on faisait des choses qu'il fallait pas ! » donc là c'est... c'est... c'est bien »

Mais des résultats mitigés malgré tout (**IDE-2**, **IDE-8**, **IDE-9**) :

IDE-9 : « Euh... c'est pas facile d'avoir de réels résultats euh... [...] chez les adolescents [...] Enfin voilà, les résultats sont pas... sont pas francs... »

Ils s'interrogent sur ces résultats peu probants (**IDE-2, IDE-4**) :

IDE-2 : « Soit c'est moi qui n'aborde pas le sujet comme il faut, mais j'ai pas l'impression... [...] soit le message il est pas passé clairement »

IDE-4 : « Alors, est ce que j'étais trop jeune dans mon arrivée chez ASALEE ? Et qu'aujourd'hui, j'aurais pas le même discours ? »

Ils sentent leurs limites (**IDE-4, IDE-5**) :

IDE-5 : « Parce que euh... on est.... c'est pas notre.... place ! C'est pas notre statut... [...] Euh... on... on va être... on ne sera plus dans notre rôle euh... [...] ! En tant qu'ASALEE euh... [...] ! Donc à un moment donné, notre limite elle est là »

Mais ils maintiennent le lien même si cela dépasse leur rôle (**IDE-4, IDE-10**) :

IDE-4 : « Après je me dis : « Je peux pas faire de mal ! », donc euh... à partir du moment où je peux pas faire de mal euh... au final euh... »

Car, en tout état de cause, il y a un bénéfice pour l'adolescent dans son accompagnement (**IDE-4, IDE-10**) :

IDE-10 : « C'est pas tant pour reparler de l'alimentation et tout ça, ... c'est beaucoup euh... voilà : soutenir la motivation et... et faire ressortir du coup leur... leur euh... leurs exploits, leurs efforts, les remettre en confiance derrière ! »

Avec une prise de conscience pour le futur (**IDE-1, IDE-4, IDE-9, IDE-10**) :

IDE-9 : « Je me dis que déjà s'ils ont compris ce... ce... le fonctionnement ! Euh... c'est pas perdu ! Et que, au fur et à mesure, ... enfin voilà ! Ça prendra le nombre d'années qu'il faudra ! Mais euh... eux au moins, ils ont intégré quelque chose ! »

I. Relations médecins généralistes – infirmiers ASALEE

Lors des entretiens semi-dirigés, le chercheur a voulu savoir si la problématique de la difficulté de mise en place de ce protocole « Surpoids et obésité chez l'adolescent » pouvait venir d'une coopération non optimale entre les médecins généralistes et les infirmiers ASALEE, ou d'une mauvaise communication.

Il en ressort que non, du moins, ce n'est pas spécifique de ce protocole : bien qu'il y ait toujours des choses à améliorer, en renforçant encore d'avantage la communication et la coopération, les médecins et les infirmiers nourrissent de bonnes relations et coopèrent de manière

complémentaire, en échangeant au maximum dans le seul but d'optimiser la prise en charge patients, y compris et surtout pour les situations plus compliquées.

Les médecins reconnaissent l'aide précieuse que leur apportent les infirmiers, et leur travail de qualité. Pour les protocoles effectifs, les retours sont bons et les effets bénéfiques.

Les infirmiers sont très investis et aimeraient que les médecins soient encore plus impliqués. Ils reconnaissent qu'ils manquent cruellement de temps. Pour autant ce ressenti concerne l'ensemble des protocoles, et pas uniquement celui-ci.

La problématique est donc ailleurs.

L'ensemble des verbatims correspondants se trouve sur le CD-ROM en pièce jointe de ce travail dans l'intitulé « Coopération médecins - infirmiers ».

J. Pistes d'amélioration

Le socle pour réussir quoique ce soit reste quand même de « prendre le temps de faire les choses ». A la question « **Comment pensez-vous pouvoir faire évoluer les choses ?** », la réponse est unanime :

MG-3 : « *Qu'on ait le temps !* »

IDE-4 : « *Prendre du temps !!!* »

IDE-5 : « *Mais.... avant de pouvoir faire ça !!! (rires) Il faudrait dégager du temps... !!!* »

Cela permettrait de :

1. Valoriser la prévention

a) Au sein des structures

(1) Communication

Il faudrait se faire plus connaître (**MG-5**, **IDE-10**) :

MG-5 : « *Est ce qu'il faudrait pas communiquer plus... largement, et que les gens savent qu'il y a ce type de structure ici... ? et que ils peuvent amener leurs enfants euh... voir quelqu'un de formé à ça !* »

Ce que dit un médecin c'est qu'il faudrait réussir à interpeller l'attention des patients afin que la démarche soit la leur :

MG-1 : « *Enfin... je sais pas... faudrait réussir à... oui ! A interpeller les gens en fait ! Et... et et à leur... à les amener à en parler naturellement en fait... c'est ça...* »

Cela peut être une communication orale dans les écoles (**MG-5**, **IDE-10**) :

MG-5 : « Est ce qu'il faut pas que... aller plus vers l'extérieur ! Puisqu'on les voit pas... [...] Euh ... j'sais pas ... que l'infirmière ASALEE aille verbaliser dans les écoles !! »

Ou une communication écrite au sein même du cabinet ou de la MSP via une campagne d'affichage en version papier (**MG-1**, **MG-5**, **MG-6**, **MG-9**, **IDE-2**) :

MG-1 : « Parce que les gens lisent quand même les affiches en salle d'attente euh... [...] Est-ce que si on mettait un message un peu d'appel, d'accroche, pour dire « bah si votre enfant a un problème de surpoids ou quoi ? » Peut-être euh... ? »

MG-6 : « Là on travaille sur la vaccination, toute l'année, euh... [...] sur le.... « octobre rose », tout ça ! Donc oui !... pourquoi pas hein ? « Le mois de l'obésité » ... »

Ou encore via internet avec la création de sites dédiés :

MG-5 : « Bah ça pourrait être euh... nous euh... nous on essaye de créer un site internet hein actuellement ... Donc ça peut être par exemple euh... Communiquer par le site internet euh... »

(2) **Marches ou ateliers collectifs**

Les infirmiers peuvent proposer des marches (**MG-1**, **IDE-2**) :

MG-1 : « Et puis là euh... Elle instaure les groupes de marche et tout... [...] Donc bon... on espère que ça va... voilà ! Un petit peu... motiver un peu les troupes »

Ou faire des ateliers pratiques (**IDE-2**, **IDE-9**) :

IDE-9 : « Euh... là je pense qu'il faut qu'on fasse... des... des ateliers »

Et pourquoi pas avec les médecins :

IDE-5 : « Peut-être en arrivant euh... à mettre en place un atelier euh... collectif, ... auquel participeraient les médecins... ! »

b) **Avec les associations sportives**

Travailler en collaboration avec les associations sportives serait bénéfique :

IDE-8 : « Avec le monde associatif... [...] Parfois, avec les moniteurs sportifs, il y a les séances ASALEE qui incluent les séances euh... sportives... [...] Ca relance euh... Des.... Des machines qui étaient complètement fermées ! »

c) **Laisser le temps**

(1) **De mieux intégrer ASALEE**

Il faut laisser du temps pour changer les mentalités et les pratiques (**MG-8**, **MG-9**) :

MG-9 : « Moi, j'ai compris très tard qu'elle faisait ça... en fait.... J'ai, j'ai lu lorsqu'elle m'avait donné.... Mais... j'ai pas du tout retenu euh... Oui ! C'est ça le problème aussi, c'est que euh : il faut s'approprier le concept !! De l'infirmière ASALEE (rires) »

(2) De mieux intégrer le protocole

Protocole récent, il faut peut-être laisser du temps pour le mettre en place (**IDE-6, IDE-7, IDE-10**) :

IDE-10 : « Je pense qu'il faut du temps pour euh... Que ça s'imprègne... »

(3) D'acquérir de l'expérience

Plus le protocole sera exploré, plus les professionnels seront à l'aise (**IDE-4, IDE-6**) :

IDE-6 : « Et je pense que c'est le fait aussi que je suis genre.... moi je serai pas forcément très à l'aise dans les premiers temps, mais je pense que ça va venir hein ! »

(4) De reprendre après la crise du COVID

La crise du COVID a été très néfaste pour la prévention de manière générale. Les professionnels pensent qu'avec le temps, les prises de conscience et les actions de prévention feront leur retour (**MG-7, IDE-3, IDE-9**) :

IDE-9 : « Peut-être que la prise de conscience va venir euh... par la suite ! Mais je pense que là euh... on est encore tellement dedans que... je pense que c'est encore trop tôt ! »

2. Améliorer le recrutement

a) Via les parents

Une manière de faire serait que les parents s'approprient la santé de leur adolescent par les courbes :

- Via le carnet de santé :

MG-8 : « Ça serait peut-être une piste intéressante, euh... de demander aux parents de systématiquement se... s'approprier la courbe ! [...] Ah je pense qu'il faudrait plus impliquer les parents oui !! Ou même les adolescents eux-mêmes hein !! »

- Via internet :

MG-8 : « Enfin, il y a très facilement sur internet des courbes en ligne hein ! »

Ou même envisager un carnet de santé électronique avec des rappels sous forme d'alertes :

MG-8 : « Je pense que c'est l'avenir... [...] On a maintenant nos carnets de santé électroniques, nos carnets de vaccination électroniques, ça commence un petit peu à rentrer dans les mœurs ! [...] On pourrait avoir des... des... des rappels, ou des alertes [...] et ils pourraient faire ça tous les 3 mois pendant toute l'adolescence ou toute l'enfance... »

Pourquoi pas via le DMP (Dossier Médical Partagé) :

MG-8 : « Via le DMP également ! C'est possible ! Puisque les enfants vont avoir un DMP ! »

Tout ceci pour que les parents prennent conscience de la problématique et que la démarche soit la leur :

MG-8 : « Le poids associé à la taille, et euh... le calcul de la courbe [...] serait un bon moyen pour les parents de... de se rendre compte des choses quoi !! »

b) Via le médecin généraliste

(1) Pratique médicale

(a) Mesures biométriques

Un médecin insiste vraiment sur le fait que tous les médecins doivent s'approprier les courbes :

MG-8 : « Mais le problème, il faut vraiment que l'ensemble de la base des médecins généralistes s'approprient les courbes ! Je pense que ça, c'est vraiment quelque chose ! »

Peut-être en s'aidant d'outils informatiques :

MG-6 : « Après euh... alors je me suis jamais trop appuyé là-dessus, j'y suis allé qu'une seule fois sur ce site internet là, mais j'ai euh... [...] Les... les jeunes avaient monté « Obesiclic » »

(b) Consultations dédiées

Certains médecins généralistes parlent spontanément de consultations dédiées à la prévention

(MG-1, MG-4) :

MG-1 : « Après euh... est ce qu'il faut instaurer une consultation vraiment entre guillemets plus euh... enfin pas obligatoire, j'en sais rien, mais [...] ... bah sur l'alimentation déjà, [...] ou « est ce qu'il a une activité physique ? » »

Ce serait une manière pour eux d'aborder le sujet plus facilement :

MG-1 : « Mais peut-être euh... qu'il faudrait une consultation dédiée, un truc qui ferait que voilà... on n'est pas peur d'en parler et... que voilà... ça soit mis carte sur table ! »

(c) Abord du sujet

La première problématique est que les médecins prennent le temps **(MG-3, IDE-6) :**

MG-3 : « Ah si le médecin ne prend pas son temps, ça marchera pas ! Il faut que le médecin prenne son temps... »

Qu'ils soient plus systématiques dans le dépistage :

MG-4 : « Il faudrait dépister déjà tous les enfants obèses... [...] C'est une première étape »

Ils sentent qu'ils doivent être plus impliqués au cours de leurs consultations (**MG-4, IDE-6**) :

MG-4 : « Faudrait que ça vienne de moi aussi ! (rires) [...] Il faudrait que j'y pense plus souvent ! »

(d) Adressage

Il faudrait que les médecins soient plus systématiques dans l'adressage (**MG-4, MG-7**) :

MG-7 : « Donc ça veut dire de... ne serait-ce que d'y penser... [...] Il faut qu'on essaye de trouver des... des, des « pense bêtes » pour nous rappeler de le proposer »

Avec une autre présentation du protocole pour une meilleure adhésion (**MG-6, MG-7**) :

MG-6 : « Donc euh revoir ouais, ... la façon de faire ? Enfin... [...] Comment on pourrait amener les choses auprès de l'adolescent euh... ? Pour qu'il adhère à cette prise en charge ! »

En étant plus persuasifs (**MG-5, MG-6, MG-7**) :

MG-5 : « Ben peut être qu'il faut que je sois encore plus persuasif quand je leur dis d'y allez euh... »

Tout en étant rassurants :

MG-6 : « Peut-être les rassurer aussi par rapport à l'ETP ? Peut-être qu'ils ont l'impression qu'on va leur sonner la clochette, ... un problème de présentation alors du coup peut être... ? »

Certains professionnels pensent que le recrutement par le médecin généraliste pourrait être amélioré grâce à la relance via l'entretien mené au cours de ce travail de thèse (**MG-2, MG-6, IDE-7**) :

MG-2 : « Peut-être... par le biais de ce que tu viens de faire là, euh... de me... restimuler pour.... pour y penser lorsque je les vois ! »

Des mails ont été envoyés plusieurs mois après la réalisation des entretiens à tous les infirmiers ayant participé à ce travail pour répondre à cette question : 3 d'entre eux n'ont pas répondu ; 5 n'ont pas du tout eu de suivi (selon eux : soit parce que les médecins sont dans le curatif et n'adressent pas, soit ils adressent mais il n'y a pas de prise de rendez-vous) ; 1 a eu un suivi mais qui s'est arrêté à cause de la dépendance aux parents ; et 1 a deux suivis actuellement, envoyés par un jeune médecin.

(2) Implication de l'infirmier ASALEE

(a) **Relance des médecins**

Certains infirmiers ont conscience qu'ils doivent eux aussi relancer de leur côté (IDE-3, IDE-6, IDE-8, IDE-9) :

IDE-3 : « Communication !! Vraiment euh... Relancer les médecins... [...] Voilà, je pense que c'est ça vraiment.... Que tous... tous... tous les mois : amener un sujet. « Bah là voilà, ce mois-ci : « surpoids sur l'enfant » ! [...]... Je pense qu'il y a que ça... cette communication... »

C'est d'ailleurs un souhait des médecins (MG-4, IDE-3) :

MG-4 : « Peut-être qu'effectivement il faudrait que de temps en temps elle me relance un petit peu sur le sujet euh... »

Une infirmière voudrait aussi relancer ses médecins sur les attentes qu'ils peuvent avoir vis-à-vis d'elle :

IDE-9 : « Et puis peut être de leur poser la question sur euh... Clairement : [...] Qu'est-ce que ça peut leur apporter ? Et qu'est-ce que je pourrais faire aussi pour... peut-être ça... ça fonctionne plus en fait !... ou mieux... »

(b) **Mise en place d'outils pratiques**

Certains infirmiers souhaitent mettre en place des outils pratiques pour stimuler les médecins, mais n'ont pas encore trouvé le temps de le faire (IDE-1, IDE-4) :

IDE-4 : « J'aimerais construire un truc, qu'il y est une dynamique autour ! Et ça... j'ai du mal à le faire... [...] Ça serait vraiment de, de trouver ce temps pour construire quelque chose. »

D'autres ont déjà élaboré des dépliants mis à leur disposition pour leur faciliter la tâche (IDE-6, IDE-9) :

IDE-6 : « Et pour le protocole d'obésité de l'enfant, j'avais fait aussi des... des petits dépliants euh... que j'avais donné aux médecins, pour peut-être [...] le donner aux... aux patients... »

Ou posé des affiches au sein même du cabinet :

IDE-9 : « Mettre une affiche sur euh... la porte en fait ... [...] plutôt à l'intérieur... » Comme ça dès qu'il ouvre la porte, à chaque fois il voit l'affiche ASALEE euh... »,

Mais ils n'ont pas encore eu de retours pour le moment (IDE-6, IDE-9) :

IDE-6 : « J'ai pas eu de retours sur ça euh... je ne pense pas que c'est quelque chose qu'ils utilisent ! »

(3) Améliorer prise de rendez-vous

(a) **En comprenant l'absence de prise de rendez-vous**

En discutant entre médecins et infirmiers :

MG-6 : « Peut-être que, avec XXX, qu'on en rediscute euh... [...] Enfin, qu'est ce qui bloque ? Pourquoi là aucun... »

Et, au-delà d'en discuter au sein même de la structure, il s'agirait d'échanger sur le sujet avec les autres structures pour comprendre les problématiques :

MG-5 : « Déjà si dans d'autres... structures..., ils ont le même souci ! Parce que est ce que c'est un truc qui est un peu inerrant à notre structure ou est-ce que c'est un truc plus général ? »

Et pour se donner mutuellement des idées, afin de faciliter l'adhésion du patient par la prise de rendez-vous :

MG-5 : « Et est-ce que eux ils ont des... des pistes ? Des trucs euh... qui ont montré que... ils avaient des techniques d'accroche pour que ça marche bien ? »

(b) **En travaillant conjointement à la prise de rendez-vous**

(i) *Réunions de travail médecins-infirmiers*

Médecins et infirmiers pensent que chercher des solutions ensemble peut apporter des idées (**MG-5, MG-6, IDE-1, IDE-9**) :

MG-5 : « Euh... je sais pas, c'est peut-être un... un truc à travailler justement avec... avec nos infirmières ASALEE ... de voir si eux, ils ont des... »

IDE-1 : « On essaie de travailler sur comment on pourrait faire pour que les gens prennent rendez-vous... »

(ii) *Rendez-vous en sortie de consultation*

Peut-être en prenant des rendez-vous de manière systématique dès la sortie de consultation (**MG-5, IDE-9**) :

MG-5 : « Peut-être qu'il faudrait que je les accompagne jusqu'au bureau et (rires) qu'ils prennent le rendez-vous devant moi !!! Si il faut en arriver là ! »

Mais pensent malgré tout que la problématique est plus profonde :

MG-5 : « Et encore, ils seraient capables d'annuler euh... une fois que je serais reparti !!
(respiration profonde) »

(iii) Listing de suivi des patients

En essayant de faire un suivi des patients envoyés via l'infirmier ASALEE :

MG-4 : « Et après euh... elle m'a demandé de faire aussi une liste pour être sûre que les gens appellent, et que sinon elle les relance... »

En faisant appel à un auxiliaire médical :

MG-9 : « Je... je réfléchis beaucoup à la question d'un auxiliaire médical, et je pense que ça pourrait être une de ses fonctions de... de voir un peu euh... [...] enfin... qui on perd de vue ? »

c) Via les consultations de prévention pour les 15-16ans

(1) Information insuffisante à propos de cette consultation

Ces consultations de prévention, pourtant inscrites dans le carnet de santé, et qui font partie des 20 examens de santé de suivi pour les enfants mineurs, ne sont pas exploitées.

Elles sont absolument inconnues des médecins généralistes et des infirmiers. A la question du script : « **Qu'est-ce que vous pensez justement, pour inciter un peu les adolescents, des nouvelles consultations recommandées pour les 15-16 ans ? Vous en avez déjà entendu parler ?** », la réponse était systématiquement : « Non ! » « Je n'en avais pas du tout entendu parler... » « Je ne savais même pas que ça existait ! » « Quelles consultations ? ».

Sauf pour un jeune médecin :

MG-7 : « J'en sais pas grand-chose, je sais qu'il y a une consultation dédiée »

Les professionnels de santé pensent que les parents ne sont pas plus au courant (**MG-1**, **MG-4**, **MG-5**) :

MG-5 : « J'ai jamais... [...] des adolescents qui viennent euh... en me disant : « voilà, je viens de faire ma consultation de mes 15-16 ans ! » »

Il n'y a, a priori, pas de courrier informatif émanant de la sécurité sociale comme elle le fait pour d'autres examens de santé (**MG-1**, **MG-2**, **MG-4**, **IDE-9**) :

MG-1 : « J'ai jamais vu en tout cas de personne qui m'a mis un courrier me disant « tient, j'ai reçu ça de la sécu, qu'est-ce qu'on fait ? » »

Ce courrier serait pourtant intéressant pour rendre les parents acteurs de la santé de leur adolescent (**MG-2**, **IDE-5**) :

MG-2 : « Ouais ça permettrait peut-être d'être euh... aux parents ou alors à l'ado d'être actifs, [...] et donc qu'il y aurait une adhésion de départ ! »

D'autant plus qu'il s'agit d'une consultation prise en charge intégralement par la sécurité sociale (**MG-2**, **IDE-5**) :

IDE-5 : « ... Ouais, qui sont gratuites ! »

(2) **Mise en place**

(a) **Intéressante**

Et en tout état de cause, ce serait bénéfique pour les adolescents (**MG-1**, **MG-4**, **MG-8**, **IDE-3**, **IDE-4**, **IDE-5**) :

MG-4 : « Oui oui, je trouverais ça bien ouais... »

IDE-4 : « Ça pourrait être intéressant... Carrément... ça ouais, ça a tout son sens hein ! »

Il faudrait idéalement que l'adolescent soit vu seul, sans ses parents :

IDE-2 : « Arrivé à un certain âge, les parents ça... ça bloque quand même [...] Donc c'est vrai que ça pourrait être intéressant d'avoir que les ados et pas forcément les parents... »

Faire des consultations en binôme avec le médecin serait intéressant :

IDE-2 : « Mais ça pourrait être sympa de le faire en binôme... Je pense que ça doit être très intéressant ! On pourrait échanger avec le médecin... »

Mais à condition que ça aboutisse à une action, ce qui laisse dubitatifs certains professionnels (**MG-2**, **IDE-10**) :

IDE-10 : « Puis, c'est tout un... c'est bien tout ça ! De le faire... [...] Le truc c'est savoir si derrière ça pourra.... ça pourra engendrer sur quelque chose ! »

(b) **Compliquée**

Les mettre en place pose questions (**MG-4**, **IDE-4**, **IDE-5**, **IDE-8**, **IDE-9**) :

MG-4 : « Dans l'idée, on pourrait... mais dans la pratique ça serait compliqué... »

IDE-8 : « Peut-être que... enfin... je sais pas... comment ils vont les mettre en place mais... »

Cela paraît compliqué du fait de l'activité médicale déjà intense (**MG-4**, **MG-6**, **MG-7**, **IDE-8**) :

MG-4 : « Bah parce que... parce qu'on a pas le temps ! »

IDE-8 : « Sincèrement avec l'activité qu'il y a ici euh... j'ai pas de solution.... j'ai pas de... enfin voilà... »

Peut-être en passant par les parents lorsqu'ils sont vus en consultation (**MG-1**, **MG-6**) :

MG-6 : « De... de redire aux parents : « Bah moi, j'aime bien les voir une fois par an, quand même, pour un examen général euh... en dehors de... qui soient malades ! » ... »

Mais cela paraît compliqué :

MG-5 : « Il faut penser à ré-associer le nom du parent, le nom de l'enfant, euh... et... [...] Pfff... Non, honnêtement, c'est pas... C'est compliqué.... Ouais, c'est compliqué... »

(3) Caractère obligatoire de cette consultation ?

Certains professionnels trouvaient alors que le caractère obligatoire serait la solution (**MG-1**, **MG-4**, **MG-8**, **MG-9**, **IDE-1**, **IDE-3**) :

MG-8 : « C'est à dire que si on a un papier à remplir [...], un peu comme un examen de 9 mois, [...] en disant : « Est-ce que vous avez regardé le dos ? » [...] « Est-ce que vous savez où il en est de son éventuel surpoids ? » Etc, etc.... ça pourrait être intéressant ! »

IDE-1 : « Oui, quelque chose qui soit un peu à caractère obligatoire euh... où on est obligé... »

Ce serait un moyen de voir tous les adolescents :

MG-8 : « Alors : c'est vrai, mais ce serait une manière de voir les ados... qu'on voit pas... »

Mais il est nécessaire pour cela de cadrer les choses :

MG-8 : « Le problème c'est que... euh... il faudrait qu'on ait un cadre pour ça ! »

Pour une infirmière, le caractère obligatoire est rédhibitoire et incompatible avec la notion d'éducation thérapeutique :

IDE-8 : « Si les gens ne viennent pas d'eux-mêmes ou accompagnés « de » : ça fonctionne pas ! [...] Moi, j'y crois pas... Le caractère obligatoire, c'est rédhibitoire justement.... Je pense... »

d) Via la structure de soins

Les infirmiers pensent que le fait de travailler en équipe pluriprofessionnelle, notamment en MSP, facilite les prises en charge et la mise en place de protocoles, notamment le recrutement :

IDE-1 : « Avant j'étais dans une maison de santé, euh... le travail pluri pro [...] permet cela... beaucoup plus, parce que du coup : on va monter des protocoles, et on va recruter, euh [...] pour pouvoir intégrer ces jeunes-là dans le protocole, etc... »

L'éternel frein reste le temps à consacrer, et les locaux qui ne sont pas forcément adaptés aux envies de bien faire :

IDE-2 : « Maintenant faut trouver le temps euh... (rires) c'est toujours la même chose ! C'est le temps euh... les... les locaux »

e) Via les collèges et lycée : la médecine scolaire

(1) Intérêt pour la médecine scolaire

La médecine scolaire joue un rôle certain dans la prévention (MG-1, MG-6, MG-7, IDE-1, IDE-5) :

MG-6 : « C'est vrai que... c'est beaucoup euh... le milieu scolaire hein qui interpelle sur des... sur des... ouais ! Sur des choses ! »

IDE-1 : « On a quand même un rôle de prévention dans les établissements scolaires qui est assez important ... »

D'autant plus que les infirmières scolaires sont formées :

IDE-3 : « En principe l'infirmière scolaire est formée à tout ça... »

Et ils jouent un rôle privilégié avec les adolescents (IDE-2, IDE-6, IDE-10) :

IDE-2 : « Bah souvent ils viennent très facilement voir l'infirmière scolaire, on apprend énormément de choses aussi en tant qu'infirmière scolaire »

Le fait de ne pas connaître l'adolescent leur donne un rôle plus neutre :

MG-1 : « Alors en plus un médecin scolaire, il connaît pas forcément l'enfant [...], il a plus cette cette opportunité de pouvoir un peu dire plus les choses... de façon, ... on va dire plus neutre quoi ! Que nous euh... »

Un médecin pense que ce serait un atout pour la réussite de la prise en charge :

MG-5 : « Si c'est eux qui les envoient, et qu'ils arrivent jusqu'à notre consulte, il y a des grandes chances que on arrive euh... [...] A faire plus suivre que ce qu'on arrive actuellement quoi !! »

Cela leur paraît donc intéressant (MG-1, MG-2, MG-4, MG-5, MG-6, MG-7, MG-8, MG-9, IDE-2, IDE-3, IDE-9) :

MG-2 : « Ouais ! Bonne idée ! Ça c'est une bonne idée tient ! J'ai pas pensé... »

IDE-9 : « Oui oui oui !! Je pense que c'est possible de le faire euh... voilà ! [...] Et puis au sein du lycée aussi, je pense que.... ça peut... à mon avis, je pense ça peut être intéressant ! »

Les infirmiers aimeraient pouvoir intervenir au sein des collèges et lycées et s'investir (IDE-9, IDE-10) :

IDE-9 : « Là je pense qu'il faut qu'on fasse... qu'on puisse intervenir euh... au sein des collèges et des lycées... et peut être, en faisant des actions de santé euh... pour... Oui ! C'est ça ! »

Une collaboration serait idéale (**MG-7, IDE-10**) :

IDE-10 : « Après faudrait qu'il y ait un protocole qui soit mis en place euh... nous, vraiment, au sein de la maison de santé, pour euh... ... Ben, pour faire un partenariat quoi... »

(2) Le dépistage scolaire systématique

Il paraît intéressant aux yeux de certains (**MG-2, MG-4, IDE-6**) :

MG-2 : « Ce serait une façon de... ouais, de faire un contact systématique avec les ados, puis ensuite de renvoyer vers le médecin traitant ou vers j'sais pas qui... »

En rendant l'enfant acteur de sa santé :

MG-8 : « On peut imaginer, par exemple, que chaque infirmière scolaire exige que [...] euh... chaque enfant ramène son... son carnet de santé, et qu'elle fasse un cours sur la prévention en général, et que chaque enfant se pèse, se mesure et trace sa propre courbe »

Mais il faut rester prudent par rapport à la stigmatisation de l'adolescent (**MG-8, IDE-5**) :

IDE-5 : « Après euh... il faut pas que l'enfant se sente euh... [...] que l'enfant l'associe à quelque chose de... discriminant au niveau scolaire, ou à l'école !! »

Ainsi ils préconisent le dépistage à l'école et le suivi en dehors (**MG-4, MG-5, MG-7, IDE-5, IDE-10**) :

MG-4 : « Que au moins ils dépistent le problème quoi... Qu'après ils nous les renvoient, mais qu'ils dépistent au moins le problème »

IDE-5 : « Euh... faut que le suivi soit... soit, soit fait... en dehors par contre !! [...] Peut être l'alerte !! Et le suivi en dehors... »

(3) Problématiques rencontrées

(a) **Provenant des médecins généralistes**

Certains médecins aimeraient bien mais ne savent pas comment s'y prendre :

MG-1 : « Ça serait peut-être bien de... de... bah de... de pouvoir, oui... pouvoir réussir à s'insinuer dans... dans le truc quoi... pour pouvoir en parler aussi quoi... »

(b) **Provenant des infirmiers ASALEE**

Certains ne s'y sont pas encore intéressés (**IDE-1, IDE-6**) :

IDE-1 : « C'est vrai que nous dans les écoles, on n'y va pas forcément... »

D'autres, même s'ils pensent que cela peut être bénéfique, n'ont pas encore pris le temps de prendre contact avec eux (**IDE-3, IDE-9, IDE-10**) :

IDE-9 : « Dans le collège public.... alors il y a une infirmière... je ne suis pas encore mise en relation avec elle, mais bon.... je vais finir par le faire ! »

Une autre a déjà pris contact mais l'accès est compliqué :

IDE-8 : « La médecine scolaire travaille avec la PMI... je me suis fait jeter de la PMI quand j'ai proposé mes services donc euh... Je vois pas trop comment... par quelle porte entrer ? »

(c) Provenant de l'organisation de la médecine scolaire

Les professionnels de santé font le constat que la médecine scolaire est présente dans le primaire, mais pas dans le secondaire ou le lycée (**MG-1, MG-2, MG-4, MG-6, IDE-1, IDE-8**)

MG-4 : « Surtout dans les petites classes... Je suis pas sûre que collègue lycée euh... enfin je crois pas... ça c'est un peu dommage »

IDE-1 : « Je crois qu'ils ont... depuis qu'ils sont à l'école primaire : ils n'ont pas vu une infirmière scolaire... et puis au lycée, bah... »

Ceci peut aussi s'expliquer par le problème des effectifs restreints (**MG-2, MG-3, MG-8, MG-9, IDE-1, IDE-8, IDE-9**) :

MG-3 : « Pareil : ils sont un médecin pour que je ne sais pas combien de millions !! On a un système... Le problème pour moi : c'est le système de santé ! »

IDE-8 : « Et puis elles sont parfois euh... qu'à temps partiel... »

Devant la charge de travail importante et le manque d'effectifs, la médecine scolaire manque elle aussi cruellement de temps, même si l'envie est là (**MG-3, MG-8**) :

MG-3 : « Et vraiment ils ont envie de bosser... mais.... [...] C'est la charge du travail ! [...] Ils ont pas le temps ! Et ils sont envahis par le travail administratif je pense... »

De ce fait, confier cette mission à la médecine scolaire paraît compromis d'avance (**MG-2, MG-3, MG-8**) :

MG-8 : « Je... Je reconnais que j'ai pas beaucoup d'espoir de ce côté-là... [...] »

Selon un médecin, la mission pourrait donc être confiée aux médecins généralistes eux-mêmes :

MG-2 : « Moi tu vois je suis médecin vacataire PMI... Euh donc je... je vois tous les enfants, dans les écoles aux alentours, de 4 ans... et ça c'est top ! Parce qu'en fait tu les vois TOUS, tu les dépiste TOUS [...] ! Euh... mais ça, y a pas chez les ados ! ... »

(d) Provenant des infirmiers scolaires

Quand les infirmiers ASALEE prennent le temps, celui-ci manque aux infirmiers scolaires :

IDE-8 : « J'ai contacté l'infirmière scolaire du lycée [...] euh... il y a pas moyen qu'on arrive à se voir, à avoir des créneaux en commun pour pouvoir travailler... y'a pas moyen... »

Parfois les blocages trouvent leur source dans un problème purement humain de peur de l'inconnu, de la nouveauté :

IDE-4 : « Euh... Je suis allée me présenter sur le... le collègue euh... où je pense qu'elle a pas compris euh... (silence) [...] : « Je ferai votre pub !! » [...] C'est pas du tout mon rôle ! [...] Ouais, puis qu'on leur prenne leur boulot alors que... Ben non, pas du tout ! »

(e) **Provenant de l'administration**

C'est un milieu fermé, compliqué, avec des blocages administratifs (**IDE-1**, **IDE-4**, **IDE-7**, **IDE-8**) :

IDE-7 : « Pour essayer de le faire, c'est compliqué hein ! Parce que ils sont opaques hein ! »

IDE-8 : « Moi, quand j'avais fait la proposition, c'était OK, ... chef d'établissement, c'était OK... et puis quand c'est monté plus haut : au rectorat, ils ont dit non : « On a une infirmière scolaire, elle fera le point ! » »

Il y a cependant des possibilités, mais encore une fois personne-dépendante, et lorsque c'est à l'initiative d'une personne de l'établissement :

IDE-7 : « C'est quand même dépendant, des personnes... dans le sens où là, euh, [...] on va faire une intervention au mois de mai-juin sur les écrans... [...] mais c'est à l'initiative d'un, d'un prof de mathématiques qui nous a contactés... »

f) **Via tous les professionnels de santé**

Au-delà des médecins généralistes, des structures de soins, de la médecine scolaire : tout professionnel en lien avec l'enfance devrait pouvoir recruter et envoyer au médecin généraliste. Il faut pouvoir faire le lien entre tous les professionnels de santé (**IDE-1**, **IDE-10**) :

IDE-10 : « Après, c'est ça, c'est : peu importe le professionnel qui est en face, c'est au moins tirer la sonnette d'alarme euh... à un moment ou à un autre ! Puis bah pouvoir adresser quelque part ! »

g) **Via la population**

(1) **Les réseaux sociaux**

Les adolescents sont très attachés à leur téléphone portable et de fait aux réseaux sociaux : cela pourrait être une idée pour les sensibiliser (**MG-2**, **MG-9**, **IDE-2**) :

MG-2 : « Enfin bon les courriers maintenant de toutes les façons les ados euh... il faudrait.... il faudrait que la sécu intègre les comptes insta.... euh des ados euh... pour leur envoyer des messages ! [...] Ce... cette tranche d'âge-là : c'est comme ça qu'on les... qu'on les touche !! »

(2) Le bouche à oreille

L'ultime solution est le bouche à oreille :

IDE-9 : « Depuis 4 ans, j'ai pas trouvé de réelle solution, mise à part le bouche à oreille, entre patients, euh... et donc éventuellement euh... c'est ça qui peut fonctionner un petit peu... »

h) Aller chercher ailleurs

Dans les collèges ou les lycées, pour intervenir en dehors du cadre médical :

IDE-7 : « Est ce qu'il faut aller dans les lycées euh ? [...] Est-ce qu'il faut se déplacer ? [...] Euh... peut-être que... oui ! Je pense que ça, ça peut jouer quand même.... le fait de se déplacer de ce.... cet environnement de santé... »

Dans les maisons de famille, les maisons des jeunes (**IDE-4, IDE-9**) :

IDE-4 : « On est intervenues dans les maisons des familles où les gens euh... c'est un milieu un peu précaire euh... et on arrive à sensibiliser ! Et j'ai envie de dire : « même sur un groupe de 10, si on en sensibilise 2... bah... c'est toujours deux de pris !! »

De manière générale : là où se trouvent les jeunes :

IDE-10 : « Moi, le seul truc, c'est ça : c'est d'aller où est ce que les jeunes ils sont !! »

3. Renforcer l'alliance avec les médecins généralistes

a) Travail en équipe

(1) Au moment de l'entrée dans la collaboration

Une IDE propose de faire une journée complète auprès du médecin :

IDE-4 : « Est ce qu'on serait pas obligés de faire une journée avec les médecins ? Pour voir un peu comment ils travaillent ? Et eux : qu'ils se familiarisent avec nous ! »

Elle recherche une forme de compagnonnage pour une meilleure intégration :

IDE-4 : « Quand on démarre, nous euh... on fait du compagnonnage : [...] on est encadrée par des infirmières, on va voir un peu comment elles travaillent ! Je pense que du coup, on devrait revoir notre intégration avec les médecins... »

Un médecin soulève d'ailleurs le fait qu'ils ne connaissent pas bien l'action exacte des infirmiers ASALEE :

MG-7 : « Est ce que le l'action réalisée serait équivalente à ce que ferait un diététicien en consultation ? Est-ce que ça aborde d'autres champs ? [...] Donc euh... d'explorer un petit peu plus de ce qu'il fait au sein du protocole je dirais... »

(2) Au cours de la collaboration

Certains infirmiers pensent que des consultations médicales communes avec le médecin généraliste pourraient être positives dans la prise en charge (**IDE-1, IDE-5**) :

IDE-1 : « C'est de pouvoir faire des consultations à 3... [...] : d'assister à ses consultations, pour faire une idée de comment le médecin aborde les choses »

Et inversement : des consultations infirmières avec le médecin généraliste (**MG-7, IDE-1, IDE-8**) :

IDE-1 : « Pourquoi pas aussi faire bah que le médecin assiste aussi à des consultations du... de de dans le cadre d'ASALEE pour voir le travail qu'on peut faire dessus aussi... »

(3) Encadrer la collaboration

L'une d'entre eux évoque le fait d'avoir un médecin référent :

IDE-4 : « A distance : par exemple à 3 mois, 6 mois et un an, je pense qu'il faudrait qu'il y ait un médecin, qui est à l'aise chez ASALEE [...] : d'aller voir nos médecins, et de demander comment ça se passe avec l'infirmière ASALEE et... d'être un peu plus encadrés quoi... »

Ou tout au moins avoir un médecin moteur pour les autres :

IDE-8 : « Je me disais qu'il en faudrait un pour que ça fasse un peu bouche à oreille !... Au moins un ! »

b) Revoir le protocole

(1) Plutôt non

Pour un médecin généraliste, il n'y a rien à améliorer car la problématique est ailleurs :

MG-8 : « Par rapport au protocole ASALEE, je ne sais pas ce qu'on peut améliorer... parce que euh... « Quand ça marche : ça marche ! » et « Quand ça marche pas : ça marche pas ! ». »

Pour un autre c'est rédhibitoire à cause du côté administratif :

MG-9 : « Euh... Les protocoles : il y en a ras le bol !!! (Rires) Ah non, c'est horrible !! »

Et que les protocoles ne sont pas forcément appliqués en totalité car trop fournis :

MG-9 : « Le truc c'est qu'on risque de pas suivre... C'est vraiment, il y a trop d'informations tout le temps... »

Pour certains infirmiers : cela n'aurait pas d'intérêt, parce qu'ils sont déjà engagés dans d'autres projets (**IDE-7**, **IDE-10**) :

IDE-10 : « On a... on a déjà le programme ETP ! Et c'est déjà le bazar pour les recrutements en fait ! Donc je pense que ça changerait pas grand-chose... »

(2) Plutôt oui

Revoir le protocole est une éventualité pour certains (**MG-7**, **IDE-2**, **IDE-3**) :

IDE-3 : « Et euh c'est vrai que j'en avais parlé avec les médecins, que j'aimerais bien qu'on mette en place quelque chose euh [...] Donc euh... Ouais ! ça c'est vraiment un truc qui... qui me plairait bien ! »

Qui pourrait améliorer l'inclusion :

IDE-4 : « Mais peut être que oui, ça changerait par rapport à ça, au niveau de l'inclusion »

Et la coordination (**IDE-6**, **IDE-8**) :

IDE-6 : « Je pense pas que ça améliorerait l'adressage, mais peut être la coordination [...] Le fait que il y ait une psychologue, et le médecin, l'infirmier dans la maison de santé euh : par rapport à la coordination, aux échanges euh... ça pourrait être facilité... »

4. Optimiser la formation

a) Pour les médecins généralistes

Les médecins pensent que les formations sont toujours utiles (**MG-1**, **MG-5**, **MG-6**, **MG-7**, **MG-9**) :

MG-1 : « Ca... ça peut toujours être intéressant hein... de toutes façons euh... ça peut... ça peut donner des idées, ça peut donner des pistes ! »

MG-6 : « Pourquoi pas... En plus une formation sur l'obésité ouais... qu'il y ait ouais une espèce de... Ouais plus sur l'abord »

Les médecins sont demandeurs mais n'ont pas le temps (**MG-7**, **MG-8**) :

MG-8 : « Le problème de la formation pour un médecin généraliste, c'est qu'on peut se former sur tout !! [...] Hors, on n'a pas le temps !! »

b) Pour les infirmiers ASALEE

Les infirmiers sont très demandeurs et aimeraient avoir plus de formations (IDE-3, IDE-10) :

IDE-10 : « Bah... je trouve que c'est bien !! Parce que c'est toujours bien de se former ! »

Et en réalité, ils aimeraient pouvoir aller au-delà de la simple formation sur le surpoids, notamment sur l'abord de la prise en charge de cette maladie :

IDE-7 : « Ah oui ! ça euh... oui !!! Pour euh... acquérir euh... une posture peut être... une posture ! Ouais, pourquoi pas... »

Et notamment sur l'abord psychologique (IDE-1, IDE-5) :

IDE-5 : « Ouais... Je pense plutôt euh... une formation euh... avec un versant : « comment aborder l'aspect psychologique » !... Au départ de la prise en charge quoi... ! »

c) Formation commune IDE/MG

(1) Formations ASALEE

Des formations ASALEE rassemblant les infirmiers et les médecins généralistes sont proposées régulièrement. Les infirmiers souhaiteraient pouvoir se rendre à ces formations communes avec leurs médecins généralistes (IDE-1, IDE-2, IDE-6, IDE-7) :

IDE-2 : « Moi j'avais pas de médecin et je trouvais ça dommage parce que euh [...] ils apportaient, eux, leur regard qu'ils avaient en consultation, et ... on aurait pu échanger après »

Les médecins reçoivent les mails, mais

- Soit n'y prêtent pas attention (MG-4, MG-5, IDE-7) :

MG-5 : « Oh ben non ! Je ne savais pas ça... »

- Soit se sentent harassés par tant d'informations (MG-6, MG-7, MG-8, MG-9) :

MG-8 : « Euh, je le sais... Je suis sollicité tout le temps, tout le temps, tout le temps ! »

Pour autant, ils ne sont pas complètement fermés à cette possibilité (MG-4, MG-9) :

MG-4 : « Que moi je me forme avec elle ? Oui pourquoi pas... mais j'ai jamais fait... [...] Eventuellement oui, ... Peut-être... peut être... (Rires) »

Pour les autres, même si ils pensent que c'est intéressant, ils n'y participent pas :

- Parce qu'ils n'ont pas le temps (MG-1, MG-2, MG-3, MG-5, MG-6, MG-7, IDE-1, IDE-2, IDE-4, IDE-5, IDE-6, IDE-8, IDE-10) :

MG-2 : « En théorie... en théorie je dis oui hein ! Mais... en pratique c'est... Ben voilà... [...] C'est une question de temps euh... enfin voilà, c'est une question de temps ! »

MG-7 : « Oui moi je pense que c'est très bien... Encore faut-il qu'on ait le temps, c'est toujours le problème... »

IDE-6 : « Mais les médecins n'ont pas souhaité participer à la formation avec moi. Donc ça déjà.... ça c'est... c'est un premier frein ! [...] Le peu de retour que j'ai eu euh bah : « Pas le temps ... ! » Voilà ! »

- Parce que les sujets proposés n'intéressent pas forcément (**MG-6, MG-8**) :

MG-6 : « Alors les sujets euh... m'intéressent pas forcément à chaque fois (rires) »

- Parce qu'ils n'aiment pas le format proposé :

MG-8 : « Et euh... et, et que... et que ils ne proposent que du ZOOM quasiment, donc euh... du coup euh, je suis pas très preneur... »

- Parce que les horaires ne conviennent pas :

MG-9 : « Enfin, c'est les horaires : ils sont complètement inadaptés euh... c'est entre midi et deux... Enfin moi, j'ai cinq minutes montre en main pour manger, donc euh [...] Mais le soir c'est pas mieux !! Je suis fatiguée euh... ou je finis tard, ou... Non c'est compliqué ! »

Ce même médecin préférerait une demi-journée, voire une journée dédiée, pour être pleinement concentrée :

MG-9 : « Moi, je préférerais vraiment que ça soit pas dans une journée de travail... que euh... Ben ça soit toute une matinée euh... ou toute une journée... vraiment qu'on bloque la journée pour ça, on pense qu'à ça, et voilà... »

- Parce que, selon un infirmier, ils ne sont pas ou peu rémunérés pour cela et que ça n'attire pas :

IDE-8 : « Et puis en plus au niveau financier, enfin ASALEE c'est une misère quand ils viennent avec nous donc euh... non ! C'est euh... c'est pas ça qui va les attirer ! »

(2) Autres formations

Au travers du programme d'éducation thérapeutique :

MG-5 : « Après, dans le cadre de euh... notre programme d'éducation thérapeutique, il y a aussi une... un programme thérapeutique « éducation, prise en charge de l'obésité de l'adolescent » ! Donc, peut être que je serai amené moi... »

Une IDE propose de faire des réunions de formation communes le soir en plus petit comité, plus intimiste :

IDE-4 : « Là, on avait l'idée de faire, justement, pour redynamiser, une soirée avec médecins généralistes et infirmières, ... [...] Et peut être que du coup les autres sont dans une soirée, un peu plus détendus euh... et sont plus à l'écoute, plus réceptifs du message ouais... »

En tout état de cause, les formations communes paraissent enrichissantes pour le partage d'expériences :

IDE-9 : « Enfin, je pense, que ce serait une très bonne idée.... Euh... de pouvoir échanger euh... le partage d'expérience au final ! Entre différents professionnels euh... paramédicaux, médicaux euh... D'avoir une expérience de chacun [...] et euh... de prendre les idées un petit peu de chacun, pour justement avancer...et monter son propre projet euh... c'est... C'est une excellente idée... !! »

VI. Discussion

A. Validité de l'étude

1. Forces de l'étude

L'objectif de ce travail était de comprendre pourquoi ce protocole ASALEE « Surpoids et Obésité de l'adolescent » semble si difficile à mettre en place. Il paraissait naturel et pertinent de requérir à une étude qualitative qui aborde des données non quantifiables en questionnant les acteurs de santé concernés sur leurs pratiques et expériences, opinions et ressentis, sur cette question. Ceci a permis d'explorer la complexité du phénomène et de réaliser un travail riche en données.

Les entretiens individuels ont été préférés à la technique des focus-group, permettant ainsi une meilleure expression des idées personnelles, et une meilleure appréhension du regard croisé des médecins et des infirmiers.

Les entretiens se sont déroulés au sein des structures médicales (excepté pour un entretien en visioconférence au cours duquel l'infirmier était à son domicile). Les médecins, comme les infirmiers, n'étaient pas connus de l'investigateur. Ceci a permis une neutralité au cours des entretiens et une optimisation du climat de confiance pour laisser libre la parole.

Les dates et heures ont été choisies par les professionnels de santé, en dehors de leurs heures de travail, si bien que les entretiens n'ont pas été interrompus et poursuivis autant que nécessaire. Ceci permettait de minimiser les biais externes liés à l'activité et au temps imparti.

Les entretiens « infirmier » et « médecin », pour une même structure, ont eu lieu séparément le même jour, de manière qu'il n'y ait pas de concertation ou d'échange entre les deux professionnels. Ceci a permis d'assurer l'absence d'information préalable sur les questions ouvertes proposées lors de l'entretien semi-dirigé.

Concernant la population étudiée, elle était restreinte puisque les critères d'inclusion exigeaient pour les infirmiers : de faire partie de l'association ASALEE (et il n'y en avait, à l'époque des entretiens, que 16 sur toute la Picardie ; dont 1 qui a permis de réaliser l'entretien test) ; et de fait pour les médecins : de travailler en coopération avec l'association ASALEE.

Pour autant, 10 infirmiers parmi les 15 ont répondu par l'affirmative. La retranscription a été réalisée après chaque entretien et de manière rigoureuse et précise, sans omission de mots. La saturation des données a été obtenue au 9^{ème} entretien, confirmé par le 10^{ème}. S'agissant des médecins, la saturation des données a été obtenue au 8^{ème} entretien, confirmée par le 9^{ème}.

La triangulation des données par une tierce personne a montré des données concordantes et a permis de renforcer la validité interne de cette étude.

2. Faiblesses de l'étude

Nous l'avons vu, le choix des deux populations était restreint par les critères d'inclusion, ce qui n'a pas empêché d'avoir une saturation des données. Pour autant, nous pouvons tout de même noter un biais de recrutement concernant la population médicale. En effet, il était malheureusement impossible et trop fastidieux d'interroger l'ensemble des médecins des différentes structures : un seul médecin a été interrogé pour chaque structure. Et de surcroit, les médecins enquêtés ont accepté la participation à ce travail de thèse par l'intermédiaire de leurs infirmiers respectifs. On peut dès lors supposer que parmi l'ensemble des médecins avec qui l'infirmier travaille, c'est celui avec qui il a le plus d'affinités qui a été choisi. On peut également supposer qu'il s'agit d'un médecin potentiellement plus investi dans la coopération avec l'association ASALEE.

Malgré tout, la population médicale était bien équilibrée et représentative avec 4 femmes pour 5 hommes ; 5 médecins de moins de 39 ans pour 4 de plus de 40 ans ; 5 installés depuis moins de 10 ans pour 4 installés depuis plus de 10 ans : les expériences et approches étaient différentes, cela n'a été que plus intéressant.

Le choix des entretiens individuels semi-dirigés était volontaire et pertinent. Pour autant, bien que l'enquêtrice ait essayé de rester le plus neutre possible, ils peuvent présenter un biais d'investigation, du fait du choix des questions ouvertes qui ont pu influencer le sens de la pensée.

Le fait que ces entretiens étaient enregistrés, même sous couvert d'anonymat, a pu restreindre les enquêtés dans leur libre expression (un enquêté a demandé à stopper l'enregistrement le temps d'une explication). Pour autant, le climat de confiance était établi, dans des locaux connus, et sans contrainte horaire, si bien que les enquêtés ne semblaient pas en souffrir.

Nous pouvons par ailleurs noter un biais de réalisation des entretiens lié à l'inexpérience préalable du chercheur, pouvant, sans le vouloir, influencer des réponses du fait de ses propres représentations et de ses hypothèses initiales. Pour autant, un entretien test avait été réalisé au

préalable avec un médecin et un infirmier, ce qui a permis de conforter l'enquêteur dans la manière de faire et de rendre plus fluides les entretiens suivants.

Enfin, il peut y avoir un biais d'interprétation, du fait qu'il s'agit d'une étude qualitative, et que de surcroît il s'agissait de la première analyse réalisée par l'enquêtrice. Ceci est toutefois limité par la triangulation des données concordantes.

B. Discussion des résultats de l'étude

Le regard croisé des médecins généralistes et des infirmiers ASALEE de Picardie, au travers des entretiens semi-dirigés menés au cours de ce travail, a permis de mieux comprendre la problématique soulevée.

Le sujet du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent est un problème de santé publique reconnu par l'ensemble des professionnels de santé. Il représente un enjeu majeur de société, et est pris en considération avec grand sérieux par les autorités qui proposent depuis 2001 une succession de « Programmes National Nutrition Santé » (PNNS) visant à améliorer l'état de santé de la population en se basant sur une alimentation équilibrée, une activité physique adaptée, et comment y accéder pour tous. Le bilan à mi-parcours du PNNS 2019-2023 (8) renforce encore cette volonté par le fait que l'obésité apparaît comme étant un facteur de risque majeur des complications graves de la COVID-19 (19). En parallèle, la HAS a élaboré, en février 2022, un « Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) » (20), regroupant les recommandations pour le dépistage, le diagnostic, l'évaluation initiale, et l'accompagnement des enfants et adolescents en surpoids ou obésité. Déjà depuis 1996, l'OMS reconnaissait l'Education Thérapeutique du Patient comme étant bénéfique à la prise en charge des maladies chroniques, y compris l'obésité (21). Dans ce guide de la HAS, l'Education Thérapeutique du Patient est mise en avant : citée pas moins de 42 fois, elle est reconnue comme étant incontournable. La HAS reconnaît par ailleurs l'association ASALEE comme étant « une forme innovante de travail interprofessionnel qui favoriserait les soins et l'accompagnement », ce protocole a par conséquent toute sa place dans la prise en charge de cette maladie chez les jeunes.

A la lecture de ce rapport, toutes ces recommandations et bonnes pratiques sont pertinentes, sensées et idéales. Pour autant, force est de constater que, sur le terrain, les actes de prévention, de dépistage, et de suivi ne sont pas si aisés, et, de ce qu'il ressort des entretiens menés, à l'unanimité : il s'agit du seul protocole, parmi tous ceux proposés par l'association ASALEE, qui pose problème. Les uns diront qu'il s'agit d'un protocole trop récent et qu'il faut peut-être laisser le temps de le mettre en place. D'autres qu'il n'est tout simplement pas promulgué dans

le cabinet, parce que les priorités sont ailleurs. Mais pas seulement : d'autres problématiques ont été soulevées dans ce travail.

1. La problématique de l'absence de consultation

a) Absence de consultation de prévention

De manière générale, même si les autorités travaillent à privilégier la prévention depuis de nombreuses années, notre **société** reste globalement **ancrée dans le curatif**. Une alimentation saine dans un corps sain ne fait pas écho dans tous les esprits, et a du mal à se mettre en place de manière naturelle.

Bon nombre de familles, et surtout, concernant notre travail : en zone rurale, ne se préoccupent que trop peu des aspects nutritionnels, de l'importance de l'activité physique, d'un sommeil de bonne qualité, et de la lutte contre la sédentarité. Bien au contraire, ce phénomène est accentué par la société de consommation et d'abondance dans laquelle nous vivons, société du plaisir où certaines familles ne savent pas dire non à leur « enfant-roi », l'éducation des enfants évoluant vers « le culte de l'enfant », avec une parentalité centrée sur l'enfant, lui imposant moins de contraintes, et répondant aux moindres de ses besoins (22). Et ceci est renforcé par certaines croyances familiales où, pour être en bonne santé : il faut manger.

Ainsi, nous le constatons dans nos consultations, rares sont celles qui sont dédiées uniquement à la prévention, et quand elles le sont, il s'agit bien souvent de personnes déjà en bonne santé. Ceci a d'ailleurs été soulevé à plusieurs reprises lors des entretiens. Les médecins constatent qu'au cours des consultations, plusieurs « profils-patients » s'offrent à eux : les patients qui ont conscience de l'importance de la prévention et s'intéressent à leur santé viennent consulter et restent globalement en bonne santé ; alors qu'à contrario, les patients qui nécessiteraient des soins ne viennent pas consulter, les diagnostics et le suivi ne peuvent donc, de fait, pas être établis. La problématique est bien réelle, pour certaines personnes : c'est uniquement quand on entre dans la phase curative, preuves à l'appui livrées par des examens biologiques ou autres imageries, qu'elles prennent conscience d'une prise en charge nécessaire, et on traite. Elles ne présentent pas d'intérêt pour la prévention.

Ce phénomène ne fait pas exception pour les adolescents, qui encore plus que les adultes, ne se sentent pas concernés par les problèmes de santé : ainsi, selon un rapport de la DREES de 2004 (23), confirmé sur ce point par l'Académie de Médecine en 2014 (24), **plus de 90% de la population adolescente s'estime être en bonne santé**. Ils n'ont pas conscience de problèmes de santé qui peuvent les affecter, et ne s'en préoccupent pas, alors que nous savons bien qu'il s'agit de la période par excellence pendant laquelle peuvent se développer des comportements

à risque par exemple, plus ou moins accompagnés de troubles psychologiques (25). Ainsi, le surpoids et l'obésité ne font pas exception à leur ignorance. Même si parfois, du fait que cela est « visible » physiquement, ils savent qu'ils présentent un surpoids, voire même une obésité, il peut exister malgré tout un certain **déni de cette réalité** ; et quand bien même ils en auraient conscience, ils ne considèrent pas cette information comme étant un problème. Ceci est accentué par le fait qu'à cet âge, ils ne se projettent pas du tout dans des problématiques d'avenir : en pleine force de l'âge, vivre leur moment présent est déjà un projet ; le futur, même proche, n'est pas le sujet de leurs préoccupations, et un état de mauvaise santé n'est pas imaginable, c'est irréel.

Ceci est renforcé par le fait que le déni de la réalité de cette maladie se retrouve également chez les parents : soit par inconscience familiale, parce que toute la famille est affectée et que tout le monde vit bien ainsi ; soit parce que la maladie est refoulée ; ou encore le problème minimisé.

De même, au niveau sociétal, **cette pathologie** devient en définitive **banalisée**, et même pourrait-on dire : déniée ? Aujourd'hui, il existe une volonté de la société de « décomplexification de l'image corporelle », dans un souci d'acceptation des différences, de respect les uns des autres et d'amélioration de l'estime de soi. Ainsi, on voit de plus en plus apparaître les images de mannequins ou d'influenceurs souffrant de surpoids ou d'obésité, notamment dans les médias virtuels et les réseaux sociaux (26). Hors, on sait que les adolescents sont particulièrement friands de ce type de communication et que celle-ci exerce une grande influence sur leur développement neuropsychique (27). L'adolescent traverse une période de développement de sa personnalité dans laquelle il a besoin de s'identifier à ses pairs, autres que ses parents, et est à un carrefour de sa vie où la représentation, l'identification à l'autre est primordiale (28). Cette volonté de respect de tout un chacun part d'une bonne intention, mais le risque n'est-il pas de faire l'apologie d'une obésité qui serait dénuée de risques pour la santé ? En tout état de cause, cela renforce le fait que le surpoids et l'obésité ne sont pas considérés comme étant une maladie aux yeux des adolescents.

A partir de ce constat : pourquoi consulter ? Il n'y a tout simplement pas de consultation dont le motif serait « surpoids ou obésité ». Ceci a été très bien exprimé par les professionnels interrogés et représente un des freins au dépistage et à la prise en charge.

De surcroît, ce manque d'intérêt déjà existant pour la prévention a été **amplifié par la crise du COVID** depuis 2020. Cette crise a eu pour conséquence une désorganisation des soins de premiers recours, et un changement des habitudes des patients, comme cela a été décrit lors

d'une étude de 2021 menée en région PACA (29) : moins de consultations médicales au cœur de la crise, lié aux différents confinements et à la peur de contracter la COVID dans des lieux jugés comme étant à haut risque de contamination, avant un retour à la normale ; mais surtout une très nette diminution des actes de prévention, notamment objectivable avec la vaccination infantile, confirmé par une note alarmante de l'OMS en 2021 (30). Autant dire que les autres consultations de prévention, y compris pour le surpoids et l'obésité de l'adolescent, ne faisaient pas partie des préoccupations premières de la population. Et d'ailleurs, comme cela a été dit lors des entretiens : le peu de suivi qu'il pouvait y avoir dans ce cadre ont tous été abandonnés. De ce point de vue-là, on peut espérer qu'à nouveau la prévention occupe une meilleure place dans la société avec le temps, en laissant la COVID et les confinements loin derrière nous.

b) Absence de consultation de l'adolescent

Une autre cause d'absence de consultation vient tout simplement du fait de la tranche d'âge correspondant à l'adolescence : il semblerait qu'il s'agisse d'une « **population oubliée** ».

En effet, les enfants en bas âge voient régulièrement leur médecin généraliste, d'une part par la densité imposée par le calendrier vaccinal, rendu obligatoire pour 11 maladies chez les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018 (31), et du fait des 17 examens médicaux obligatoires, dont 3 avec établissement d'un certificat médical, jusqu'à l'âge de 6 ans (32) ; et d'autre part car cette population est plus encline aux affections aiguës diverses et variées, les petits maux, les traumatismes, et cætera...ce qui implique des passages réguliers chez le médecin généraliste. Les adolescents quant à eux ne sont **globalement pas vus** par les médecins généralistes, hormis pour de banales et rares affections saisonnières.

Ceci s'explique d'une part par le fait qu'il n'y a **plus de vaccination cet âge**, le dernier vaccin obligatoire se situant entre 11 et 13 ans. Il reste éventuellement le vaccin GARDASIL®, recommandé contre les affections à Papillomavirus, dont les injections se font à l'adolescence, qui pourrait faire l'objet d'une consultation, à condition que l'adolescent soit vu au préalable pour pouvoir en discuter avec lui.

D'autre part, afin de faciliter l'accès au sport des mineurs, le gouvernement a émis un décret le 7 mai 2021 (33) visant à **supprimer l'obligation les certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive**, le remplaçant par un questionnaire de santé à remplir par les parents. Ceci a pour effet, concernant les médecins généralistes, de réduire encore le nombre de consultations des adolescents, alors qu'ils profitaient de cette occasion pour faire de la prévention et du dépistage.

Ce que l'on peut souligner également, c'est que l'adolescent, dans sa construction, a, dans une certaine mesure, besoin de solitude et d'isolement (34). Aussi, dans le cours des choses, les parents lui laissent **plus de liberté et d'autonomie**. Seulement, parfois, il en découle un certain laisser aller des parents dans le suivi médical de leur adolescent, qui se retrouve seul face à des problématiques pour lesquelles il ne se sent, rappelons-le, pas concerné, et dont, de plus, il n'a même pas conscience. Alors, dans ce contexte, un adolescent peut-il être suffisamment responsable pour prendre rendez-vous chez le médecin ? Certainement que non. De plus, il est malgré tout dépendant de ses parents, tant pour ses déplacements que pour le temps qui lui est consacré, du fait du travail des parents et de leur manque de disponibilité. Cette autonomisation de l'adolescent par les parents permet également de mieux comprendre l'absence de consultations à cet âge.

Ainsi, afin de pallier cette absence de consultation, 3 examens médicaux obligatoires ont été ajoutés au suivi médical de l'enfant et de l'adolescent dans le carnet de santé depuis le 1^{er} mars 2019 (32,35) : un entre 8 et 9 ans, un entre 11 et 13 ans, et celui qui nous intéresse particulièrement : entre 15 et 16 ans (36). Cet examen vise à dépister un certain nombre de problématiques de l'adolescence, dont le surpoids et l'obésité font pleinement partie. Il est qualifié d'« obligatoire » selon l'arrêté du 28 février 2019 (35), mais est présenté comme « examen de suivi médical » par la sécurité sociale (32), et dans le carnet de santé il est stipulé que « les enfants peuvent bénéficier de cet examen obligatoire » (36). Ainsi, à ce jour, cet examen n'est exploité ni par les parents, qui ne sont plus attentifs au carnet de santé à cet âge-là ; ni par les médecins qui, à l'exception d'un jeune médecin, n'ont pas connaissance de son existence.

2. La problématique en consultation (médicale et infirmière)

Comme nous l'avons vu dans la première partie de cette discussion des résultats, il n'y a pas de consultations dédiées à la prévention, et pas de consultations de l'adolescent qui pourrait aboutir plus facilement à un abord du sujet, telles qu'une vaccination ou la réalisation d'un certificat médical. Le seul moyen d'accrocher les adolescents pour les médecins est donc de saisir toute opportunité de consultation pour faire du dépistage et aborder le sujet, ce que recommande d'ailleurs la HAS dans son guide (20) : « La corpulence et les habitudes de vie peuvent être abordées à l'occasion de tout autre motif de consultation ».

En pratique, bien que les médecins aient l'envie, conscients de l'importance de l'enjeu, les choses ne sont pas si simples.

a) Sujet chronophage

La première problématique pour les médecins est qu'il s'agit d'un **sujet chronophage**, qui nécessite par conséquent du temps, que les médecins n'ont pas toujours, si bien qu'ils reconnaissent parfois la décision délibérée de ne pas en parler. Ou encore, débordés par leur activité, ils n'y pensent même pas. Par contre, certains peuvent proposer à l'adolescent de le revoir sur une consultation dédiée, pour que les choses soient plus posées, ce qui leur permettra de faire « une évaluation globale de la situation de manière plus approfondie » comme le préconise la HAS (20). Certains pensent qu'une meilleure cotation pour le temps passé pourrait les inciter à prendre le temps de faire plus de dépistage. Cette cotation « CSO » existe depuis le 1^{er} novembre 2017, mais est malheureusement exclusivement réservée à l'enfant de 3 à 12 ans (37), ce qui n'encourage pas beaucoup.

Du côté des infirmiers, ceci n'est pas un obstacle car ils ont conscience qu'effectivement le sujet est chronophage, mais leur activité leur permet de prendre le temps nécessaire pour cela.

b) Problématique de l'abord du sujet

La seconde problématique concerne l'**abord du sujet**.

Concernant les médecins, il existe parfois des « motifs de consultation cachés », tels que des soucis à l'école, avec une chute des notes, derrière lesquels on peut retrouver des moqueries, avec plus ou moins du harcèlement dont sont fréquemment victimes les adolescents en situation de surpoids ou d'obésité (38,39). Une porte d'entrée peut alors être ouverte plus facilement. Mais bien souvent, l'abord se fait lors d'une consultation pour un motif tout autre, ce qui le rend d'autant plus difficile, car l'adolescent ne vient absolument pas pour ce motif là au départ. Maladie visible et stigmatisante, le médecin peut ressentir une gêne et craint de blesser. Ceci se ressent d'autant plus chez les jeunes médecins qui ne se sentent pas assez expérimentés. Il s'agit d'un sujet délicat et sensible, d'autant que la population cible est l'adolescent, classe d'âge déjà fragile psychologiquement, et souvent en souffrance morale lorsqu'ils vivent avec un surpoids ou une obésité (40). Et tout ceci parfois dans un contexte de conflits intra-familiaux, ce qui ne facilite pas l'abord du sujet.

Concernant les infirmiers ASALEE, au contraire des médecins, la consultation est, elle, dédiée. Ils relatent malgré tout un abord difficile, et ne se sentent pas à l'aise avec ce protocole. Ils décrivent, au même titre que les médecins, le sujet comme sensible, craignent également de blesser ou de braquer, et ont le sentiment d'être moralisateurs. N'ayant eu à ce jour que trop peu d'adolescents en suivi, ils insistent sur leur manque d'expérience par rapport au sujet et par rapport à la classe d'âge. Ils parlent de la difficulté des consultations à plusieurs, d'autant plus

que la relation parent-adolescent n'est pas toujours équilibrée et sereine. Au-delà de cela, ils sont déstabilisés par la composante psychologique inhérente à cette pathologie.

Il ressort que la formation a été jugée comme insuffisante par tous les professionnels de santé. Or, une formation ne pourrait qu'être bénéfique tant sur le plan de leurs connaissances, que pour accroître leur niveau de confiance dans la prise en charge de ces adolescents en surpoids (41). Pour autant certains médecins s'en contentent, faute de temps. Les infirmiers sont beaucoup plus demandeurs, en souhaitant une formation sur le surpoids et l'obésité, tout particulièrement axée sur l'abord justement, et plus précisément l'abord de la composante psychologique de cette pathologie.

Aussi, nous l'avons compris, un tel sujet ne peut être abordé de but en blanc : il s'agit de trouver un moyen détourné pour ne pas braquer.

Du côté des médecins, les mesures biométriques, faisant partie intégrante de la consultation, et indispensables pour évaluer la situation et poser le diagnostic, sont ainsi un excellent moyen de poser les choses. Conscients de leur importance et de leur nécessité, les médecins disent réaliser les mesures biométriques, même à l'occasion d'un autre motif, profitant du fait d'avoir enfin l'adolescent en consultation. Le problème est peut-être que, si ces mesures sont effectives, et probablement inscrites dans les logiciels des médecins qui proposent parfois des courbes intégrées, elles ne paraissent pas être reportées dans les carnets de santé, ne donnant pas accès aux autres professionnels de santé à ces résultats. Un médecin, à juste titre fervent partisan des courbes de croissance staturo-pondérales, relève que lorsqu'il a accès aux carnets de santé d'adolescents lors de ses gardes, il constate que les courbes ne sont pas tracées, et les infirmiers font le même constat. Ceci est corroboré dans une thèse de 2014 par le Dr GASTINE (42) qui, lors d'une étude épidémiologique transversale descriptive et rétrospective sur un échantillon de 293 enfants prépubères, a montré « qu'au moins la moitié des enfants n'avaient pas de mesure de poids ni taille reportées sur les courbes de leur carnet de santé sur la dernière année écoulée ; pour l'IMC, ce chiffre s'élève à plus de 75% ». Par extrapolation, il en est au moins de même pour les carnets de santé des adolescents. Ceci pourrait être un point à améliorer dans les pratiques, à condition, bien entendu, que les parents emmènent le carnet de santé lors des consultations, ce qui est rarement le cas à cet âge.

Du côté des infirmiers, la problématique est différente puisque pour eux, le motif de consultation est : « suivi du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent ». Pour autant, de la même manière, le sujet ne peut pas être abordé directement, mais par des chemins détournés, en abordant des sujets dits « brise-glace », sur l'environnement familial, scolaire, extra-scolaire, les habitudes de vie : l'Education Thérapeutique du Patient débute dès le premier rendez-vous en

recherchant l'alliance thérapeutique par la mise en confiance, et c'est en définitive également ce qui est préconisé par la HAS dans son guide (20).

c) Problématique de l'alliance thérapeutique et de l'adhésion

Ainsi vient ensuite la problématique de la **création de l'alliance thérapeutique**, dont tout un chacun sait aujourd'hui qu'elle est la base d'une bonne prise en charge, et de surcroît la pierre angulaire de l'Education Thérapeutique du Patient (43). Que ce soit du côté médical au cours de la consultation, ou du côté infirmier quand l'adressage est effectif, chaque professionnel de santé met tout en œuvre pour instaurer la confiance, sans complexer ni culpabiliser, en motivant et en félicitant. Ils ont compris l'importance d'impliquer l'adolescent dans sa prise en charge, afin qu'il soit acteur de sa santé. Mais pas seulement : ils insistent sur le fait que l'implication de la famille tout entière est primordiale, faute de quoi la prise en charge sera probablement vouée à l'échec.

Et pourtant, à ce jour, ce qu'ils constatent, c'est que même si le dépistage est fait, le sujet abordé, le diagnostic posé : il n'y a **pas d'adhésion**, ni de l'adolescent, ni de sa famille. Hors il s'agit du **plus grand frein**, puisque les adolescents, ainsi que leurs familles, ne reviennent pas en rendez-vous, même avec de nombreuses relances. Et, une des clés primordiales de la prise en charge : c'est l'adhésion ; et il faut pour cela réussir à créer un changement de comportement positif en comprenant la psychologie des patients face à la maladie.

Alors que se passe-t-il ?

La problématique de non-adhésion vient peut-être en partie de la **pratique médicale ou infirmière**, et les professionnels se questionnent à ce sujet.

Du côté des médecins, ils pensent que peut-être ils n'abordent pas le sujet de la bonne façon, ou qu'ils n'ont pas utilisé les bons mots ou encore se sont montrés intrusifs. Un médecin s'interroge sur le fait qu'un adolescent n'adhère pas à sa prise en charge quand bien même il le pèse à chaque fois. La présentation du protocole au patient leur semble pourtant adéquate : ils en parlent, font parfois un courrier d'adressage, ou encore remettent la carte de l'infirmier ASALEE en mains propres. Ainsi, ils pensent qu'il faut peut-être se montrer plus rassurant par rapport à ce qui leur est proposé, en leur expliquant mieux la démarche.

Du côté des infirmiers, ils remettent aussi également en cause peut-être leur manière d'aborder le sujet, et ce en partie lié à leur manque d'expérience. Pour eux, une partie de la problématique pourrait venir du fait que le protocole n'est pas présenté comme il se doit par les médecins : pour eux, leur rôle n'est pas expliqué clairement, ce qui laisse les patients dans l'incompréhension et le doute, et de ce fait une inquiétude, voire une peur, ce qui implique une non-adhésion.

Les professionnels s'interrogent, et sont soucieux de se remettre en cause pour trouver une meilleure adhésion-patient. Mais pour eux, la principale problématique de la non-adhésion vient du patient-adolescent et de sa famille.

En ce sens, une des premières difficultés de ce protocole, relevée par les professionnels interrogés, est que les patients **vivent la prise en charge comme leur étant imposée** : étant donné que la problématique ne vient pas d'eux, du fait qu'ils ne venaient pas pour ce motif de consultation, la décision n'est pas la leur. De plus, nous l'avons vu, il est nécessaire qu'ils intègrent le fait que le surpoids ou l'obésité est une maladie, alors que eux vivaient très bien comme cela ; et, de surcroît, une maladie chronique, avec laquelle ils vont devoir vivre un temps certain. D'autant que la particularité ici, est que cela concerne et le patient-adolescent, et sa famille : ils forment un ensemble indissociable puisque l'adolescent est dépendant de sa famille. Il est nécessaire que tout le monde intègre bien la problématique, et se réapproprie sa propre histoire pour que la prise en charge puisse être efficace. Les professionnels en ont conscience, insistant sur le fait que « *ce soit des thérapies plutôt familiales* ». A ce jour, ce qui est constaté dans les faits, c'est une passivité, une absence totale de motivation des familles et de l'adolescent en réaction à l'évocation de la problématique du surpoids et de l'obésité, et de la prise en charge qui peut leur être proposée. Cette attitude peut s'entendre en comprenant l'effet que peut avoir **l'annonce d'une maladie chronique**, qui peut être vécue comme un choc, un traumatisme difficile à surmonter, cela nécessite pour le patient, ainsi que sa famille à part entière, une période d'acceptation, rarement corrélée à la temporalité du médecin (44). Cela correspond à une période de rupture, avec un avant « où tout allait bien » et un après « où l'on souffre d'une maladie chronique », qui n'est pas admise. Il peut alors effectivement exister un certain déni avec cette passivité constatée par les professionnels. Viendra ensuite peut-être la période d'adaptation, avec la prise de conscience qu'est venu le temps de la prévention et des changements de comportements positifs pour éviter les complications. Hors changer un comportement quand il n'y a pas ou peu de symptômes n'est pas évident. Il faut réussir à ce que le patient, accompagné de sa famille, comprenne que les changements apportés ne doivent pas être une contrainte pour ses choix de vie, mais qu'au contraire ils vont lui permettre de les réaliser. Et c'est là tout le travail long et fastidieux de l'ETP, qui n'est pas une simple information du patient, mais bel et bien une évaluation de ses besoins et attentes, puis un apprentissage des compétences pour y parvenir (11), et qui a fait ses preuves (45). Nous le comprenons, **l'ETP doit débiter le plus tôt possible** dans la prise en charge, car pour changer

il faut que la personne soit convaincue que le changement en vaut la peine. Débuter l'ETP au stade de la prise en charge par les infirmiers ASALEE est presque trop tard : pour obtenir la sacro-sainte adhésion tant recherchée, il est nécessaire de pratiquer l'ETP dès l'abord du sujet par le médecin généraliste en consultation, pour impliquer l'adolescent et sa famille le plus précocement possible, afin qu'ils deviennent acteurs de leur santé et décisionnaires de leur prise en charge.

Une fois la maladie reconnue, la prise en charge acceptée, une autre difficulté de ce protocole est qu'il s'adresse à **une classe d'âge bien particulière : les adolescents**, ce qui peut mettre en difficulté les professionnels. En effet, la période de l'adolescence, ce passage de l'enfance à l'âge adulte, implique des bouleversements tant physiques que psychologiques entraînant le développement de sa personnalité future (27). Les adolescents sont décrits comme des êtres qui n'aiment pas les cadres et qui veulent affirmer leur personnalité par leurs idées nouvelles, dans l'opposition. Ils sont de nature méfiante ou réfractaire. A partir de ce constat, le dialogue n'en est que plus difficile qu'avec tout autre classe d'âge. D'autant que certains sont peu bavards, voire fermés à toute discussion. L'étude « Pourquoi les interventions visant à influencer le comportement des adolescents échouent souvent mais pourraient réussir ? » publiée en 2018 par l'équipe du Dr YEAGER (46) est à ce titre très intéressante. Elle montre que les méthodes d'intervention éducatives traditionnelles en prévention, basées sur une augmentation des connaissances sur les risques pour la santé, ou encore une sensibilisation aux comportements sains, fonctionnent bien chez le petit enfant mais pas chez l'adolescent. En effet, il a été démontré que les adolescents vivaient ces approches par les adultes comme un manque de respect à leur personne et une privation de leur statut de jeune adulte, ils se sentent infantilisés. Hors la sensibilisation des adolescents tient au fait qu'ils ont justement un besoin viscéral de ce respect ressenti et de la reconnaissance de leur statut de jeune adulte pour déclencher un changement de comportement positif. Ceci est d'ailleurs corroboré par le travail de thèse du Dr CHEVROLLIER concernant les ressentis et attentes des adolescents en consultation de médecine générale (47). Ainsi, il a été démontré que le langage respectueux, leur laissant leur libre arbitre à part entière, a augmenté l'accroche des adolescents et l'observance. En définitive, ceci fait partie intégrante de l'ETP qui vise à rendre les patients acteurs et décideurs de leur santé.

Ainsi, nous comprenons au travers de cette analyse qu'à ce jour l'alliance thérapeutique ne se fait pas, et l'adolescent, ainsi que sa famille, n'adhèrent pas. Il faut prendre en compte la psychologie même de l'adolescent dans la manière de s'adresser à lui, avec respect et reconnaissance, ainsi que la psychologie de l'adolescent et de sa famille face à l'annonce et

l'acceptation d'une maladie chronique. Nous comprenons également au travers de ce qui est soulevé par les professionnels de santé, médecins et infirmiers, qu'il y a justement probablement **un problème communicationnel**, car la bonne volonté et la mise en pratique sont présents, mais l'alliance ne se réalise pas. A plusieurs reprises dans son guide, la HAS évoque un « langage adapté » à adopter (20), et ceci a interpellé le chercheur. Le terme exact imparté par la HAS est « utiliser un langage approprié, respectueux et non stigmatisant » ; et ceci est d'ailleurs sous-entendu par les professionnels de santé dans leurs réflexions, soulignant le fait de « *ne pas culpabiliser* », « *d'être prudents* » : nous ressentons dans ces propos la nécessité de choisir ses mots. En réalité, cette **notion de « langage commun »** est primordiale dans l'abord du sujet et dans la création de l'alliance thérapeutique, et a été bien décrite par l'organisme « Obésité Canada » dans un note récente (48) qui parle de « langage de la personne en premier », ce qui signifie parler respectueusement de la personne en premier lieu, de manière positive. Il s'agit de l'interroger sur ses ressentis et sur sa disposition à parler de son poids, de la scinder de la maladie, ne pas dire « personne obèse » mais « personne ayant de l'obésité » ; ou « vous êtes en surpoids ou obèse » mais « vous souffrez de surpoids ou d'obésité ». Le langage centré sur la personne communique un sentiment de respect de la personne en tant que telle, il consiste à structurer des phrases de manière à parler de la personne d'abord, puis de la maladie dont elle souffre, sans les associer. Cela implique que la maladie est un attribut secondaire et non la caractéristique principale de l'individu. Il est ainsi important d'inviter le patient dans une discussion au cours de laquelle il peut exprimer sa vision des choses, ses envies et ses attentes, avec ses propres mots, son propre langage. Il est nécessaire de faire preuve d'empathie, de ne pas juger, et de respecter ses choix, tout en essayant de le faire réfléchir autrement, faire évoluer sa manière de percevoir les choses, avec lui.

Par ailleurs, lorsqu'est venu le moment de parler de la maladie en elle-même, il convient d'éviter les termes techniques, que les patients ne comprennent pas forcément, et, au contraire, d'adopter leur langage : c'est une forme de respect. Ainsi, il faudrait éviter d'employer le terme « d'IMC », mais plutôt expliquer « le rapport du poids et de la taille » ; ne pas parler « d'adiposité », mais plutôt « d'excès de graisse » ; ne pas utiliser le mot « comorbidités », mais plutôt « maladies qui accompagnent l'obésité » ; et caetera...

De plus, le surpoids et l'obésité sont des maladies très stigmatisées dans la société, le concept de cette pathologie étant souvent relégué à la responsabilité individuelle ou au choix du style de vie, étiquetant ces personnes en souffrance comme des personnes paresseuses, non motivées, ou encore non volontaires. La société en fait une maladie visible chronique honteuse et provoquée, contrairement aux autres maladies chroniques comme le cancer ou le diabète, qui sont perçues comme étant subies, entraînant ainsi une certaine empathie de la part de la société.

Ainsi, il est nécessaire de ne pas employer un discours moralisateur et d'éviter les termes mettant l'accent sur la responsabilité individuelle et les choix d'habitudes de vie. Cette approche est appuyée par le Dr RALSTON au travers de son article publié en 2018 : « Time for a new obesity narrative » (49).

Tout ceci aboutit à la recherche de l'adhésion et de la motivation, qui doit venir du patient. Le médecin se doit d'améliorer ses qualités communicationnelles et de savoir mener les **entretiens motivationnels** avec son patient : c'est primordial, et ce sont d'ailleurs les nouvelles lignes directrices européennes concernant la prise en charge de l'obésité (50). Et, encore une fois, cela fait partie intégrante des concepts de l'ETP, dont le point de départ est « ce que les personnes sont » et le potentiel qu'elles peuvent développer. Leur proposer une écoute attentive et respectueuse, compréhensive et humanisée, dans une attitude positive, sans jugement ni stigmatisation, pour pouvoir ensuite travailler à l'éducation à proprement parler : c'est l'approche centrée sur la personne (51), qui doit être mise en place le plus tôt possible dans la prise en charge. Le vécu, respecter la personne telle qu'elle est, est une des clés de cette approche.

3. **La problématique du suivi**

Il est important de préciser que les médecins généralistes s'accordent à dire que toute situation n'est pas adaptée à une prise en charge par les infirmiers ASALEE, et qu'il faut bien différencier les situations de surpoids et d'obésité sans complications, des situations d'obésité complexe, pour lesquelles ils adressent les jeunes patients plutôt en centre de soins spécialisés à l'hôpital. Ils sont en revanche favorables à un suivi par les infirmiers ASALEE au retour des jeunes de ces structures. D'ailleurs, ce programme mixte hospitalier et ambulatoire a fait ses preuves chez l'adulte (45), il ne peut en être autrement chez l'adolescent : le suivi motivationnel ambulatoire en relais de l'hôpital est indispensable sur le long cours, les infirmiers ASALEE ont toute leur place à ce niveau.

a) **Différentes pratiques médicales et infirmières**

En tout état de cause, même si le surpoids ou l'obésité ne présentent pas de complications, et que le suivi peut alors se faire exclusivement en ville, **le vécu et les attentes des médecins et des infirmiers ASALEE** ne sont pas les mêmes dans la pratique.

Du côté des **médecins**, on ressent qu'ils sont plus dans la délégation de tâches. Dans un premier temps, ils sont plus solitaires dans leur pratique et ne font pas systématiquement appel à un professionnel extérieur. Puis, dès lors qu'ils se sentent en difficulté, ou tout simplement lorsqu'ils manquent de temps : ils adressent généralement les adolescents en priorité aux

infirmiers ASALEE. Ils prennent également assez facilement l'attache des diététiciens et des psychologues quand cela leur semble utile dans la prise en charge. Ou encore, si ils estiment que c'est nécessaire, ils peuvent faire appel à des spécialistes. Ils adressent et délèguent alors. Un des problèmes alors soulevé est qu'ils ne font pas de suivi par la suite : si l'adolescent ne revient pas en consultation, il est tout simplement perdu de vue. Ceci s'explique probablement par la pratique médicale intense et variée, la charge mentale, ou encore le manque de temps. Ils ont pourtant conscience que ce suivi serait nécessaire, et qu'il faudrait faire des relances. Mais aussi peut-on s'interroger : est-ce la vraie problématique en définitive ? En partant du fait que, si l'on est trop intrusif, les patients partent ? En effet, parmi les causes de rupture en médecine générale, peuvent être retrouvées « des divergences d'opinion sur une suite à donner à la prise en charge » ou encore « un déni de la pathologie » (52). Le médecin ne peut pas faire à la place du patient, il faut une prise de conscience, et, encore une fois la nécessité de l'adhésion patient.

De leur côté, les **infirmiers ASALEE** sont beaucoup plus demandeurs d'une collaboration plus impactante de la part des médecins. Ils relatent une difficulté dans le suivi, avec un lien qui reste fragile avec l'adolescent, et un sentiment de rupture imminente, notamment lorsque les sujets sensibles, tels que l'alimentation ou le poids excessif, sont abordés. Les infirmiers essaient alors malgré tout de maintenir ce lien, mais ne se sentent pas dans leur rôle. Ce qui les gêne le plus est la composante psychologique de cette pathologie, pour laquelle ils ne sont pas formés, et qui, naturellement, dépasse leurs compétences et peut fragiliser le lien. Au contraire des médecins, ils se sentent seuls et démunis, et souhaiteraient plus de soutien et d'implication de leur part. Ainsi, ils ressentent le fait d'être accompagnés par d'autres professionnels comme une nécessité, cette prise en charge dépasse leur rôle propre et, selon eux, ne peut être que multidisciplinaire.

b) Nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire

Cette multidisciplinarité est d'ailleurs recommandée par la HAS (20), qui considère l'association ASALEE comme un maillon important dans le travail interprofessionnel, mais sans oublier l'ensemble de l'offre de soins mise à disposition : rechercher l'appui d'un diététicien, recourir à un psychologue voire à un psychiatre si nécessaire, parfois faire appel à un kinésithérapeute, et en complémentarité à un EAPA (Enseignant en Activité Physique Adaptée) (53).

Ce qui ressort dans le discours des professionnels, de manière fréquente et unanime, est **l'appui nécessaire des psychologues**. Ils ressentent que derrière toute difficulté de poids, se cache une problématique psychologique qu'ils ne se sentent pas aptes à prendre en charge seuls, d'autant que c'est bien souvent **l'ensemble du schéma familial** qui est à retravailler. En effet, parmi les

explications d'une faible alliance thérapeutique, on retrouve fréquemment des éléments psychopathologiques chez l'adolescent et sa famille, ayant pour conséquence un taux important de perdus de vue concernant cette pathologie (40). Il a été démontré que dans les familles d'enfants souffrant d'obésité, on retrouvait fréquemment des « dynamiques familiales en difficulté pour accueillir le manque, la tristesse, l'opposition ou l'angoisse ». Ainsi, cette incapacité à supporter ces émotions se traduit par un apaisement via un apport alimentaire, pour ne pas avoir à y faire face. Il s'en suit un profil psychologique particulier des patients souffrant d'obésité avec notamment une absence de désir, celui-ci étant comblé avant même d'exister, et une diminution de l'estime de soi, donnant lieu à des troubles dépressifs et anxieux (54). Et, nous l'avons vu dans les résultats, si il existe en effet la psychologie particulière de l'adolescent, il faut considérer également celle des parents, avec des ressentis négatifs de culpabilité, de honte, ou encore un sentiment d'être jugés, il s'en suit un déni de la problématique et une passivité face aux intervenants. Or, les professionnels l'ont très bien soulevé : plus les parents sont impliqués dans la démarche, meilleurs seront les résultats. Ainsi, en parallèle de la prise en charge par les médecins et les infirmiers ASALEE, le travail sur le plan psychologique paraît incontournable, tant pour les adolescents que pour les parents (55). Ce suivi est lui aussi vivement recommandé par la HAS, qui juge comme indispensable une « évaluation psychologique de départ systématique » de l'adolescent (20), dans laquelle elle souhaite inclure les parents, qui devraient, dans la mesure du possible, faire partie de la prise en charge globale. La HAS recommande, en cas de besoin de soutien à la parentalité, des séances d'éducation thérapeutique pour les parents, ainsi que, si nécessaire, le recours à un travailleur social pour aider les familles dans le changement positif. Définitivement, la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adolescent requiert un **travail d'équipe multidisciplinaire**, et ne peut se contenter d'une prise en charge médecin-infirmiers ASALEE seuls. Pour autant, ils représentent la base, la prise en charge débute avec eux, et tout l'enjeu du travail des médecins et des infirmiers ASALEE consiste à trouver l'accroche de l'adolescent et de sa famille par un discours adapté, afin d'obtenir leur adhésion et leur implication indispensables.

Ainsi, la multidisciplinarité est indispensable. Elle implique cependant d'autres difficultés trouvant leur origine dans des facteurs externes.

c) **Complications liées aux facteurs externes**

Les maisons de santé des interviewés se trouvaient en **ruralité**. Hors, il a été démontré que la mise en place de l'ETP était plus difficile en ruralité (56), ce qui rend la tâche des infirmiers ASALEE encore plus complexe. De surcroît, la ruralité implique un accès aux soins spécialisés ou à certains professionnels paramédicaux plus difficile du fait de la distance, et du temps à

consacrer : les parents ne peuvent pas toujours se rendre disponibles. A cela s'ajoute que fréquemment les familles concernées se trouvent être dans des situations précaires, et n'ont, bien souvent, pas de véhicules pour se rendre aux rendez-vous. Au-delà de cela, cette **précarité** empêche une prise en charge multidisciplinaire efficiente du fait que les consultations diététiques et psychologiques ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale, ni les séances par les EAPA. Certaines mutuelles peuvent proposer un remboursement partiel, mais toutes les familles ne bénéficient pas de mutuelles privées, et peuvent être affiliées à la CMU (Complémentaire Mutuelle Universelle), dépendante des caisses d'assurance maladie, mais ne couvrant pas ce type de frais. De nouvelles dispositions sont prises par les autorités à ce sujet concernant les consultations par les psychologues : soit via la sécurité sociale avec « MonPsy », qui, sur prescription médicale préalable, permet de prendre en charge intégralement jusqu'à 8 séances par année civile, chez un psychologue conventionné, pour les enfants- adolescents de 3 à 17 ans (57) ; soit via le dispositif « écoutémoi », en cours d'expérimentation dans 22 départements français (mais pas encore dans les Hauts de France), qui permet de prendre en charge partiellement 12 séances chez un psychologue partenaire, pour les patients de 6 à 21 ans (58).

La multidisciplinarité est donc une volonté de tous, mais dans les faits, elle est très compliquée à organiser. Il est à noter qu'elle a de plus été mise à mal ces dernières années par la **crise du COVID** qui a désorganisé toute l'offre de soin. Nous sommes en 2023, nous pouvons espérer que, avec le temps, cette crise soit derrière nous, et que, de ce point de vue-là, elle représente une problématique de moins.

4. Pistes d'amélioration

Au cours de ce travail, des pistes d'amélioration ont pu être mises en lumière au travers des entretiens menés avec les médecins et les infirmiers ASALEE, répondant à certaines problématiques soulevées.

a) Faire venir l'adolescent en consultation

(1) Valoriser la prévention et la communication

En premier lieu, les professionnels pensent qu'il faudrait valoriser la prévention du surpoids et de l'obésité dans leurs cabinets. Ils imaginent pour cela offrir des **messages de prévention** au travers de campagnes d'affichage au sein de la structure médicale, ou encore en proposant l'organisation de marches ou ateliers collectifs. Ils émettent également l'idée de développer des sites internet dédiés. Cela permettrait, par la communication sur l'existant, d'amener les patients

à ce que la démarche soit la leur, et que l'adhésion au projet soit renforcée. Cependant, la difficulté résidera dans la façon de penser la campagne de prévention, afin d'impacter positivement les personnes ciblées. En effet, une étude récente, menée par des professeurs de Grenoble Ecole de Management (59), a pu montrer que les messages sanitaires type « Pour votre santé, mangez au moins 5 fruits et légumes par jour », délivrés au cours des publicités pour les aliments « Gras, Salés, Sucrés », avaient en définitive un effet inattendu de déculpabilisation, notamment dans les familles les plus précaires, les incitant au contraire à manger les aliments « plaisir ». Nous avons vu également dans notre discussion que les campagnes d'éducation à la prévention, telles qu'elles existent aujourd'hui, n'ont pas d'impact sur les adolescents (46). Alors comment faire ? Les campagnes antitabac, ou encore de prévention routière, ont montré que l'image avait un impact plus fort sur les individus que le texte (60). C'est ainsi que le laboratoire Novo nordisk s'est lancé en 2022 dans une **campagne de sensibilisation choc** par des affiches : « Les préjugés ne soignent pas l'obésité » (61), souhaitant faire comprendre à la population que l'obésité est une maladie chronique multifactorielle, au travers de clichés de personnes souffrant d'obésité, témoignant de leurs difficultés dans leur parcours de maladie. Ils souhaitent également, au travers de cette campagne, montrer aux personnes souffrant de surpoids ou d'obésité qu'elles ne sont pas seules dans leur combat intérieur. Alors peut être que c'est là-dessus qu'il faut communiquer, plutôt que de simples messages de prévention : c'est faire comprendre qu'il s'agit d'une maladie, chronique et complexe, que les professionnels de santé sont présents pour accompagner les personnes malades, sans jugement et sans préjugés, et en l'occurrence pour ce qui nous concerne : les adolescents, en amont des comorbidités à venir.

Dans le même objectif de rendre les patients acteurs de leur santé, et que la décision soit la leur, les médecins et infirmiers évoquent l'idée de **se faire connaître** auprès des écoles, des maisons des jeunes, des associations sportives, ou encore de l'ensemble des professionnels en lien avec l'enfance de manière que, dès qu'une personne détecte, elle puisse donner l'information en espérant dans les suites une consultation dédiée à l'initiative de l'adolescent et/ou des familles chez le médecin généraliste.

Par ailleurs, toujours dans la même optique de prise de conscience des familles, les médecins généralistes voudraient valoriser la prévention auprès des parents en les impliquant dès le plus jeune âge de leurs enfants : l'**appropriation du carnet de santé** paraît être une piste pour responsabiliser le parent face à la santé de son enfant, et ce, jusqu'à sa majorité. De même, le **carnet de santé numérique** « Mon espace Santé », mis à disposition de tout un chacun depuis 2022 par le Ministère de la Santé et de la Prévention (62) pourrait être un moyen ludique et

contemporain de prendre soin de sa santé. Il permet entre autres choses de créer des rappels de rendez-vous, ou autres dates de vaccinations : on pourrait ainsi imaginer créer des rappels de prise de mesures biométriques, a minima annuelles, pour les enfants et adolescents. Ainsi, les courbes pourraient être tracées par les parents eux-mêmes, ce qui pourrait induire leur questionnement et une prise de rendez-vous effective, pour ce motif, chez le médecin généraliste.

Les professionnels pensent également qu'une communication des caisses d'assurance maladie **via les réseaux sociaux** serait une manière de toucher cette population très encline à ces modes de communication.

(2) **Recours à la médecine scolaire**

La piste de l'implication de la médecine scolaire dans un **dépistage systématique** semble évidente et séduisante pour tous : le seul moyen de toucher tout le monde, c'est l'école. D'autant que le dépistage du surpoids et de l'obésité chez les adolescents fait partie intégrante de ses missions (63,64). Les médecins et infirmiers scolaires ont cette chance d'avoir accès à tous les adolescents scolarisés, au moins dans l'enseignement public. Ils ont un rôle de prévention certain et une relation à la fois privilégiée et plus neutre avec les adolescents. Tant les médecins généralistes que les infirmiers ASALEE aimeraient une **coopération effective avec la médecine scolaire** pour travailler dans une dynamique commune : que le dépistage systématique se fasse au sein des collèges et des lycées, tout en veillant à une discrétion absolue de manière à ne pas stigmatiser les adolescents concernés, parfois déjà fragilisés dans leur estime de soi et malheureusement aussi, parfois, victimes de moqueries de leur congénères ; puis que la prise en charge leur soit adressée. Pour autant, malheureusement à ce jour, et du moins en Picardie, les contacts pris par les infirmiers ASALEE avec la médecine scolaire ont été peu fructueux : ils ont eux aussi leurs propres problématiques de manque d'effectifs et de temps, et les infirmiers ont été confrontés à des blocages humains et administratifs.

Dans sa thèse de 2016 : « Les freins au dépistage et à l'initiation de la prise en charge de l'obésité infantile » (65), le Dr Goujeon soulevait que 61,5% des médecins interrogés évoquaient la nécessité d'une aide par un dépistage scolaire systématique. Ceci était, selon elle, le frein principal au dépistage. Il serait intéressant de savoir ce qu'il en est sur notre territoire. Les services de la médecine scolaire ont été contactés par l'enquêteur, de manière à connaître les mesures prises dans les collèges et les lycées de Picardie, et à savoir si une collaboration avec les infirmiers ASALEE pourrait être intéressante pour eux. Une première réponse a été donnée indiquant de reprendre contact le mois suivant car ils manquaient de temps. Deux

relances ont été effectuées mais l'une comme l'autre sont malheureusement restées sans réponse.

b) Optimiser le dépistage et l'adhésion en consultation

Bien que leur mise en place semble difficile aux médecins du fait de leur activité, ils pensent pour autant à l'unanimité que l'idéal serait pour eux d'avoir des **consultations dédiées**, décidées, ou au moins approuvées, par l'adolescent et ses parents. L'abord serait alors plus facile, plus construit, et cela leur permettrait d'être plus impliqués, et de parler de cette pathologie complexe sereinement, en prenant le temps nécessaire, de manière à obtenir l'adhésion, puis la motivation des adolescents et des familles, indispensables à une bonne prise en charge. Cela leur permettrait tout simplement de faire de l'éducation thérapeutique dès la première consultation dédiée, et d'être plus structurés dans l'adressage, avec peut-être une présentation plus approfondie et plus rassurante du protocole ASALEE qui leur est proposé.

La **consultation des 15-16 ans**, recommandée dans le carnet de santé, serait un atout : elle permettrait d'être plus systématique dans le dépistage. Cette consultation, nous l'avons vu, n'est pas du tout exploitée à ce jour. Peut-être que l'appropriation du carnet de santé par les parents pourrait inciter à y avoir recours ? Mais pour combien de parents ? Ainsi, certains médecins évoquent le fait qu'il faudrait qu'elle devienne effectivement **obligatoire** pour optimiser et systématiser le dépistage, qu'elle soit mieux encadrée, et devrait, comme les consultations des 9 mois ou des 2 ans, donner lieu à un certificat médical obligatoire.

De plus, ces consultations dédiées chez le médecin généraliste sont en réalité également une demande des adolescents en surpoids ou obèses. Des adolescents, suivis au CSO de Nice (Centre Spécialisé Obésité), ont été interrogés sur leurs attentes concernant leur suivi en ville (66) : ils font part du fait que, si le poids est évoqué à chaque motif de consultation, cela provoque chez eux un blocage et ils deviennent réticents à aller consulter. Ainsi ils ne préfèrent pas être associés, pourrait même on dire : « réduits », à leur physique et à leur poids. Ils veulent être considérés comme une personne à part entière, qui a le droit d'avoir juste une banale affection saisonnière ou tout autre motif de consultation, sans que son poids ne fasse qu'un avec lui. Ceci nous amène à nouveau sur cette notion de prise en charge centrée sur la personne, il est nécessaire de dissocier la personne de sa maladie, et d'utiliser le langage de la personne en premier.

Alors : comment bien mener ces consultations dédiées ? L'**outil informatique « Obélic »** a été cité par un des médecins généralistes, mais il ne l'a pas encore mis en place. D'utilisation facile et ludique, cet outil serait pourtant une aide précieuse pour pratiquer l'approche centrée

sur le patient et mener à bien l'entretien motivationnel. Il a d'ailleurs fait ses preuves en médecine de ville comme le rapporte la thèse d'exercice du Dr PEROTIN de 2018 (67) : son contenu est issu des recommandations de la HAS et des sociétés savantes, notamment lors de la consultation initiale pour impacter prise en charge (68). Cela permettrait aisément de faire de l'éducation thérapeutique dès le début de la prise en charge : cette consultation reprend l'histoire de la maladie, mais surtout l'environnement le mode de vie de l'adolescent, les représentations de l'adolescent et de sa famille, leurs attentes. Cet outil donne des exemples de langage adapté à la personne, et guide le médecin dans sa prise en charge. Il peut également être utilisé pour le suivi au long cours du surpoids et de l'obésité.

Les médecins et les infirmiers évoquent aussi le fait qu'ils voudraient travailler à l'optimisation de la prise de rendez-vous. Pour comprendre cette problématique, ils proposent des réunions au sein de la structure, ou avec d'autres structures qui connaissent les mêmes difficultés. Ils pensent qu'élaborer un listage des adolescents adressés par le médecin, de manière à relancer l'adolescent si il n'est pas venu, pourrait être une solution. Toute idée est bonne à prendre, et il est toujours bénéfique de relancer, ne serait-ce que pour que le patient se sente considéré et non-oublié. Pour autant, cette problématique de rendez-vous non-pris ou non-honorés vient certainement en partie du fait de la non-adhésion et la non-motivation actuelles : faire de l'éducation thérapeutique le plus tôt possible, sur des consultations dédiées, en utilisant un langage approprié, en menant les entretiens motivationnels pour rendre le patient conscient des bienfaits pour lui et sa santé sont probablement la base de la réussite, le patient doit devenir acteur de sa santé et décider.

c) Renforcer la coopération médecins-infirmiers pour apporter une dynamique dans la prise en charge des adolescents :

Un travail en équipe construit, coordonné, est le point de départ de la prise en charge multidisciplinaire recherchée dans le cadre du protocole « Surpoids et Obésité de l'adolescent ». Aussi une coopération optimale entre les médecins et les infirmiers paraît indispensable : ils ont besoin les uns des autres, pour travailler de manière complémentaire, et savoir adapter leur discours pour obtenir l'adhésion de l'adolescent et de sa famille tant dans l'acceptation de la prise en charge, que dans son suivi au long cours. Leurs attentes ne sont pas les mêmes, mais prendre le temps de développer leurs relations ne peut être qu'un plus pour gagner un temps précieux ensuite.

Aussi, les **médecins généralistes**, souvent submergés par leur activité, intense et diverse, ont besoin de déléguer pour se décharger et ainsi libérer du temps médical. Il a été montré qu'une coopération bien menée avec les infirmiers ASALEE avait des effets positifs sur le travail des médecins, mais restait malgré tout très hétérogène selon les binômes MG-IDE (69). En effet, les médecins interrogés admettent que parfois ils n'ont pas encore l'automatisme de faire appel aux infirmiers ASALEE, et, qu'en définitive, ils ne connaissent pas bien leur rôle et leurs missions. Les médecins eux-mêmes peuvent être un frein à la coopération, comme l'a décrit le Dr VEZIEN dans sa thèse en 2017 (70). Ils leur adressent des patients et se reposent sur eux, souhaitant qu'ils prennent le temps nécessaire, autant de fois que nécessaire, pour faire tout ce qu'ils n'ont pas le temps de faire, ou pas le temps de « bien faire ». Ils pensent que peut être des relances plus récurrentes de la part des infirmiers pourraient les aider à être plus systématiques.

De leur côté, les **infirmiers** sont pleinement conscients de leurs missions et de leurs possibilités. Ils sont plus dans la demande. Ils ont eux aussi l'envie de relancer les médecins, notamment via des outils pratiques, afin de ne pas être trop intrusifs envers eux, mais ils craignent de les déranger et d'en ajouter à leur charge de travail déjà importante. Ils souhaiteraient plus d'implication des médecins pour une meilleure prise en charge des patients et plus de complémentarité.

En définitive : tout est question de communication entre les parties !

Ainsi, pour **renforcer cet esprit d'équipe** et mieux comprendre les attentes et le travail de chacun, certains infirmiers aimeraient pouvoir réaliser, au moment de l'entrée en collaboration, une journée complète auprès du médecin pour apprendre à mieux se connaître, et mieux comprendre ses problématiques, sa manière de travailler. Puis, par la suite, faire des consultations communes, tant médicales que infirmières, pour que ce ne soit que plus enrichissant et constructif dans la prise en charge des adolescents et de leur famille. Concernant ce protocole si difficile à mettre en place, une optimisation de la coopération paraît essentielle.

Certains infirmiers étaient favorables à la révision du protocole pour améliorer l'inclusion et la coordination, mais les médecins étaient plutôt réfractaires face à la lourdeur administrative.

Les infirmiers regrettent que les médecins ne participent pas aux **formations communes** proposées par l'association ASALEE. Ce serait pour eux un moyen de mieux travailler ensemble par le partage d'expériences. Les médecins ne sont pas contre, mais sont à nouveau bloqués par le manque de temps. Depuis la crise du COVID, les formations sont proposées en visioconférence, soit sur le temps du midi, soit le soir. Mais d'une manière ou d'une autre : le

midi reste compliqué parce qu'ils courent après le temps ; et le soir, en visioconférence, il reste difficile d'adhérer après une longue journée de travail. Ainsi, peut être que de revenir au **présentiel**, le soir, serait plus motivant. Un médecin dit qu'il préférerait même un temps consacré, sur une demi-journée voire une journée complète.

Toujours dans l'esprit de motiver les équipes, l'idée a été évoquée d'avoir un **médecin référent** ASALEE qui fasse le point régulièrement et avec les médecins, et avec les infirmiers, pour se rendre compte de l'évolution des protocoles, dont le « Surpoids et Obésité chez l'adolescent ».

Ainsi, parmi les pistes d'amélioration, l'optimisation de la coopération entre les médecins généralistes et les infirmiers ASALEE serait un point de départ à l'équipe multidisciplinaire indispensable pour la prise en charge complexe du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent.

VII. Conclusion

Le sujet du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent dans notre société est un véritable enjeu de santé publique : les comorbidités liées à cette pathologie sont nombreuses et néfastes pour la santé, tant physique que mentale. Le regard croisé des médecins généralistes et infirmiers ASALEE, interrogés sur la difficulté de prise en charge de ces adolescents, nous a permis de mieux comprendre les problématiques et de trouver des pistes d'améliorations.

La première problématique rencontrée est que les médecins généralistes ne voient globalement pas ou peu les adolescents en consultation : c'est une « population oubliée ». Population jeune, s'estimant être en bonne santé pour plus de 90% d'entre eux, ils ne consultent qu'à de rares occasions, et, en tout état de cause : jamais pour une consultation concernant le surpoids ou l'obésité. Car en effet, pour eux et pour leur famille, le surpoids ou l'obésité : soit n'existent pas, il y a un déni de la réalité ; soit ne sont pas un problème de santé, c'est un fait, une sorte d'inconscience familiale, avec laquelle on vit. Ainsi la première difficulté est de les faire venir en consultation, et pour ce motif.

L'appui de la médecine scolaire serait, à ce titre, très intéressant. Cela permettrait d'effectuer un dépistage systématique et d'amener les adolescents concernés à la consultation chez le médecin généraliste, qui prendrait alors le relai. Ainsi, la coopération avec la médecine scolaire serait idéale, c'est un point qu'il faudrait développer.

La mise en place des consultations de prévention pour les adolescents de 15-16 ans serait également un moyen de faire venir les adolescents chez le médecin généraliste, et aurait l'avantage d'être une consultation dédiée. Elle n'est, à ce jour, malheureusement pas exploitée, ces consultations n'étant que « recommandées » dans le carnet de santé. Selon les professionnels de santé, il faudrait qu'elles soient rendues « obligatoires », donnant lieu à un certificat médical, ce qui leur permettrait de voir tous les adolescents et de faire du dépistage systématique.

La communication sur le surpoids et l'obésité semble être une piste à exploiter également, à condition qu'elle soit impactante, pour qu'il y ait une prise de conscience et que la décision de venir en consultation soit celle de l'adolescent. Les campagnes de sensibilisation classiques sur l'équilibre alimentaire, la sédentarité ou l'activité sportive n'ont que peu d'influence sur cette population particulière des adolescents : ils se sentent infantilisés alors qu'ils voudraient du respect et de la reconnaissance de leur statut de jeune adulte. Des images chocs, comme cela est fait dans les campagnes anti-tabac, pourraient avoir plus d'impact pour faire prendre

conscience que le surpoids et l'obésité sont des maladies chroniques, et que les professionnels de santé sont présents pour les accompagner.

Une seconde problématique mise en lumière, qui est primordiale et qui met le plus en difficulté les professionnels de santé dans la mise en place de ce protocole, c'est qu'ils ne parviennent pas à obtenir l'adhésion au projet. Cette difficulté est d'autant plus importante qu'il ne s'agit pas que de l'adolescent lui-même, mais de sa famille tout entière, dont il est indissociable : toute la dynamique familiale est à retravailler pour obtenir des résultats, que ce soit du point de vue des médecins ou des infirmiers ASALEE. Ce n'est donc pas la prise en charge d'un patient, mais de plusieurs patients, vivants dans une même unité, une même logique, une même psychologie.

Il ressort de ce travail que la notion de consultation médicale dédiée est très importante pour obtenir l'adhésion. En premier lieu, l'abord d'un sujet si sensible et si complexe ne peut se faire au décours d'une consultation banale, mais au contraire de manière posée et construite, sur une consultation dédiée. Ceci est primordial pour tout le reste de la prise en charge : bien menée, elle permettra une alliance thérapeutique effective, et surtout l'adhésion indispensable du patient-adolescent, lui permettant de trouver la motivation nécessaire pour qu'un changement positif opère dans ses habitudes de vie et le prendre soin de sa santé. En second lieu, des adolescents qui sont en suivi ont eux-mêmes exprimé le souhait d'une consultation médicale dédiée, afin qu'ils ne soient pas systématiquement associés à leur maladie : il est important pour eux d'être considérés comme « une personne souffrant de surpoids et d'obésité », et non pas comme « une personne en surpoids ou obèse ».

Aussi, non seulement ces consultations se doivent d'être structurées, mais de surcroît l'adhésion ne peut s'obtenir qu'en respectant l'adolescent tel qu'il est, en tant que personne, en le scindant de sa maladie : il est nécessaire d'employer un langage adapté, au travers d'un entretien motivationnel, éventuellement aidés d'outils informatiques appropriés. L'approche doit être centrée sur le patient, et le discours doit, quant à lui, être empathique, non stigmatisant, et être dénué de jugement et de préjugés. Cela fait partie intégrante de l'éducation thérapeutique.

Forts de tout cela, les professionnels de santé comprennent que l'éducation thérapeutique a non seulement toute sa place dans la prise en charge de cette pathologie, mais est même indispensable. Elle doit être instaurée le plus tôt possible, avec le médecin généraliste, puis avec l'appui complémentaire de l'infirmier ASALEE. Cette coopération, qui se doit d'être optimale, est le socle de la prise en charge, mais doit aller plus loin : la multidisciplinarité, bien que difficile à mettre en place, est essentielle.

A ce titre, une autre problématique à prendre en considération est la composante psychologique, qui est omniprésente dans cette prise en charge, tant pour les médecins que pour les infirmiers ASALEE. Il faut savoir prendre en compte le processus d'acceptation d'une maladie chronique, pour l'adolescent, et pour ses parents ; la psychologie des patients-adolescents atteints de surpoids ou d'obésité, qui présentent souvent une altération de l'estime de soi, voire des troubles anxieux ou dépressifs, parfois accompagnés de troubles du comportement alimentaire ; et également la psychologie particulière de l'adolescent qui demande respect et reconnaissance, ainsi que celle de ses parents. Le psychologue doit faire partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire : il permettra de faire l'évaluation initiale, puis le suivi et l'accompagnement du jeune et de sa famille.

Enfin, il ne faut pas négliger une problématique systématiquement rencontrée en médecine générale : le manque de temps. La mise en place de ce protocole est chronophage, et, de plus, nécessiterait des formations complémentaires notamment sur l'abord de la maladie, la composante psychologique, mais également sur l'entretien motivationnel, ou encore le langage de la personne en premier. Pour tout cela, il faut du temps, et les médecins en manquent cruellement. C'est une problématique pour laquelle nous n'avons, à ce jour, que peu de solutions.

Ainsi les difficultés se trouvent à toutes les étapes de la prise en charge, mais des pistes d'amélioration laissent la porte ouverte sur de nouvelles perspectives. En tout état de cause, l'éducation thérapeutique a absolument toute sa place dans cette prise en charge, et ce, le plus précocement possible.

VIII. Bibliographie

1. Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA, Abu-Rmeileh NM, Acosta-Cazares B, Acuin C, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*. 16 déc 2017 ;390(10113):2627-42.
2. En 40 ans, les cas d'obésité chez l'enfant et l'adolescent ont été multipliés par dix [Internet]. [cité 21 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>
3. Guignon N, Delmas MC, Fonteneau L. DREES : En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale. *Etudes et Résultats*. août 2019 ;(1122):1-6.
4. Androustos O, Perperidi M, Georgiou C, Chouliaras G. Lifestyle Changes and Determinants of Children's and Adolescents' Body Weight Increase during the First COVID-19 Lockdown in Greece: The COV-EAT Study. *Nutrients*. 13 mars 2021 ;13(3):930.
5. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. BEH Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. 13 juin 2017;(13):17.
6. Baranne ML, Azcona B, Goyenne P. BEH Impact de la crise sanitaire due au SARS-CoV2 sur le statut staturo-pondéral des enfants de quatre ans : comparaison des données des bilans de santé en école maternelle du Val-de-Marne, de 2018 à 2021. 26 avr 2022;(8):153-60.
7. PNNS4 2019-2023 : Programme National Nutrition Santé septembre 2019 [Internet]. [cité 20 juin 2022] Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
8. PNNS4 2019-2023 : Bilan à mi-parcours mai 2021 [Internet]. [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns_4_bilan_mai2021.pdf
9. Evaluer et suivre la corpulence des enfants INPS 2012 [Internet]. [cité 21 juin 2022]. Disponible sur : [https://www.apop-france.com/uploads/elfinder/doc-telecharger/docIMCEnf_INPES_2012%20\(1\).pdf](https://www.apop-france.com/uploads/elfinder/doc-telecharger/docIMCEnf_INPES_2012%20(1).pdf)
10. Nieman P, LeBLanc C. Les aspects psychosociaux de l'obésité chez les enfants et les adolescents | Société canadienne de pédiatrie. *Paediatrics&Child Health*. avr 2012 ;17(4):207-8.
11. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 mai 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
12. Protocole de coopération ASALEE [Internet]. [cité 20 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.centre-val-de-loire.paps.sante.fr/protocole-de-cooperation-asalee>
13. Legrand A. Intérêts et limites perçus par les parents d'enfants en surpoids de leur prise en charge en soins primaires par des infirmières d'éducation thérapeutique du réseau

- ASALEE, une étude qualitative en Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Rennes, Faculté de médecine ; 2019.
14. Le Pommelet M. Vécu et attentes des parents dans la prise en charge de 1er recours du surpoids et/ou de l'obésité non compliquée de leur enfant âgé de 6 à 9 ans en Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Rennes, Faculté de médecine ; 2019.
 15. Gillot L. Prévention de l'obésité en médecine générale, point de vue des adolescents : étude menée dans trois lycées de l'Arrageois en 2020 [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Lille, Faculté de médecine ; 2021.
 16. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances | Cairn.info [Internet]. [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm?try_download=1
 17. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol.* 27 avr 2011;(23):147-81.
 18. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine [Internet]. Université de Lille, Faculté de médecine ; 2009 [cité 17 juin 2022]. Disponible sur : www.theorisationancree.fr
 19. Hendren NS, de Lemos JA, Ayers C, Das SR, Rao A, Carter S, et al. Association of Body Mass Index and Age With Morbidity and Mortality in Patients Hospitalized With COVID-19: Results From the American Heart Association COVID-19 Cardiovascular Disease Registry. *Circulation.* 12 janv 2021 ;143(2):135-44.
 20. HAS : Guide parcours surpoids et obésité enfants adolescents [Internet]. [cité 17 juin 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-02/guide_parours_surpoids_et_obesite_enfants_adolescents.pdf
 21. Queensland Center for Public Health. Therapeutic patient education : continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases : report of a WHO working group. *EUR/ICP/QCPH 01 01 03 Rev2.* 1998;1-90.
 22. Dupont S, Mikolajczak M, Roskam I. The Cult of the Child: A Critical Examination of Its Consequences on Parents, Teachers and Children. *Soc Sci.* mars 2022 ;11(3):141.
 23. Drees I, Inserm I. DREES : La santé des adolescents. *Etudes et Résultats.* juin 2004;(322):1-12.
 24. Dreux C. La prévention en santé chez les adolescents. *Bull Acad Natle Méd.* 17 juin 2014;198(6):1197-241.
 25. Adolescences physiologiques, adolescences pathologiques – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.academie-medecine.fr/adolescences-physiologiques-adolescences-pathologiques/>
 26. Fioravanti G, Bocci Benucci S, Ceragioli G, Casale S. How the Exposure to Beauty Ideals on Social Networking Sites Influences Body Image: A Systematic Review of Experimental Studies. *Adolesc Res Rev.* sept 2022;7(3):419-58.

27. Devernay M, Viaux-Savelon S. Développement neuropsychique de l'adolescent : les étapes à connaître. *Réal Pédiatriques*. sept 2014;187:1-7.
28. Dany L, Morin M. Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français. *Bull Psychol*. 2010 ; Numéro 509(5):321-34.
29. Davin-Casalena B, Jardin M, Guerrera H, J. Mabile, Tréhard H, Lapalus D, et al. L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie. *Rev Epidemiol Sante Publique*. juin 2021 ;69(3):105-15.
30. La pandémie de COVID-19 à l'origine du plus grand recul ininterrompu des vaccinations en trente ans [Internet]. [cité 25 janvier 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/15-07-2022-covid-19-pandemic-fuels-largest-continued-backslide-in-vaccinations-in-three-decades>
31. Santé Publique France. Obligations vaccinales chez le nourrisson : état des connaissances [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/obligations-vaccinales-chez-le-nourrisson-rpvp-2018>
32. Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. [cité 25 janvier 2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/etablissement/sante-prevention/les-examens-de-suivi-medical-de-l-enfant-et-de-l-adolescent>
33. Ministère des sports et des jeux olympiques et paralympiques. Décret n° 2021-564 du 7 mai 2021 relatif aux modalités d'obtention et de renouvellement d'une licence d'une fédération sportive ainsi qu'aux modalités d'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée, pour les mineurs hors disciplines à contraintes particulières - Légifrance [Internet]. 2021 [cité 25 janvier 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043486809>
34. Van Rode V, Rotsaert M, Delhay M. Solitude et adolescence : implications cliniques et perspectives. *Revue de littérature. Rev Med Brux*. 2015 ;415-20.
35. Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant-Légifrance-Publication officielle- JORF n°0050 du 28 février 2019 [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038175215>
36. Carnet de santé : examen entre 15 et 16 ans [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/524574/document/carnet_de_sante_examen_15-16_ans.pdf
37. Surpoids et obésité infantile [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/prevention-du-surpoids-et-de-l-obesite-infantile/un-enjeu-de-sante-publique>
38. Bacchini D, Licenziati MR, Garrasi A, Corciulo N, Driul D, Tanas R, et al. Bullying and Victimization in Overweight and Obese Outpatient Children and Adolescents: An Italian Multicentric Study. *PLoS ONE*. 25 nov 2015;10(11):e0142715.

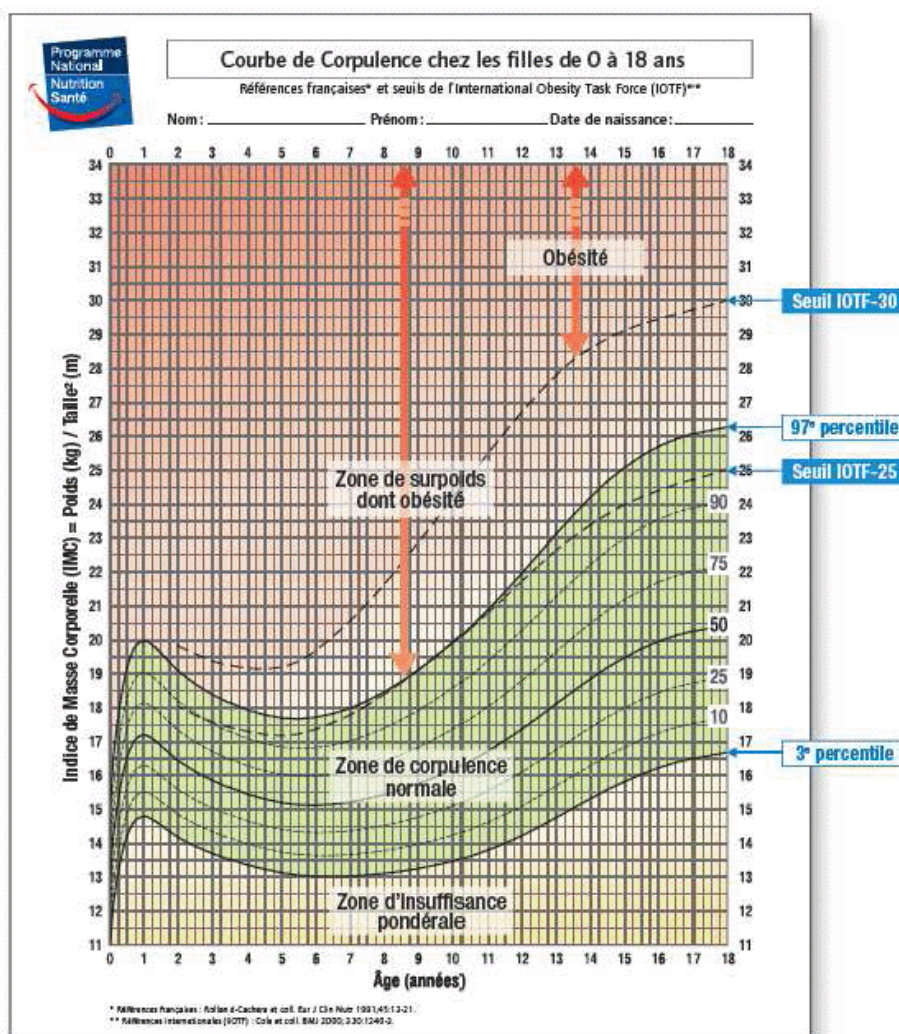
39. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W, SECTION ON OBESITY, THE OBESITY SOCIETY. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 1 déc 2017;140(6):e20173034.
40. Corduan G, Rabourdin S, Bergmann-Billig J. Souffrances psychiques chez les adolescents obèses... et diabétiques. Le faire semblant créatif en Maison des adolescents à travers un atelier d'inspiration sociodramatique et un atelier de création vidéo. *Rev Enfance Adolesc*. 2015 ;91(1):111-26.
41. Butt F, Farooq Butt A, Alam F, Aslam N, Abdul Moeed H, Butt FA. Perception and Management of Obesity Among Pakistani Doctors. *Cureus*. 11(2):e4156.
42. Gastine JB. Prévalence des anomalies de croissance staturo-pondérale et qualité de leur dépistage et suivi chez les enfants prépubères de l'agglomération lilloise [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille, Faculté de médecine; 2014.
43. Valot L, Lalau JD. L'alliance thérapeutique. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 déc 2020 ;14(8):761-7.
44. Grimaldi A. La maladie chronique. *Trib Santé*. 2006;13(4):45-51.
45. Un nouveau programme d'éducation thérapeutique pour les patients obèses [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 29 janvier 2023]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-288/un-nouveau-programme-d-education-therapeutique-pour-les-patients-obeses>
46. Yeager DS, Dahl RE, Dweck CS. Why Interventions to Influence Adolescent Behavior Often Fail but Could Succeed. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci*. janvier 2018 ;13(1):101-22.
47. Chevrollier RM. La relation médecin généraliste-adolescents : vécu, attente et ressenti des adolescents [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne, Faculté de Médecine; 2014.
48. Utilisation du langage de la personne en premier [Internet] Obesity Canada [cité 26 janvier 2023] Disponible sur : https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/10/Utilisation-du-langage-de-la-personne-en-premier_Weight-Bias-Person-First-Language_Brief.docx-3.pdf
49. Ralston J, Brinsden H, Buse K, Candeias V, Caterson I, Hassell T, et al. Time for a new obesity narrative. *The Lancet*. 20 oct 2018;392(10156):1384-6.
50. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts*. 2019 ;12(1):40-66.
51. Pörtner M. L'Approche centrée sur la personne dans les soins quotidiens. *Approche Centrée Sur Pers Prat Rech*. 2016 ;22(1):30-7.
52. Fillatre S. Le médecin traitant face à son patient qui le quitte volontairement : vécu des médecins généralistes de la Somme : étude qualitative auprès de 12 praticiens [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Amiens, Faculté de médecine ; 2017.

53. Michel C. Enseignant en activité physique adaptée (EAPA) [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 29 janv 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/soins/sousfamille/conseil-aux-personnes-et-education-physique-34/metier/enseignant-en-activite-physique-adaptee-eapa>
54. Giusti V, Panchaud M. Profil psychologique du patient obèse. Rev Med Suisse. 4 avr 2007;(105):3 : 846-9.
55. Polard J, Grandazzi MH. Parents d'adolescents obèses. Résistances et changement. J Psychol. 2013 ;311(8):27-31.
56. Druon E. Mise en place de programmes d'Education Thérapeutique des patients en milieu rural : quels problèmes et quelles solutions pour les professionnels des territoires ? [Thèse d'exercice]. [France] : Université d'Aix-Marseille, Faculté de médecine ; 2013.
57. Remboursement de séances chez le psychologue [Internet]. [cité 29 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/remboursement-de-seances-chez-le-psychologue>
58. Ministère des Solidarités et de la Santé. Approbation du nouveau cahier des charges national relatif à l'expérimentation visant à réduire la souffrance psychique des jeunes. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0167 du 21/07/2021 [Internet]. 21/07/2021 juill 21, 2021. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=7KWk6d3KoPgLV20BRNIjakUGTnVzPJi9h76PyrQWBXY=>
59. Werle C, Cuny C. Prévention de l'obésité : les effets contre-productifs des messages sanitaires [Internet]. <https://www.e-marketing.fr/>. 2012 [cité 8 févr 2023]. Disponible sur : https://www.e-marketing.fr/Thematique/media-1093/Breves/Prevention-obesite-effets-contre-productifs-messages-sanitaires-194395.htm#&utm_source=social_share&utm_medium=share_button&utm_campaign=share_button
60. Constance J, Peretti-Watel P. Prévenir le tabagisme par l'image. Ethnol Fr. 2011 ;41(1):67-78.
61. Laboratoires Novo Nordisk. Les préjugés ne soignent pas l'obésité. Communiqué de presse ; 2022.
62. Mon Espace Santé - Le carnet de santé numérique de tous les citoyens [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 8 févr 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/e-sante/mon-espace-sante/article/mon-espace-sante-le-carnet-de-sante-numerique-de-tous-les-citoyens>
63. Missions des médecins de l'Éducation nationale. NOR : MENE0003331C - Circulaire n° 2001-013 du 12 janvier 2001. J Droit Jeunes. 2001 ;203(3):31-7.
64. Décret n°91-1195 du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'éducation nationale et à l'emploi de médecin de l'éducation nationale - conseiller technique - Légifrance [Internet]. [cité 9 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000527475>

65. Goujeon O. Les freins au dépistage et à l'initiation de la prise en charge de l'obésité infantile : enquête auprès des médecins généralistes de Maine-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France] : Université d'Angers, Faculté de médecine ; 2016.
66. Soulat Roca E. Déterminer les attentes des enfants obèses ou en surpoids en consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Montpellier, Faculté de Médecine ; 2022.
67. Perotin 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 d'exercice]. [France] : Université de Lille, Faculté de médecine ; 2018.
68. Consultation initiale | Obéclic [Internet]. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur : <http://www.obeclic.fr/consultation-initiale.html>
69. Loussouarn C, Franc C, Videau Y, et Al. Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière ASALEE sur l'activité des médecins. IRDES ; 2019.
70. Vezien C. Identification des freins à la coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmières ASALEE en Charente. [France] : Université de Poitiers, Faculté de Médecine ; 2017.

IX. Annexes

A. Annexe 1 : Courbe de corpulence du PNNS 2010 adaptée à la clinique (pour les filles)



OBESITE : $IMC \geq$ seuil IOTF 30

SURPOIDS (incluant obésité) : $IMC \geq$ 97^e percentile

CORPULENCE NORMALE : $3^e \leq IMC \leq$ 97^e percentile

INSUFFISANCE PONDERALE : $IMC \leq$ 3^e percentile

B. Annexe 2 : Guide d'entretien à l'attention des infirmiers ASALEE

Bonjour, je m'appelle Pia MICHEL, j'ai terminé mon cursus d'études médicales, il me reste à préparer mon travail de thèse, auquel vous avez bien voulu participer, et je vous en remercie.

L'objectif de ce travail est de mieux comprendre le regard que vous portez sur la prise en charge des adolescents en surpoids ou obèses dans le cadre du protocole ASALEE.

Je vais donc, si vous le voulez bien, vous poser quelques questions, auxquelles il vous est demandé de répondre le plus librement possible. Toute remarque, ressenti ou attente, positif ou négatif, est intéressant pour ce travail.

Cette conversation est enregistrée de manière à pouvoir la retranscrire intégralement, et l'analyser ensuite. Elle sera anonymisée, votre identité n'apparaîtra nulle part.

Environnement, présentation de l'infirmier interrogé

Tout d'abord, nous allons faire un peu connaissance :

- 1) **Pouvez-vous vous présenter, ainsi que votre environnement professionnel ?**
- 2) **Pourquoi avez-vous choisi d'exercer en tant qu'infirmier(e) ASALEE ?**
- 3) **A combien évalueriez-vous le nombre d'adolescents de 13 à 17 ans en surpoids ou obèses suivis par vos soins ?**

Concernant la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adolescent

- 1) **Parlez-moi de votre expérience concernant la prise en charge des adolescents en surpoids.**
- 2) **Etes-vous à l'aise avec la prise en charge de l'obésité chez l'adolescent ?**
- 3) **Quels peuvent être selon vous les freins à la prise en charge ?**

Relations avec le(s) médecin(s) de la structure

- 1) **De quelle façon coopérez-vous avec les médecins ?**
- 2) **Quelles sont vos relations avec les médecins ?**
- 3) **Quelles sont vos impressions concernant les protocoles proposés ?**

Concernant la prise en charge ASALEE du surpoids et de l'obésité de l'adolescent

- 1) **Avez-vous des adolescents en surpoids ou obèses dans vos suivis actuellement ?**
- 2) **Pensez-vous que la crise du COVID a changé les choses pour ce protocole ? Dans quel sens ?**
- 3) **Que pensez-vous de la prise en charge ?**
- 4) **Qu'attendez-vous des médecins avec qui vous collaborez ?**

Pistes d'amélioration

- 1) **Comment pensez-vous pouvoir faire évoluer les choses ?**
- 2) **Quelle est votre opinion sur l'utilité de travailler de pair avec la médecine scolaire pour un dépistage plus systématique ?**

Est-ce que dans tout ce que l'on a abordé il y a des choses que vous voudriez ajouter ou approfondir ?

C. Annexe 3 : Guide d'entretien à l'attention des médecins généralistes

Bonjour, je m'appelle Pia MICHEL, j'ai terminé mon cursus d'études médicales, il me reste à préparer mon travail de thèse, auquel vous avez bien voulu participer, et je vous en remercie.

L'objectif de ce travail est de mieux comprendre le regard que vous portez sur la prise en charge des adolescents en surpoids ou obèses dans le cadre du protocole ASALEE.

Je vais donc, si vous le voulez bien, vous poser quelques questions, auxquelles il vous est demandé de répondre le plus librement possible. Toute remarque, ressenti ou attente, positif ou négatif, est intéressant pour ce travail.

Cette conversation est enregistrée de manière à pouvoir la retranscrire intégralement, et l'analyser ensuite. Elle sera anonymisée, votre identité n'apparaîtra nulle part.

Environnement, présentation du médecin interrogé

Tout d'abord, nous allons faire un peu connaissance :

- 1) **Pouvez-vous vous présenter, ainsi que votre environnement professionnel ?**
- 2) **Avez-vous une ou des formations complémentaires ?**
- 3) **A combien évalueriez-vous le nombre d'adolescents de 13 à 17 ans en surpoids ou obèses dans votre patientèle ?**

Concernant la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adolescent

- 4) **Parlez-moi de votre expérience concernant la prise en charge des adolescents en surpoids.**
- 5) **Etes-vous à l'aise avec la prise en charge de l'obésité chez l'adolescent ?**
- 6) **Quels peuvent être, selon vous, les freins à la prise en charge ?**
- 7) **Quelles sont vos impressions par rapport aux nouvelles consultations de suivi médical pour l'adolescent de 15 à 16 ans ?**

Relations avec l'IDE ASALEE

- 1) **Depuis quand collaborez-vous avec votre infirmier(e) ASALEE et pourquoi ce choix ?**
- 2) **De quelle façon coopérez-vous avec l'IDE ASALEE ?**
- 3) **Quelles sont vos relations avec l'IDE ASALEE ?**
- 4) **Quelles sont vos impressions concernant les protocoles proposés ?**

Concernant la prise en charge ASALEE du surpoids et de l'obésité de l'adolescent

- 1) **Avez-vous actuellement des adolescents en surpoids ou obèses suivis par votre IDE ASALEE ?**
- 2) **Pensez-vous que la crise du COVID a changé les choses pour ce protocole ? Dans quel sens ?**
- 3) **Que pensez-vous de la prise en charge ?**
- 4) **Qu'attendez-vous de votre IDE ASALEE ?**

Pistes d'amélioration

- 4) **Comment pensez-vous pouvoir faire évoluer les choses ?**
- 5) **L'association ASALEE propose des formations en binômes avec les IDE : qu'en pensez-vous ?**
- 6) **Quelle est votre opinion sur l'utilité de travailler de pair avec la médecine scolaire pour un dépistage plus systématique ?**

Est-ce que dans tout ce que l'on a abordé il y a des choses que vous voudriez ajouter ou approfondir ?

D. Annexe 4 : Formulaire de consentement éclairé

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche dont l'objectif est de recueillir le point de vue et le ressenti des médecins généralistes et des infirmiers ASALEE concernant le protocole de suivi du surpoids et de l'obésité des adolescents de Picardie. Ce travail est validé par la faculté de Médecine de Amiens.

Personnes responsables du projet :

- **Chercheur principal** : Mme Pia MICHEL
- **Directeur de thèse** : Docteur Séverine FILLATRE, Département de médecine générale de Amiens

Raison et nature de votre participation :

Vous êtes invité(e) à participer à cette recherche sous forme d'un entretien semi-dirigé individualisé au cours duquel vous serez amené(e) à répondre à des questions sur votre vision des choses concernant la prise en charge des adolescents en surpoids ou obèses. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio puis entièrement anonymisée.

Consentement libre et éclairé :

J'ai reçu et j'ai bien compris les informations suivantes :

- Il s'agit d'une recherche sur le point de vue et le ressenti entre médecins généralistes et infirmiers ASALEE concernant le protocole de suivi du surpoids et de l'obésité infantile.
- Ma participation consiste en un entretien en tête à tête au cours duquel des questions me seront posées sur le sujet pour recueillir mon avis.
- Cet entretien sera enregistré sur bande audio par dictaphone.
- Cet enregistrement sera par la suite retranscrit intégralement et anonymisé. Aucune donnée permettant de m'identifier n'apparaîtra dans la thèse résultant de ce travail de recherche. Il n'y aura pas d'autre usage de ces enregistrements.
- Je peux mettre fin à tout moment à l'entretien.

Je, soussigné(e),déclare avoir lu et compris le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet ainsi que l'enregistrement de cet entretien et l'utilisation des données sous leur forme enregistrée aussi bien que retranscrite et anonymisée.

Fait à , le

Signature du ou de la participante :

Signature de la personne menant la recherche :