

Année 2021/2022

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

**Christelle NOUBOUG MEPO**

Né(e) le 27 Novembre 1991 à Yaoundé (99)

---

---

#### TITRE

Exploration du ressenti de médecins généralistes concernant le suivi de leurs patients mineurs en surpoids participant au programme d'éducation thérapeutique « surpoids chez l'enfant » au Centre Hospitalier de Châteauroux

---

Présentée et soutenue publiquement le **26 Novembre 2021** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Régis HANKARD, Pédiatrie, Praticien Universitaire, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Pierre-Henri DUCLUZEAU, Endocrinologie- Diabétologie- Nutrition, Praticien Universitaire, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Sabine MALA HERBAU, Médecine Nutrition – Tours

Docteur Adrien DUMAS, Médecine Générale – Tours

Directeurs de thèse :

Docteur Denis LECOMTE, Pédiatrie, Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier – Châteauroux

Et

Docteur Mary LEBLEU, Médecine Générale, Chef de Clinique Universitaire - Tours

# RESUME

---

## INTRODUCTION

Le surpoids est une maladie chronique évolutive complexe définie par un excès de masse grasse. Il est associé à un risque accru des maladies cardio- métaboliques et de certains cancers.

La période de croissance est une période cruciale qui influe très largement sur la corpulence adulte.

La Haute Autorité de santé a émis des recommandations à ce sujet à chez l'enfant et l'adolescent. Elles sont basées sur le principe de l'éducation thérapeutique (ETP) organisées en trois niveaux suivant l'importance de l'obésité et l'environnement de l'enfant concerné.

L'objectif de ma thèse est d'explorer le vécu des médecins généralistes concernant le suivi de leurs patients mineurs ayant participé aux ateliers d'éducation thérapeutique du Centre Hospitalier de Châteauroux, correspondant au niveau II de prise en charge.

## METHODE

Une étude qualitative a été menée, inspirée de la méthode par analyse par théorisation ancrée. Huit entretiens ont été menés auprès de médecins généralistes du département de l'Indre.

L'analyse ouverte a permis de mettre en évidence des propriétés avec cent quatre-vingt-cinq codes.

L'analyse axiale a permis de faire émerger sept catégories : la communication, la vigilance, l'organisation des soins, l'approche centrée patient, l'entourage, la pertinence de la prise en charge et le vécu du patient.

## RESULTATS / DISCUSSION

De manière générale, les médecins interrogés n'ont pas suffisamment organisé une continuité de soins à la suite de la participation aux ateliers d'éducation thérapeutique du Centre Hospitalier de Châteauroux. Les principales raisons qu'ils évoquent sont le fait que les enfants soient très peu vus en consultations de manière générale, le manque d'information sur le fonctionnement des ateliers d'ETP 36 et la disparité de l'offre de soins dans le département.

## CONCLUSION

Ce travail a permis de mettre en évidence la nécessité d'un renforcement du réseau de soins ville-hôpital. Le descriptif du programme pédiatrique ETP 36 sera dorénavant envoyé aux praticiens. Les objectifs éducatifs rédigés à chaque séance par l'enfant constitueront un fil conducteur précieux pour l'ensemble de la prise en charge.

**MOTS CLES :** Surpoids infantile, éducation thérapeutique, suivi surpoids et obésité infantile, ressenti des médecins traitants

# ABSTRACT

---

## INTRODUCTION

Overweight is a complex chronic progressive disease defined by excess body fat. It is associated with an increased risk of cardio-metabolic diseases and some cancers.

The growth period is a crucial period which greatly influences the adult build.

The High Authority for Health has issued recommendations on this subject for children and adolescents.

They are based on the principle of therapeutic education (ETP) organized into three levels according to the importance of obesity and the environment of the child concerned.

The objective of my thesis is to explore the experiences of general practitioners concerning the follow-up of their patients who have participated in therapeutic education workshops at the Châteauroux Hospital Center, corresponding to level II of care.

## METHOD

A qualitative study was carried out, inspired by the method by anchored theory analysis. Eight interviews were conducted with general practitioners in the department of Indre.

The open analysis revealed properties with one hundred and eighty-five codes.

The axial analysis allowed seven categories to emerge: communication, vigilance, organization of care, patient-centered approach, entourage, relevance of care and patient experience.

## RESULTS / DISCUSSION

In general, the doctors interviewed did not sufficiently organize a continuity of care following participation in therapeutic education workshops at the Châteauroux Hospital Center. The main reasons they mention are the fact that children are rarely seen in consultations in general, the lack of information on the operation of the ETP 36 workshops and the disparity in the provision of care in the department.

## CONCLUSION

This work made it possible to highlight the need for strengthening the city-hospital care network. The description of the ETP 36 pediatric program will be sent to practitioners. The educational objectives written up at each session by the child will constitute a valuable guideline for all of the care.

**KEY WORDS :** Childhood overweight, Therapeutic education, overweight and childhood obesity monitoring, Feelings of attending physicians

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Pr Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*  
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*  
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

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

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON  
Pr Gilles BODY  
Pr Jacques CHANDENIER  
Pr Philippe COLOMBAT  
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr Pascal DUMONT  
Pr Dominique GOGA  
Pr Gérard LORETTE  
Pr Dominique PERROTIN  
Pr Roland QUENTIN

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU  
– C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L.  
CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA  
LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L.  
GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y.  
LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C.  
MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P.  
RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J.  
SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
APETOH Lionel .....	Immunologie
AUPART Michel .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BAKHOS David .....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas .....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERHOUEJ Julien .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène .....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck .....	Urologie
BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
CALAIS Gilles .....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe .....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François .....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume .....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DIOT Patrice .....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Médecine intensive - réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves .....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine .....	Médecine intensive - réanimation
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
HANKARD Régis .....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd .....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel .....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien.....Soins palliatifs  
POTIER Alain.....Médecine Générale  
ROBERT Jean.....Médecine Générale

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine.....Anglais

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....Médecine interne  
BARBIER Louise.....Chirurgie digestive  
BINET Aurélien.....Chirurgie infantile  
BISSON Arnaud.....Cardiologie (CHRO)  
BRUNAUT Paul.....Psychiatrie d'adultes, addictologie  
CAILLE Agnès.....Biostat., informatique médical et technologies de communication  
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....Rhumatologie (au 01/10/2021)  
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie  
DENIS Frédéric.....Odontologie  
DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
DUFOUR Diane.....Biophysique et médecine nucléaire  
ELKRIEF Laure.....Hépatologie - gastroentérologie  
FAVRAIS Géraldine.....Pédiatrie  
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques  
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie  
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille.....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine.....	Philosophie - histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

### **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE**

---

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS - EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

#### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

#### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

#### ***Pour l'Ethique Médicale***

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPOCCRATE

---

En présence des Maîtres de cette Faculté,

De mes chers condisciples

Et selon la tradition d'Hippocrate,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur

Et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,

Et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux

Ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira

Les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas

À corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,

Je rendrai à leurs enfants

L'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime

Si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre

Et méprisé de mes confrères

Si j'y manque

# REMERCIEMENTS

---

Au docteur Denis LECOMTE, merci de m'avoir proposé ce travail de thèse riche en enseignement, ce fut un réel plaisir de travailler avec vous

Au docteur Mary LEBLEU, merci d'avoir accepté de prendre part en cours de route à ce travail de thèse. Vos remarques et vos précieux conseils ont été d'une très grande aide dans la réalisation de cette étude.

Aux professeurs Régis HANKARD et Pierre Henri DUCLUZEAU, c'est un honneur pour moi de vous avoir dans mon jury afin d'évaluer mon travail

Au docteur Sabine MALA HERBAU, c'est un honneur pour moi de vous avoir dans mon jury de thèse, votre expertise sera appréciée

Au docteur Adrien DUMAS, c'est un immense plaisir de vous avoir dans mon jury de thèse, l'idée de la thématique de mon travail de thèse m'est venu au décours d'une consultation alors que j'étais en stage de médecine libérale dans votre cabinet, merci pour vos enseignements

Aux participants de l'étude, merci de m'avoir accordé du temps pour les entretiens, je sais ô combien votre temps précieux, encore plus dans ce contexte de crise sanitaire, merci

A tous les autres que j'ai outrageusement spammé, je m'en excuse, je voulais juste recueillir suffisamment de donnée pour faire une thèse de qualité

Aux membres de l'équipe d'éducation thérapeutique du Centre Hospitalier de Châteauroux, je vous remercie de votre accueil et de votre générosité à mon égard

A tous ceux qui m'ont aidé dans la rédaction et la correction minutieuse de ce travail qui fut laborieux, notamment mon équipe de « correcteur de fautes d'orthographe », je vous remercie infiniment

Aux différentes boulangeries dans lesquelles j'ai traîné durant ces derniers mois, merci pour vos douceurs qui m'ont réconforté pendant la réalisation de ce travail de thèse

A mes différents coachs sportifs et à ma salle de sport, merci de m'avoir aidé à limiter les dégâts

A tous les médecins qui m'ont encadré pendant toutes ces années d'études, merci d'avoir pris le temps de m'enseigner avec pédagogie. J'espère pouvoir à mon tour être à la hauteur

A Monsieur et Madame BONNEVIOT, c'est un plaisir de travailler avec vous et de remplacer dans votre cabinet, je m'y sens comme à la maison

A tous les professionnels paramédicaux que j'ai rencontrés, ce fut un plaisir d'apprendre et de travailler en collaboration avec vous

A mes CO - INTERNES que j'ai rencontré durant l'internat, ce fut un plaisir de vous côtoyer et d'échanger avec vous. Ça a été très enrichissant

A toutes mes colocataires, ce fut un réel plaisir de vivre avec chacune d'entre vous, je m'excuse d'avoir ronflé et toussé la nuit, je ne faisais pas exprès

A mes deux copines d'externat, Pauline et Cindy, ce fut laborieux, mais on y est arrivées. On est de belles gosses maintenant (# DOCTEUR)

A ma toute première CO - EXTERNE chérie Elena, ma sœur de cœur, c'est un plaisir de t'avoir rencontrée, malgré la distance, notre amitié n'est pas ébranlée

A Otriv, mon tuteur pendant la première année de médecine, merci pour ton dévouement à mon égard qui m'a permis de réussir

A la communauté Camerounaise de Bordeaux, merci de votre présence chaleureuse et de votre accompagnement durant les différents moments difficiles que notre famille a traversés, on a tous été très touchés par votre générosité

A mon amie depuis le lycée Aurore, ma cheerleader #1, merci pour tes nombreux encouragements dans tous mes différents projets, c'est toujours un plaisir de te côtoyer depuis ces nombreuses années

A mes frères et sœurs, c'est un plaisir de vous avoir dans mon équipe : Julie la Boss, Corentin le Brillant, Hadrien le Magnifique et Mayra le Bijoux.

A mon très cher frère adoré Arnold, le NAM, parti trop tôt, tant de larmes rien qu'à évoquer ton nom, merci d'avoir été un grand frère de compétition

A mon très cher Père adoré, merci de nous avoir offert cette éducation, d'avoir toujours fait de nous votre priorité, j'aurai tant aimé que tu sois présent à mes côtés pour célébrer ce moment, fruit de votre labeur à maman et toi, célébrez le là-haut tous ensemble avec nos ancêtres

A ma reine, ma souveraine, ma déesse, ma IKONGA (cf. femme battante), ma Beyonce, ma très chère Mère adorée, que dire, la douleur reste entière, je ressentirai toujours ton départ comme une injustice. Merci de m'avoir donné la vie, de m'avoir tant appris, je continuerai de te célébrer et d'appliquer tes enseignements

A la jeune fille pleine de doute et d'incertitude que j'ai été, tu peux être fier de toi, tu t'es plutôt bien débrouillée

A mes futurs enfants, vous aurez une mère qui, sans se vanter, sera GENIALE

A l'homme de ma vie, où que tu sois, tu perds déjà trop de temps

A tous ceux que je n'ai pas cités parce que la liste est longue, merci de faire partie de ma vie

*« Le plus beau cadeau que l'on peut faire à un enfant, ce n'est pas tant de l'aimer mais de lui apprendre à s'aimer »*

Jacques Salomé

# TABLE DES MATIERES

---

RESUME.....	2
ABSTRACT .....	3
LISTE DES ENSEIGNANTS .....	4
SERMENT D’HIPOCCRATE .....	8
REMERCIEMENTS .....	9
TABLE DES MATIERES .....	12
ABREVIATIONS.....	14
INTRODUCTION .....	15
GENERALITES.....	15
PRESENTATION DES ATELIERS D’EDUCATION THERAPEUTIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAUROUX (ETP 36) .....	17
MATERIEL METHODE.....	20
APPROCHE .....	20
PARTICIPANTS .....	20
RECUEIL DES DONNEES.....	21
ANALYSE DES DONNEES .....	21
ASPECTS ETHIQUES.....	22
RESULTATS .....	23
CARACTERISTIQUE DES PARTICIPANTS.....	23
ANALYSE OUVERTE .....	24
ANALYSE AXIALE.....	24
DISCUSSION .....	41
RESULTAT PRINCIPAL.....	41
COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE .....	44
FORCES ET LIMITES.....	46
POUR LA PRATIQUE .....	47
CONCLUSION .....	49
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	50
ANNEXES .....	53
ANNEXE 1 : COURBES DE CORPULENCE DES DEUX GENRES de 0 à 18 ans jusqu’en Avril 2018.....	53
ANNEXE 2 : Courbes d’IMC des deux genres de 1 mois à 18 ans à partir d’Avril 2018 .....	55
ANNEXE 3 : REBOND D’ADIPOSITE.....	57
ANNEXE 4 : ALGORITHME DES 3 NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE.....	58
ANNEXE 5 : ORGANISATION DES ATELIERS D’EDUCATION THERAPEUTIQUE .....	59
ANNEXE 6 : QUELQUES DOCUMENTS DISTRIBUES LORS DES ATELIERS D’ETP 36.....	61
ANNEXE 7 : EXPLORATION DES A PRIORI DE LA CHERCHEUSE.....	64
ANNEXE 8 : PRESENTATION DU PROJET D’ETUDE AUX MEDECINS.....	65

ANNEXE 9 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	66
ANNEXE 10 : GUIDE DE L'ENTRETIEN SEMI DIRIGE .....	67
ANNEXE 11 : PROPRIETES / 185 CODES .....	71

## ABREVIATIONS

---

ARS : Agence régionale de santé

DIET : Diététicien

ETP : Education thérapeutique

ETP 36 : Education thérapeutique « surpoids chez l'enfant » du Centre Hospitalier de Châteauroux

HAS : Haute autorité de santé

IDE ASALEE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat d'Action de Santé Libérale En Equipe

IMC : Indice de masse corporelle

IOTF : International Obesity Task Force

MDA : Maison des adolescents

OMS : Organisation mondiale de la santé

PEC : Prise en charge

PMI : Protection maternelle et infantile

PNNS : Programme national nutrition santé

RESPO : réseau de Prise en charge du surpoids et de l'obésité

SSR : Soins de suite et de réadaptation

## GENERALITES

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « une accumulation anormale et excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé » <sup>(1)(2)</sup>. Elle est due à un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées <sup>(1)</sup>.

Elle a une origine multifactorielle <sup>(3)</sup>. Des facteurs tels que les habitudes alimentaires, l'environnement, le métabolisme, le mode de vie jouent un rôle important dans le développement de l'obésité <sup>(4)</sup>. La prédisposition génétique et les influences épigénétiques et environnementales sont de mieux en mieux connues <sup>(5)</sup>.

L'indice de masse corporelle (IMC) est l'indice le plus utilisé pour définir le surpoids et l'obésité. Il est obtenu par le rapport selon la formule  $IMC = \text{poids}/\text{taille}^2$  <sup>(6)</sup>.

Chez l'adulte, la valeur absolue de l'IMC qui définit le surpoids est comprise entre  $25 < \text{ou} = IMC < 30\text{kg}/\text{m}^2$  et l'obésité est  $> 30\text{kg}/\text{m}^2$ .

Chez l'enfant et l'adolescent la situation est différente. Les normes sont définies relativement par rapport à la population de référence en termes d'âge et de sexe. La particularité de l'enfant et de l'adolescent est que les normes évoluent avec l'âge.

Tracer la courbe d'IMC permet de surveiller l'évolutivité de leur corpulence.

Jusqu'en 2018, les seuils recommandés en pratique clinique pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans sont ceux des courbes de corpulence du Programme national nutrition santé (PNNS) 2010 <sup>(7)</sup> issue à la fois des références française, datant de 1979, et des références de l'International Obesity Task Force (IOTF) : le surpoids était défini par un IMC supérieur ou égal au 97ème percentile et l'obésité par un IMC supérieur ou égal au seuil IOTF 30 (**ANNEXE 1**).

Pour les enfants nés à partir d'Avril 2018, les courbes de corpulence représentées sur les carnets de santé sont celles de l'IOTF à partir de l'âge de 2 ans (**ANNEXE 2**).

Le surpoids de l'enfant de 2 ans ou plus est défini par un IMC supérieur ou égal au seuil IOTF-25 des références internationales, l'obésité par un IMC supérieur ou égal au seuil IOTF-30 et l'obésité morbide par un IMC supérieur ou égal au IOTF35. Avant cet âge, ces courbes ont été prolongées par les courbes de références françaises, actualisés en 2018, afin de permettre la visualisation du pic de corpulence autour de neuf mois.

Au cours de la croissance, la corpulence varie de manière physiologique. En moyenne, elle augmente la première année de la vie, puis diminue jusqu'à l'âge de six ans. Elle croît à nouveau jusqu'à la fin de la croissance. La remontée de la courbe de croissance de l'IMC observée en moyenne à l'âge de 6 ans est appelée rebond d'adiposité (**ANNEXE3**). Les études montrent que l'âge au rebond d'adiposité est corrélé à l'adiposité à l'âge adulte : plus il est précoce, c'est-à-dire avant six ans, plus le risque de devenir obèse est élevé <sup>(8)</sup>.

Elles montrent également que les enfants et adolescents obèses ont plus de risque de le rester à l'âge adulte <sup>(9)</sup>, ceux d'autant plus que le surpoids a débuté tôt <sup>(10)</sup>

A l'échelle mondiale, la prévalence a presque triplé entre 1975 et 2016 <sup>(1)</sup>.

En 2016, plus de 1.9 milliard d'adultes, personnes de 18 ans et plus, étaient en surpoids ou obèses. Chez les enfants et adolescents âgés de 5 à 19 ans, 340 millions et en 2019, 38 millions d'enfants de moins de 5 ans.

Chez les enfants et adolescents âgés de 5 à 19 ans, on est passé de 4% de la population en 1975 à un peu plus de 18% en 2016<sup>(1)</sup> .

Le surpoids et l'obésité sont reconnus comme la cinquième cause de mortalité dans le monde par l'OMS<sup>(3)</sup>.

L'obésité est associée à un risque accru de maladies notamment cardio-métaboliques telles que le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, certains cancers<sup>(11)</sup> et des répercussions psychologiques<sup>(12)</sup>.

En France, le Ministère de la Santé a initié en 2001 le Programme National Nutrition Santé (PNNS) pour y faire face. L'amélioration des habitudes alimentaires en est un objectif essentiel. Il a été ensuite enrichi par des recommandations sur la bonne pratique des activités physiques<sup>(13)</sup>.

Plusieurs plans se sont succédés avec différents axes d'actions et continuellement mis à jour.

La haute autorité de santé (HAS) a émis des recommandations en 2003 pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile afin d'en améliorer la qualité<sup>(14)</sup>. Cette prise en charge est répartie, selon les avis d'experts, en trois niveaux suivant le niveau de l'importance du surpoids et l'environnement de l'enfant concerné (**ANNEXE 4**) :

- Niveau I : la prise en charge est coordonnée par le médecin habituel qui réalise l'évaluation initiale et décide des orientations nécessaires. Il peut être accompagné dans le suivi par un autre professionnel de proximité.

Elle s'adresse à des patients qui présentent un surpoids ou une obésité commune non compliquée ayant un contexte familial favorable suggérant une capacité à mettre en œuvre les changements proposés sans problème psychologique et social majeur.

- Niveau II : la prise en charge est multidisciplinaire et fait appel à des professionnels spécialisés et formés. Elle est organisée à l'échelle d'un territoire. Une équipe spécialisée peut intervenir en apportant son expertise, en mettant à disposition son plateau technique pour d'éventuelles explorations, pour des séances d'éducation thérapeutique de groupe, des ateliers d'activité physique adaptée ou pour de courts séjours en soins de suite et de réadaptation (SSR). Là encore, c'est le médecin habituel qui coordonne les soins.

Elle s'adresse à des patients qui ont eu un échec de la prise en charge de 1<sup>er</sup> recours, qui présente des comorbidités, un environnement psychosocial défavorable.

- Niveau III : la prise en charge est multidisciplinaire. Elle est organisée à une échelle régionale. Elle est coordonnée par un médecin et une équipe spécialisée. Ils interviennent en apportant leur expertise, en mettant à disposition leur plateau technique. Ils assurent la coordination des soins en lien avec le médecin habituel.

Elle s'adresse à des patients qui ont eu un échec de la prise en charge de 2<sup>e</sup> recours, des comorbidités sévères, un handicap dans la vie quotidienne généré par l'obésité, un environnement psychosocial très défavorable<sup>(14,15)</sup>.

En fonction du niveau de prise en charge, la place occupée par le médecin traitant n'est pas la même<sup>(6)</sup>.

Les recommandations de la HAS pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile sont fondées sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) <sup>(14)</sup>.

L'éducation thérapeutique est une méthode qui vise à permettre à des patients atteints de maladie chronique d'acquérir et maintenir des compétences dont ils ont besoin pour mieux gérer leur santé. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion et en améliorant sa qualité de vie.

C'est un processus continu dont le but est d'aider les patients et leur famille à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge <sup>(16)</sup>. Elle fait appel à une équipe pluriprofessionnelle. Elle est composée de professionnels de santé médicaux et paramédicaux ayant reçu une formation à l'ETP <sup>(17)</sup>.

La particularité de l'enfant est qu'il est un être en développement dépendant des adultes et de son environnement.

Dans ce contexte, l'éducation thérapeutique concerne l'enfant, mais aussi ses parents et les autres adultes amenés à prendre en charge l'enfant dans sa vie quotidienne. L'enjeu est d'assurer la continuité des soins au quotidien et évoluer pas à pas en fonction du développement de chacun. Les méthodes sont donc spécifiques, en lien avec les besoins propres à chaque âge et période de développement <sup>(18)</sup>.

Dans la région Centre Val de Loire, les centres hospitaliers de Blois, Châteauroux et d'Orléans proposent des programmes d'éducation thérapeutique, obésité et surpoids pour les enfants et adolescents, validés par l'agence régionale de santé (ARS). Ils sont composés de programmes d'apprentissage, d'action éducative, d'accompagnement et d'ateliers d'éducation thérapeutique <sup>(19)</sup>.

## PRESENTATION DES ATELIERS D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAUROUX (ETP 36)

### **Historique :**

Le programme d'ETP surpoids chez l'enfant a été initié en 2011 par le Dr Denis LECOMTE, pédiatre au centre hospitalier après validation par l'ARS Centre Val de Loire. Un rapport d'activité est produit chaque année et l'autorisation de dispenser le programme est renouvelée tous les quatre ans <sup>(17)</sup>. Ce programme correspond au niveau II de prise en charge selon les recommandations de la HAS.

### **Objectifs :**

L'objectif est de dispenser aux enfants et leurs familles les recommandations pour mieux maîtriser et contrôler le surpoids.

Avant de dispenser le programme, un bilan éducatif est effectué avec : une étude de la croissance de l'enfant, l'histoire de son IMC, sa scolarité. Une anamnèse précise de l'histoire familiale est réalisée, en recherchant plus particulièrement des difficultés psychologiques. Ses connaissances ainsi que celles de son entourage en matière de nutrition sont également recueillies.

Un examen médical est réalisé, ainsi que des examens complémentaires s'il y en a besoin, à la recherche d'une cause somatique au surpoids.

Un entretien diététique et une évaluation de l'activité physique viennent compléter le bilan.

Une évaluation psychologique est nécessaire pour mieux cibler les freins ou les éléments aidant la démarche.

A l'issue de ce bilan, on évalue la motivation de l'enfant et celle de ses parents à suivre le programme d'ETP surpoids soit en séances collectives, soit en individuel si le profil de l'enfant ne permet pas de l'insérer dans un groupe.

L'équipe médicale a souvent recours à l'entretien motivationnel <sup>(20)</sup> pour obtenir l'adhésion des familles au programme.

### **Les séances :**

Elles se déroulent le Mercredi après-midi (14h-16h15), moment de la semaine où il n'y a pas école, afin d'éviter que la scolarité ne soit impactée.

Une séance comporte plusieurs ateliers, trois en moyenne :

-un atelier diététique animé par une diététicienne du Centre Hospitalier, formée à l'éducation thérapeutique.

-un atelier activité physique animé par un éducateur sportif formé en activité physique adaptée, mis à disposition par l'association ADESLI, Association pour le Développement de l'Emploi Sportif et de Loisirs dans l'Indre, sous l'égide de l'Education Nationale.

-un atelier médical porté par une soignante, infirmière ou interne en médecine, ou un médecin du service de pédiatrie de l'hôpital.

Le programme comporte 4 séances (ANNEXE 5) : depuis 2020, les trois premières ont lieu à une semaine d'intervalle chacune et la quatrième, récapitulative, a lieu un mois après. Il est proposé de voir l'enfant, à distance, à deux reprises, une année après la dispensation du programme dans le but de renforcer les acquis.

Pour une séance collective, les effectifs peuvent aller de deux à cinq enfants, les enfants étant accompagnés par un adulte référent. Le nombre et le déroulement dépendent aussi des contraintes, notamment celles liées à la crise sanitaire du COVID 19 <sup>(21)</sup> en 2020 et 2021.

Des intervenants extérieurs, tels que des médecins généralistes, des intermittents du spectacle, des infirmières libérales ou ASALEE <sup>(22)</sup>, et bien d'autres encore peuvent également prendre part aux séances en tant qu'invités.

Durant la séance, les intervenants se relaient au cours de session de vingt minutes environ, alternant présentations, jeux, exercices physiques, en interaction avec les enfants et les parents.

Au travers de ces sessions, des conseils personnalisés sont délivrés à chaque participant.

Des documents (**ANNEXE 6**) sont distribués permettant de constituer un portfolio que l'enfant et le parent produiront à chaque séance.

Les intervenants s'efforcent d'obtenir une participation active des participants tout en s'adaptant à la personnalité de chacun d'eux.

Au terme des séances, des objectifs réalisables et simples, en moyenne trois, sont rédigés par les participants pour la prochaine séance : ils sont choisis par l'enfant lui-même.

La rédaction se fait sur une ordonnance, signée par le patient et le pédiatre, faisant office de contrat.

Un double du contrat est classé dans le dossier du patient.

Un courrier est envoyé aux médecins traitants afin de les informer du contenu des séances et des objectifs qui ont été définis à la fin de la participation au programme de leur patient afin de permettre une continuité des soins.

L'équipe de l'ETP 36 peut être amenée à revoir les patients et leurs familles, soit à leur demande, soit à la demande du médecin traitant pour renforcer certains sujets qui le nécessitent.

L'objectif de ma thèse est d'explorer le ressenti de médecins généralistes concernant le suivi de leurs patients mineurs en surpoids participant au programme d'éducation thérapeutique « surpoids chez l'enfant » au Centre Hospitalier de Châteauroux (ETP 36).

## APPROCHE

Une étude qualitative utilisant une approche inspirée de la méthode par théorisation ancrée a été réalisée <sup>(23)</sup>.

Cette méthode est la plus adaptée pour répondre à la question de recherche. En effet, l'objectif de l'analyse par théorisation ancrée est de construire un modèle explicatif par l'analyse de phénomènes sociaux dans une population identifiée comme capable d'apporter une information pertinente à la question de recherche, autour d'un objet de recherche défini.

Elle a été réalisée dans le respect des critères de qualité de la grille COREQ <sup>(24)</sup> ainsi que ceux de l'analyse par théorisation ancrée <sup>(23)</sup>.

Les *a priori* des chercheurs ont été explicités avant le début du travail par la méthode des 7 questions (**ANNEXE 7**) et toutes les étapes du travail ont été consignées dans un journal de bord.

## PARTICIPANTS

### Echantillonnage :

La population d'intérêt était constituée par les médecins généralistes dont les patients ont assisté aux ateliers ETP 36 durant les années 2019 à 2021 répertoriées par le Dr Denis LECOMTE, pédiatre, responsable des ateliers.

Seize médecins généralistes ont ainsi été contactés.

### Recrutement :

Le projet d'étude (**ANNEXE 8**) leur a été envoyé par mail.

Parmi les seize médecins :

- Huit n'ont pas souhaité participer.

Le motif avancé par un médecin était le manque de temps à accorder à l'entretien du fait de la charge de travail importante au sein de son cabinet. Cette réponse a été formulée par le billet de son secrétariat.

Sept n'ont pas répondu aux différentes sollicitations de l'enquêtrice. Aucun motif n'a pu être recueilli.

- Huit ont accepté de participer au projet d'étude.

Ils ont tous signé un consentement écrit de participation, qui précisait les conditions de recueil et d'anonymisation des données. (**ANNEXE 9**)

## RECUEIL DES DONNEES

### Recueil :

Les entretiens individuels semi-dirigés <sup>(23)</sup> ont été réalisés à distance et enregistrés soit via la plateforme ZOOM <sup>(25)</sup> (un entretien) soit au cours d'un entretien téléphonique enregistré par un dictaphone de la marque OLYMPUS VN 540PC (sept entretiens). Les médecins ont été prévenus de l'enregistrement de l'entretien.

La trame d'entretien (**ANNEXE 10**) a été élaborée sur les bases techniques générales des grilles d'entretien <sup>(23)</sup> et en fonction de l'objectif de recherche. Elle a été validée par le Dr RUIZ Christophe, médecin généraliste dans le département de l'Indre, membre du département universitaire de médecine générale de la faculté de Tours, habitué à la méthodologie de la recherche qualitative.

Elle s'articule autour de quatre grands thèmes :

- Le recrutement des patients
- Les ateliers d'éducation thérapeutique
- La prise en charge du surpoids au décours de la participation aux ateliers
- Le suivi du patient au long cours

Elle a été modifiée au cours de l'étude en fonction des analyse itératives avec un thème rajouté :

- Prise en charge habituelle du surpoids et de l'obésité infantile par les médecins interrogés

Elle recueille les impressions des médecins généralistes du département de l'Indre qui ont eu des patients qui ont suivi le programme d'ETP36.

## ANALYSE DES DONNEES

Chaque entretien a été retranscrit mot à mot par l'investigatrice dans les 24h à 48h ayant suivi l'entretien. Ils ont été anonymisés pour constituer le verbatim d'analyse.

Le codage initial a été réalisé séparément par deux chercheurs (CNM et NH) à partir du verbatim. Les codes ont ensuite été mis en commun et discutés, avec l'arbitrage éventuel d'un troisième chercheur (ML).

Des étiquettes expérientielles ont été constituées et ont permis d'identifier des propriétés constituées de cent quatre-vingt-cinq codes (**ANNEXE 11**).

Ces propriétés ont été regroupées et ont fait émerger des catégories conceptuelles.

La mise en relation des catégories entre elles a permis d'élaborer un modèle explicatif.

## ASPECTS ETHIQUES

Chaque participant a signé un consentement éclairé après avoir eu un délai de réflexion (**ANNEXE 9**).

La confidentialité a été assurée. En effet, chaque entretien a été anonymisé lors de la retranscription. L'identité du médecin a été remplacée par MG attribué d'un chiffre suivant la chronologie de la réalisation des entretiens. Les enregistrements audios ont été détruits.

L'étude était hors du champ de la loi Jardé de novembre 2016 <sup>(26)</sup>, l'avis du comité de protection des personnes n'a donc pas été nécessaire. Un avis a été demandé au comité d'éthique du collège national des généralistes enseignants via l'adresse mail [comite-ethique@cngc.fr](mailto:comite-ethique@cngc.fr) le 28 Avril 2021 dans l'éventualité d'une publication.

# RESULTATS

## CARACTERISTIQUE DES PARTICIPANTS :

MEDECINS	GENRE	ANNEE D'INSTALLATION	TYPE D'INSTALLATION	ENVIRONNEMENT	FORMATION SPECIFIQUE EN NUTRITION	COMPETENCES SPECIFIQUES	PARTENARIAT PARAMEDICAL
MG1	H	1997	Individuelle	Urbain	Non	Diplôme universitaire gynécologie-obstétrique pour médecin de famille Capacité Hypnose thérapeutique	Non
MG2	F	2013	Maison de santé Pluriprofessionnelle	Rural	Non		Oui ASALEE
MG3	H	2013	Individuelle	Urbain	Non		Oui DIET
MG4	F	2014	Maison de santé pluriprofessionnelle	Semi rural	Non	Ancien médecin de l'éducation nationale	Non
MG5	H	1991	Collaboration	Urbain	Non	Régulation SAMU	OUI DIET
MG6	H	2017	Collaboration	Semi rural	Non		Oui ASALEE
MG7	F	1994	Individuelle	Rural	Non	Ancien médecin de PMI Présidente CPTS local	OUI DIET
MG8	H	2017	Individuelle	Semi rural	Non		OUI ASALEE

Les huit entretiens ont été conduits entre Mai et Juin 2021, dans un contexte de crise sanitaire de la pandémie du COVID 19 <sup>(21)</sup>.

Ils ont duré en moyenne 17 minutes, de 8 minutes à 26 minutes.

On peut constater une diversité des caractéristiques importante au sein de l'échantillon.

La saturation théorique des données a été atteinte au 5<sup>e</sup> entretien. En effet, l'analyse du verbatim ne faisait pas émerger de nouvelle catégorie.

Les trois derniers entretiens ont été réalisés et ont confirmé la saturation des données.

Parmi les huit médecins, cinq ont eu besoin qu'on leur rappelle l'identité de leurs patients ayant assisté à l'ETP36.

## ANALYSE OUVERTE :

A partir des verbatims, l'analyse ouverte a permis d'aboutir à des propriétés de cent quatre-vingt-cinq codes (**ANNEXE 8**).

## ANALYSE AXIALE :

L'analyse des propriétés a permis de faire émerger **7 catégories** : la communication, la vigilance, l'organisation des soins, l'approche centrée patient, l'entourage, la pertinence de la prise en charge, le vécu des patients.

### Catégorie 1 : la communication

- Plusieurs médecins ne connaissent pas le contenu et l'organisation des ateliers d'ETP.

**MG1** « (Rire) j'en ai pas. L'idée c'est dire qu'il y aura sûrement des séances interactives autour de l'alimentation. Alors je sais qu'ils font un petit peu d'activité physique, ils font de la diététique, mais non non, j'ai pas d'idée très très très claire de .... Si les parents me demandaient de leur décrire avec précision ce qui va se passer je serai incapable de leur dire. »

**MG2** « Bah après, je ne sais pas exactement comment ça se passe, donc euh... Je ne pourrai pas dire. »

**MG3** « Euh, aucune »

**MG5** « oh, j'ai pas d'idée moi »

**MG6** « Après moi je sais pas comment ça se passe les ateliers et donc je ne pourrai pas vous dire un peu.. par rapport au retour de mes patients. A priori effectivement, c'est quelque chose qu'ils essaient d'expliquer un peu au niveau de la nourriture, des calories, quelque chose comme ça, mais j'ai pas d'idée fixe »

**MG7** « J'en ai aucune idée (rire) »

**MG8** « Alors, j'ai pas de, pas trop d'idée. J'imagine qu'il y a une partie, effectivement heu, éducation alimentaire, activité physique, mais heu, je n'ai pas de grosse idée. Euh.... (Silence) Je ne sais pas. Non, je n'ai rien »

- Les médecins ont verbalisé le fait de ne pas être suffisamment informés du déroulement de la prise en charge de leur patient durant leur participation à l'ETP 36.

**MG1** : « Il y en a que j'ai envoyés ; le problème des ateliers d'éducation thérapeutique, c'est qu'on n'a pas toujours des retours d'information et on n'a surtout pas le retour des.... des jeunes patients. »

« C'est à dire que, il y a, il y a .... Il n'y a pas de communication en fait. Elle n'est ni bonne ni mauvaise. La filière c'est que j'envoie au docteur L., c'est lui le référent qui m'envoie un courrier en disant qu'il (cf. le patient) va être proposé à une éducation thérapeutique. »

**MG4** « Alors, moi j'ai pas eu le souvenir d'avoir eu beaucoup de communication avec eux, après c'est peut-être que je ne m'en souviens pas. Il y a sûrement il y a un retour courrier qui est fait mais... Voilà, c'est tout. »

**MG5** « je n'ai le retour que par les patients. M. L dit qu'ils y vont, qu'ils suivent ou qu'ils suivent pas, mais je n'ai pas le retour heu... je n'ai aucun bilan des ateliers. »

- Un médecin s'est plaint de ne pas avoir eu les comptes rendus dans les temps afin de pouvoir en discuter avec le patient en consultation.

**MG2** « bah euh, on a des retours, pas toujours au moment où ils y sont. Moi je pense que j'ai eu un retour après que ... J'ai pas eu de bon retour du patient. Mais du coup, les comptes rendus, je pense que je les ai eu bien après qu'il les avait arrêté quoi en fait. Mais voilà, on a un courrier euh... Ouais je regarde là heu... le Dr L. nous envoie un courrier en disant heu « il a suivi un atelier d'éducation thérapeutique, de tel date, heu... sur le thème de l'activité physique et éviter de se restreindre sur le plan alimentaire. »

- Un médecin ne connaissait pas l'âge à partir duquel un patient pouvait être adressé à l'ETP 36.

**MG4** « Et d'ailleurs euh, parce que moi, je sais qu'ils prennent en charge les adolescents, c'est pour ça que j'ai envoyé des adolescents, mais j'ignore s'ils prennent en charge des plus jeunes. »

- Plusieurs médecins disent manquer de contact avec l'équipe de l'ETP 36.

**MG1** « C'est plus euh, le manque de retour, parce que M. L., met dans son courrier, je vais les prendre en charge en éducation thérapeutique et puis après pop, on n'a pas forcément le retour. Est-ce qu'ils y vont, est ce qu'ils n'y vont pas ? Voici la difficulté. »

« C'est à dire que, il y a, il y a .... Il n'y a pas de communication en fait. Elle n'est ni bonne ni mauvaise. La filière c'est que j'envoie au docteur L., c'est lui le référent, qui m'envoie un courrier en disant qu'il va être proposé à une éducation thérapeutique »

« c'est là ou après , okay , il va démarrer une éducation thérapeutique, et là , j'ai j'ai pas de suite, c'est-à-dire qu'après, bah , je vais voir l'enfant, pas forcément vu par monsieur L. au titre d'une consultation ou qu'il me réadressera un courrier, et donc bah, je vois un enfant et puis bah , si les courbes s'améliorent tant mieux, si elles s'améliorent pas...»

**MG3** « Bah, euh c'est un échange dans un sens quoi (rire) il n'y a pas que ...que que... moi j'ai pas échangé. J'ai eu un courrier sur ce qu'il faisait, ce qui est déjà bien hein, »

**MG5** « Et bon, c'est en discutant peut être avec le patient qu'ils vont me dire qu'ils sont suivis. Mais non j'ai pas, j'ai pas de retour, donc, je n'ai pas, je fais pas un accompagnement supplémentaire par rapport à ça »

**MG8** « euh... (Silence) Je ne sais pas. Non, je n'ai rien. Là j'ai... dans le courrier c'était mentionné qu'elle allait y participer, mais je n'ai pas eu de suite ou de courrier après sa participation »

- Les médecins souhaitent une amélioration des moyens de communication avec l'ETP 36.

**MG4** « C'est ça, et peut être que, il faudrait qu'ils communiquent plus, pour nous rappeler que... « un petit coucou, on est là ». Je pense que ce serait bien parce qu'en fait, moi, sur le principe, je pense que c'est une bonne idée, je suis convaincue de manière globale des ateliers thérapeutiques si vous voulez et hummm, je me dis bin, peut-être que je pourrais envoyer plus d'enfant et que ça me vient pas à l'esprit. »

**MG6** « Des suggestions, ce n'est peut-être, effectivement, pas qu'on ait des comptes rendus hein, parce qu'ils n'ont pas le temps de faire ça. Mais, dès qu'il y a un de nos patients qui est suivi, d'avoir un mot comme quoi il est suivi dans cet atelier. Après nous, on va pouvoir discuter avec les enfants, c'est déjà bien. Et deuxième chose, effectivement, je ne savais pas qu'on pouvait adresser pour la prise en charge de l'obésité. »

« (grande inspiration) ben, si j'étais un peu plus au courant, ça serait mieux, parce qu'effectivement pour optimiser la prise en charge, effectivement je ne dirais pas que je suis satisfait. En même temps, je ne me suis jamais penché dessus ; je vais pas jeter la pierre à l'hôpital mais si on avait un retour, ou bien voilà, ou juste un courrier disant qu'il suit un protocole dans cet atelier. Au moins nous, ça nous permet aussi quand on les voit de rebondir dessus, de dire « comment ça se passe, est ce que ça va bien ? Est-ce que c'est bon ? Voilà. »

## Catégorie 2 : La vigilance

- Les médecins ont identifié les enfants de leur patientèle à risque de surpoids.

**MG1** « Et puis des patients qu'on voit beaucoup moins souvent, plutôt au-delà de six ans heu... ou là bah quand on a la chance parce que je travaille à côté de la ZUP, j'ai un public un peu particulier mais enfin bon, beaucoup d'enfants en particulier, ne sont pas très très accros aux médecins, »

« C'est plutôt les six – quinze ans. C'est ceux qu'on voit à six ans un peu moins. Ça fait partie des : « Comment vous mangez, comment vous dormez, comment ça se passe à l'école ». C'est le grand classique. »

« Et puis il y a l'âge-euuh, ou malheureusement des fois les carottes sont un peu cuites en termes de surpoids mais, ils sont sensibles à ce qu'ils mangent, à ce qu'ils font. Mais là on ne les voit pas forcément parce que c'est les réseaux sociaux, c'est internet. »

- La motivation du patient reste indispensable pour l'obtention de résultat.

**MG4** « Après honnêtement heu, ce que j'ai observé c'est que, au début, il y a la motivation, après ils ont lâché. Moi mes patients, ils ont lâché en fait, ils n'ont pas tenu sur la durée. Mais même je pense, dans l'observance pour se rendre aux ateliers. »

**MG6** « En gros, je n'ai eu qu'une seule (rire) ; c'est pas forcément représentatif. Mais en gros, c'est vrai que, elle, elle n'était pas totalement satisfaite. Pourquoi ? Elle m'avait dit, au début ça marchait ; elle avait perdu parce que les patients regardent s'il y a une efficacité : elle avait perdu. Mais après, c'était un peu difficile de suivre les ateliers je ne sais plus pourquoi. Parce que, elle ne pouvait pas se déplacer tout le temps et qu'après tout, elle ne voyait plus trop l'intérêt. Son poids stagnait, ça n'avancait plus. Elle avait abandonné, elle avait été découragée. Voilà ce que j'avais eu comme retour chez cette patiente. »

**MG7** « Au début c'est plutôt..., en général quand ils y vont c'est qu'ils sont motivés donc c'est pas mal. »

- Il y a des facteurs influençant négativement la motivation.

- **L'éloignement géographique :**

**MG2** « Moi ça me paraît hyper important, après heu... heu, je pense que, c'est pas évident pour la famille et même pour le patient de se rendre compte que le patient est en obésité et de faire la démarche d'aller jusqu'à Châteauroux, alors Châteauroux, c'est pas très loin, mais bon. L'obésité de l'enfant, c'est déjà

pas si simple que ça en fait. Déjà pour les parents de se rendre compte que son enfant vraiment en ...est un petit peu rond quoi, il est en obésité. Déjà de l'accepter c'est compliqué quoi. »

**MG6** « Mais après, c'était un peu difficile de suivre les ateliers je ne sais plus pourquoi. Parce que, elle ne pouvait pas se déplacer tout le temps et qu'après tout, elle ne voyait plus trop l'intérêt. Son poids stagnait, ça n'avancait plus. Elle avait abandonné, elle avait été découragée. »

**MG7** « Au début c'est plutôt..., en général quand ils y vont c'est qu'ils sont motivés donc c'est pas mal. Mais, je pense que le gros problème c'est le fait que ça soit loin. Le fait d'y aller une fois par semaine, une fois tous les quinze jours, ça fait loin quoi. »

- **L'absence de motivation initiale du patient :**

**MG4** « Bah, heu, le patient heu... en l'occurrence, moi ce que je sentais c'était que c'était une demande très forte de la famille et c'était une demande moins forte, voire pas du tout du patient (rire). Euh... C'était une démarche de la maman quoi ; la maman était demandeuse de solution, d'aide. Donc c'est, c'est, heu, non je revois deux patients, j'en ai un autre aussi que je me rappelle. Mais à chaque fois, les demandes finalement, c'est plus la demande des familles que des patients. Je trouve hein. »

« On sent qu'il y a quand même une motivation, une volonté de bien faire, des choses qui sont mises en place. Mais sur le plus long terme, ça reste compliqué. Peut-être parce que moi j'étais sur des patients où c'était plus la famille que le patient qui voulait. »

### Catégorie 3 : Organisation des soins

- **FAISABILITE :**

- Les médecins déplorent le fait que les consultations chez les mineurs sont de plus en plus rares.

**MG1** « Passé un certain âge les enfants, on les voit assez peu hein, s'ils font pas de sport, et s'ils ont la chance de pas être malade, passé six ans, on va peut-être les voir à neuf ans, à dix ans »

« De toute façon en sixième, il y aura les papiers à remplir, il y aura un vaccin à faire, donc on les voit à ces âges-là mais bon, sans motif particulier, on les voit pas »

**MG3** « Oui, je la vois très peu, elle est rarement malade, petite virose, etcétera heu... »

**MG7** « Au début, j'ai discuté un peu, donc ils m'avaient un peu expliqué ce qu'ils faisaient mais je les ai vu très très rarement »

**MG8** « (Grande inspiration) eh ben heu, je l'ai tellement peu vu que ... voilà, je ne sais plus ce que j'ai dit en consultation »

- Très souvent, ils profitent des consultations systématiques pour aborder la problématique.

**MG1** « Humm, c'est aux consultations principales, c'est au moment des rappels, où là, bah c'est l'occasion de faire, de faire heu... »

- Les motifs multiples abordés lors d'une consultation limitent le suivi spécifique du surpoids.

**MG1** « bah, heu... après c'est toujours heu... Si je posais la question, « comment ça s'est passé ? » voilà, on les voit pas toujours juste pour ce suivi de poids... bah, heu... après c'est toujours heu... Si je posais la question, « comment ça s'est passé ? » voilà, on les voit pas toujours juste pour ce suivi de poids. »

« Jusqu'à six ans, c'est bon, dès qu'ils sont scolarisés, on les voit pour les vaccins, pour les rappels quand ils rentrent en sixième, c'est le repère qu'on donne. De toute façon en sixième, il y aura les papiers à remplir, il y aura un vaccin à faire, donc on les voit à ces âges-là mais bon, sans motif particulier, on les voit pas. »

« On peut, on peut, après, voilà, et donc quand on les voit c'est... on va d'abord venir pour un rhume, un machin, un truc, quand on ne les voit pas souvent, on dit « allez on va les examiner, on va peser et mesurer, ce qui prend déjà un petit peu de temps et puis bah, en fonction des sujets qu'on va aborder... le poids peut être abordé bien évidemment, mais c'est pas forcément le motif de consultation. »

**MG6** « Non, pas du tout, en fait, franchement ce qui était au premier plan, c'était cette douleur et un problème psychologique, ce qui fait qu'effectivement sur ce plan-là, on ne l'a pas abordé. »

- Les médecins n'ont pas intégré la participation de leurs patients aux ateliers d'ETP dans le suivi du surpoids.

**MG 1** « bah, heu... après c'est toujours heu... si je posais la question, « comment ça s'est passé ? » voilà, on les voit pas toujours juste pour ce suivi de poids. On va les voir heu... ils ont un rhume, ils viennent nous voir, heu, ils vont pas forcément faire comme un médecin spécialiste qu'ils voient régulièrement. Si on leur dit « il faut aller voir un médecin traitant » ils vont peut-être y aller. Souvent maintenant, ils ont besoin d'un motif pour venir nous voir, moins en moins on a ... la consultation en systématique de l'enfant une fois par an. »

**MG6** « Non, pas du tout, en fait, franchement ce qui était au premier plan c'était cette douleur et un problème psychologique, ce qui fait qu'effectivement sur ce plan-là, on ne l'a pas abordé. Je dois la voir la semaine prochaine, mais je ne suis pas sûr que se sera abordé. »

« « Mais non j'ai pas, j'ai pas de retour, donc, je n'ai pas, je fais pas un accompagnement supplémentaire par rapport à ça. »

- Très souvent, des médecins n'ont pas eu à discuter de l'intégration aux ateliers avec les patients et leur famille.

**MG2** « ... je pense que c'est elle (cf IDE ASALEE) ou moi, je ne sais plus, franchement je ne me rappelle plus trop. Je pense que c'était par elle au départ. »

**MG3** « non, non .... Non. » (à la question : et est-ce que la patiente était revenue vers vous à la suite de ces ateliers là ou pas du tout ?)

« Heu, non, euh ... je sais que je l'avais adressé à docteur L. pour obésité infantile, et puis après ... après, voilà. »

**MG5** « Non. J'ai pas fait le côté technique et du suivi et d'intégrer l'hôpital et à avoir euh... l'accord des parents. »

**MG6** « ce n'est pas moi qui ai décidé hein. Donc heu c'est un patient qu'on a fait hospitaliser en pédiatrie pour des problèmes gastriques, elle avait des douleurs épigastriques, pour exploration. Et puis, effectivement c'est une patiente qui était en surpoids. Et ils ont décidé de l'impliquer en même temps dans ces ateliers. »

**MG7** « Non, non non. Ils l'ont fait. Ils n'en ont pas discuté avec moi quoi. En fait quand ils euh... non, ils ont accepté, je ne les ai pas revus en consultation après, 'fin, pas tout de suite après. »

- Quand ils ont eu l'occasion d'en discuter avec les patients, les médecins valorisaient la participation aux ateliers d'ETP 36.

**MG2** « Ben, moi je les présente voilà, comme ça. C'est des ateliers ben-euh, au départ individualisés mais après, le but c'est qu'ils soient plusieurs pour apprendre à bien manger, à faire de la cuisine, à faire du sport, de l'activité physique pour soit perdre du poids, soit ne pas en prendre, mais euh, lui, c'était clairement perdre du poids hein, »

**MG4** « Et ben, comme ça (rires) en disant que ça va les aider quoi. »

- Quand ils n'avaient pas discuté de l'intégration à ces ateliers avec les patients, ils approuvaient tout de même cette décision.

**MG3** « Très bien, très bien. Si ça peut aider nos jeunes à être moins obèses. »

**MG5** « Très bien, sinon je ne les aurai pas envoyés. J'en envoie très souvent. Après heu, c'est un travail de longue haleine quoi. Et puis, c'est pas évident, les ateliers. Il faut qu'ils aient envie, il y a des périodes réfractaires, voilà. »

- Les praticiens déplorent une insuffisance de l'offre de soins des enfants en surpoids.

**MG1** « Mais euh... après voilà, c'est essayer de les faire adhérer à une filière de soins, avec une ressource qui est pas... voilà il y a pas cinquante mille places dans les groupes d'éducation thérapeutique, M. L. a d'autres activités. »

**MG7** « Ben, moi je pense qu'il faudrait le délocaliser. » (À la question : Est-ce que vous avez des suggestions pour améliorer ou optimiser l'efficacité des ateliers d'éducation thérapeutique du centre hospitalier de Châteauroux ?)

- Un médecin regrette la disparité territoriale de l'offre de soins.

**MG7** « Et nous la difficulté c'est que ces réseaux-là ne viennent pas chez nous quoi. Il n'y pas de prise en charge des transports pour aller à Châteauroux. Pour les parents, c'est vraiment lourd. »

« Ouais. Ça c'est un problème hein, l'inégalité territoriale. Vous pourrez en parler dans votre mémoire. »

- Un médecin évoque le fait que multiplier les intervenants diminuait le recours aux médecins traitants.

**MG5** « Oui, je travaille avec Madame C., je travaille avec Monsieur L. beaucoup, en bonne intelligence je pense. La preuve c'est qu'après je ne la vois plus, (cf. la patiente) vous voyez ? (Rire) Je les revois quand ils veulent mais c'est normal quand ils voient d'autres praticiens. »

- Un médecin évoque un frein d'ordre financier à une prise en charge paramédicale nécessaire lorsque ce n'est pas pris en charge par la sécurité sociale.

**MG7** «, s'il y a un problème psychologique, quand ils sont un peu plus grands ; des fois, on peut les adresser à un psychologue mais ce n'est pas pris en charge. »

- Des médecins ont rencontré des difficultés à obtenir une adhésion à une prise en charge par les patients.

**MG1** « Une que j'ai envoyée, qui n'y est pas allée, depuis un certain temps hein donc euh... malheureusement, les carottes sont cuites, parce qu'elle a passé un certain âge. Et Puis, il y en a une bah qui... je l'ai envoyée, mmh, j'ai eu un retour d'information par la patiente et puis après, on les perd un peu de vue, donc voilà. »

- IMPLICATION

- Il y a des médecins qui font une prise en charge initiale du surpoids.

**MG1** « Il y a des patients qu'on suit, on voit, le poids évolue, on arrive à donner des conseils, et finalement ce n'est pas forcément ceux-là qu'on va adresser d'emblée au groupe d'éducation thérapeutique. »

**MG3** « Euh, habituellement euh, grand classique euh, conseils hygiéno-diététiques heu, insister les sédentaires à se mettre à une activité physique, ou reprendre s'ils avaient arrêté. Essayer voilà de... Repérer des troubles du comportement alimentaire, tout ce qui est grignotage, etcétera, de façon compulsive... Conseil de voir une diététicienne quoi, en fonction de l'emplacement. »

- Les médecins passent le relais quand il n'arrive pas à avoir de résultat.

**MG1** « ...j'ai un public un peu particulier mais enfin bon, beaucoup d'enfants en particulier, ne sont pas très très accro aux médecins, et en reprenant les courbes de croissance, parce que moi je travaille beaucoup avec ça, heu... on voit qu'il y a de francs dérapages, et heu... et donc on les adresse à ce moment-là en consultation à M. L. dans l'esprit d'une prise en charge en éducation thérapeutique »

- Quand c'est possible, les médecins préfèrent déléguer le suivi du surpoids.

**MG2** « On a une infirmière ASALEE aussi, à la maison médicale qui fait de l'éducation thérapeutique et heu, elle a aussi heu la possibilité de traiter l'obésité de l'enfant, moi j'ai plusieurs petits patients qu'elle voit, elle a la formation en fait pour. Elles les aide au niveau diététique, activité physique et tout ça »

« Du coup moi c'est vrai que j'utilise entre guillemet, je trouve que de passer par l'infirmière ASALEE c'est pas mal parce que c'est plus près et heu, je le présente pas disant « il est en obésité », sauf si vraiment il y est, donc voilà, il est en surpoids vraiment votre enfant, je vois que sa courbe, elle a vraiment heu... il faut vraiment faire quelque chose maintenant. Du coup je propose plus facilement l'infirmière ASALEE parce que je trouve que c'est plus près du patient. »

**MG4** « Après si vous voulez, moi, en l'adressant euh, aux ateliers, pour moi euh, c'était peut-être aussi un moyen de me décharger, du coup, j'ai rien mis en place de particulier. (Silence) »

**MG6** « Ecoutez, pour la prise en charge de l'obésité, en partie j'avoue que je suis un peu démuni, première chose. Deuxième chose, c'est un peu délicat d'aborder ça avec les parents et les enfants. Donc, quand effectivement le sujet se pose, j'ai une infirmière ASALEE. Donc en général, je les oriente directement vers l'infirmière ASALEE pour une éducation à l'alimentation, à l'apprentissage. Et quand c'est une demande des parents et qu'on est dans une situation, un cas un peu d'obésité, j'essaie de les orienter effectivement vers le Centre d'Obésité de Tours. Mais bon, les rendez-vous sont un peu longs. »

- Ils organisent une prise en charge avec une équipe de proximité.

**MG2** « Du coup je propose plus facilement l’infirmière ASALEE parce que je trouve que c’est plus près du patient. Je pense qu’elle a facilement euh... Voilà quand c’est un peu loin de l’envoyer à Châteauroux de faire ces ateliers là je trouve que c’est bien quoi ... je pense que c’est elle ou moi, je ne sais plus, franchement je ne me rappelle plus trop. Je pense que c’était par elle au départ. Et puis bah, parce qu’il a vraiment une obésité importante cet enfant. »

**MG7** « Alors effectivement, je les... d’abord on les adresse à une diététicienne dans le coin parce que comme je suis en rural, la prise en charge à Châteauroux, ça fait 50km hein. Donc du coup, moi ce que je fais en premier c’est que je les adresse à une diététicienne. »

**MG8** « Par contre, moi j’ai la particularité de travailler avec une infirmière ASALEE. Du coup, qui voit un certain nombre de mes patients en surpoids. »

- Les médecins communiquent plus avec leurs partenaires paramédicaux lorsque c’est au sein d’un partenariat ASALEE.

**MG7** « Ben, on n’échange pas vraiment beaucoup, c’est-à-dire que nous on fait la prescription, on fait un courrier. Mais souvent on n’a pas de retour hein. » (cf diététicienne libérale)

**MG8** « Heu, on échange sur chaque consultation. C’est comme ça que j’ai pu apprendre qu’un enfant mangeait des nuggets tous les soirs (rire) »

- Plusieurs médecins ne suivent plus le surpoids de leurs patients une fois qu’ils ont été adressés à l’ETP 36.

**MG5** « Non, moi je vois, la dernière fois qu’elle a été au cabinet c’était en septembre deux mille vingt. (Rire) et la dernière fois que je l’ai vue moi c’était en onze deux mille dix-neuf, pour dire qu’elle vient vachement souvent. C’est normal, vu qu’elle est suivie. »

**MG6** « au premier plan c’était cette douleur et un problème psychologique, ce qui fait qu’effectivement sur ce plan-là, on ne l’a pas abordé. Je dois la voir la semaine prochaine, mais je ne suis pas sûr que ce sera abordé. »

**MG7** « Pour autres choses, pour d’autres choses en fait. Pour d’autres petits problèmes, voilà, rhinopharyngite, des choses comme ça. »

« Alors oui, en consultation, on ne les voit pas forcément spécifiquement pour ça. Les consultations de médecine générale égale on aborde un petit peu tout. Et ça arrive effectivement qu’on en discute. »

- Les médecins trouvent que la diversification des interlocuteurs permet de renforcer la transmission d’un message.

**MG1** « C’est là où les ateliers d’éducation thérapeutique, ça va aussi être un moyen de, à mon sens, je pense, de dédramatiser le contenu de l’assiette, pour heu... mettre tout ce qu’il y a autour. »

**MG2** « Mais euh, mais bon, pour les gens qui sont motivés, je pense que vraiment ça peut être intéressant. Déjà de prendre conscience qu’il faut faire quelque chose, quoi ! »

**MG5** « Très bien, sinon je ne les aurai pas envoyés. J’en envoie très souvent. Après heu, c’est un travail de longue haleine quoi. Et puis, c’est pas évident les ateliers. Il faut qu’ils aient envie, il y a des périodes réfractaires, voilà. »

**MG8** « ... oui, ça fait au moins un point d'appui pour, euh, renforcer la prise en charge, hein. Ça fait effectivement de quoi rebondir pour la suite. »

« Oui, tout à fait. Ça donne un autre point de vue, c'est pas le même contexte que le médecin, ça ouvre un petit peu le champ de la consultation. » (cf. consultation avec une infirmière ASALEE)

#### Catégorie 4 : Approche centrée patient

- Les médecins adaptent leur discours à l'âge du patient auquel ils s'adressent.

**MG1** « C'est maman ou papa qui m'emmène voir le docteur parce que j'ai un problème de poids. Bon, Je demande aux enfants, je les remets au centre je demande « et toi qu'est-ce que t'en penses ? ». Si « moi j'en pense que tout va bien », ça va pas être le même discours. C'est rarement la réponse hein, ceci étant, mais...c'est des sujets euh... il y a des âges plus sensibles que d'autres. »

« La difficulté d'aborder le sujet, il n'y en a aucune. C'est des gens qu'on connaît, voilà, et puis comme on montre sur les courbes, ça .... Hmm, ça ne focalise pas sur ça ... si on s'adresse à l'enfant en lui disant heu... « t'as du ventre » c'est pas la même chose dire que « ben tu vois, tes courbes, elles sont un petit peu au-dessus par rapport à tes camarades » et puis euh... le problème du poids c'est qu'ils se trouvent trop gros, il y en a qui se trouvent maigres, il y en a qui se trouvent grands et d'autre qui se trouvent petits. Je ne personnalise pas le problème par contre, je dis bien qu'il y a un problème, et je me mets surtout en situation de poser des solutions. »

« Moi j'ai un jeu qui qui... qui se fait jusqu'à six ans heumm, c'est la première lettre du prénom de l'enfant je lui demande « donnes moi un nom de légume » il y a une lettre qui est très compliquée, je ne sais plus quelle lettre, il y a un légume ou je, je cherche encore, mais bon, il y en a qu'un comme ça, il m'a coincé comme ça et on n'a pas trouvé. On a trouvé des fruits mais on n'a pas trouvé de légume. Mais voilà, donc heu... eh ben il y a des enfants, voilà, qui vont chercher et puis bah, qui trouvent pas. Il trouvera la réponse la prochaine fois et ils ont pas cherché. C'est plus par jeu mais voilà. Les connaissances sur l'alimentation des enfants sont quand même heu... maigres. »

- Plusieurs consultations ont parfois été nécessaires pour établir une prise en charge du surpoids.

**MG1** « Ce qui est souvent un peu différent en pédiatrie en général, on a isolé un souci, c'est-à-dire que, si on les suit bien, ils n'ont pas de soucis particuliers sauf le motif de la consultation. Alors que nous bah... En consultation de Médecine Générale, on fait d'abord de l'élagage pour arriver au problème. »

**MG4** « Oui, oui, je pense que oui. Ben, parce que, si vous voulez, c'est pas, c'est quand même pas, euh, une décision qu'on prend comme ça du jour au lendemain, ben écoutez ça va pas, heu, on va faire ça. C'est plutôt un accompagnement, euh, et ça se fait progressivement. »

**MG8** « Donc, l'abord du sujet, chose compliquée avec un parent ou les deux parents. La proposition d'un calendrier alimentaire et d'activité physique qui est rarement rempli. (Rire) Pourtant j'y met tout mon cœur. »

- Les médecins utilisent des marqueurs objectifs afin de ne pas stigmatiser les patients.

**MG1** « Alors moi je dis pas c'est un problème de poids, je dis bah, on fait les courbes et je dis « ben vous voyez, dans les courbes, il y a peut-être un problème, est ce qu'il y a pas un soucis d'alimentation, comment vous mangez à la maison », parce que si on amène d'emblée avec nos gros sabots, on va être brillant hein, on les reverra plus. Ils ne vont pas rentrer dans une filière de soin. »

- Les médecins organisent la prise en charge du surpoids de chacun de leur patient en tenant compte de leur motivation.

**MG1** « Si, on les prend frontalement, c'est fichu, bon ça, on le fait au début puis après on a bien compris que. Mais euh... après voilà, »

**MG8** « Alors, ça dépend un petit peu de ce que souhaitent les parents, globalement. Si j'ai un calendrier alimentaire, un petit peu activité physique, avec le calendrier, j'ai des pistes en termes de grignotage, d'activité physique. Oui, on commence à proposer des choses. Des fois, globalement, c'est non, euh, il bouge pas beaucoup, et il a pas envie, il ne grignote pas, c'est déjà pas mal. Quand c'est un calendrier, quand ils ont rempli quelque chose à la maison. »

- Lorsque le surpoids est abordé en consultation, les médecins essaient de le faire avec bienveillance.

**MG1** « La difficulté d'aborder le sujet, il n'y en a aucune. C'est des gens qu'on connaît, voilà, et puis comme on montre sur les courbes, ça .... Hmm, ça ne focalise pas sur ça ... si on s'adresse à l'enfant en lui disant Euh... « t'as du ventre » c'est pas la même chose dire que « ben tu vois, tes courbes, elles sont un petit peu au-dessus par rapport à tes camarades » et puis Euh... le problème du poids c'est qu'ils se trouvent trop gros, il y en a qui se trouvent maigres, il y en a qui se trouvent grands et d'autre qui se trouvent petits. Je ne personnalise pas le problème par contre, je dis bien qu'il y a un problème, et je me mets surtout en situation de poser des solutions. »

« Ben c'est là après ou heu... il faut se placer dans une situation de rentrer dans une filière de soins, dans une filière d'accompagnement, en disant des fois des choses agréables et en disant des fois des choses désagréables. Après faut trouver l'équilibre. »

« Déjà c'est dédramatiser, heu, les repas, c'est dire, « un repas ça doit être pris dans le calme, on doit pas s'engueuler à table, on parle même pas forcément de l'alimentation dans un premier temps. »

**MG8** « Donc, l'abord du sujet, chose compliquée avec un parent ou les deux parents. La proposition d'un calendrier alimentaire et d'activité physique qui est rarement rempli. (Rire) pourtant j'y met tout mon cœur. »

- Des médecins soulignent le fait qu'avoir différents intervenants qui délivrent un même message permet d'entretenir la motivation des patients.

**MG5** « oui, oui, oui, quand même. Ça leur permet une prise de conscience, sans que ça soit quelque chose d'agressif. »

Oui, oui, oui. Euh, il y a une prise de conscience. C'est un travail de groupe, ils voient qu'ils ne sont pas seuls, qu'on est là pour les aider, il n'y a pas de jugement... »

**MG8** « Voilà, je pense que, clairement si le sujet est posé avec les consultations, les ateliers thérapeutiques, on aura plus d'impact, ils viendront pour ça en consultation, en s'intéressant au sujet et heu, ça les motivera pour ce qu'on leur proposera. »

« Parce que, intervenants multiples, ça les stimule. »

- Des médecins ont soulevé la problématique du surpoids par le biais d'un symptôme secondaire.

**MG1** « Et puis parfois, on a un motif de consultation induit par les problèmes de poids, notamment chez les un peu plus âgés. Les dix /douze ans, ils ont mal aux genoux, ils ont mal aux pieds, ils ont mal au dos, ils font pas de sport, ils sont essouffés, enfin là bah... C'est l'occasion, mais le lien n'est pas toujours,

chez l'adulte encore moins, pas toujours tout du moins, mais chez l'enfant, non c'est « il a sûrement un problème au cœur », il fait le double de ce qu'il devrait faire, mais il a sûrement un problème au cœur. Il a peut-être un problème au cœur d'ailleurs, mais voilà, la cause, ça ne sera peut-être pas que d'aller voir le cardiologue. »

**MG8** « Euh... alors, L., c'était euh, en 2019, j'avais fait un courrier je pense au Dr L. en raison effectivement, heu, d'un surpoids. Elle avait 10 ans je pense, 9-10 ans. Surpoids et plainte de douleur lombaire. Pas fréquent à cet âge-là. »

## Catégorie 5 : L'entourage.

### • RÔLE PARENTAL

- Le rôle pris par les parents s'adapte avec l'âge des patients, il est inversement proportionnel à l'âge des patients.

**MG1** « C'est une euh... c'est une partie euh... C'est un échange à trois, on ne peut pas les exclure (*cf. les parents*). C'est à dire que, sur le problème de poids, sauf si l'adolescent le demande, parce que ça, c'est plus l'adolescent, pour faire sortir les parents, si l'adolescent le veut, c'est pas le souci. Le souci, c'est rarement l'adolescent qui fait les courses, souvent heu... »

**MG4** « ben pour le coup heu, la place est majeure, hein. D'abord c'est des enfants qui sont mineurs, c'est encore les parents qui prennent la décision. Moi, il m'est jamais arrivé d'avoir des jeunes qui étaient en demande. Mais à chaque fois, c'était des garçons aussi. »

**MG5** « ben, ils me disent s'ils trouvent que ça leur apporte quelque chose etcétera, c'est ça qu'ils me disent leur ressenti. Pas des patients, mais des parents, parce que les enfants ne me le disent pas. Ils le disent un peu plus quand ils sont plus âgés. »

- Leur ressenti est modulé par leur propre statut pondéral.

**MG1** « « Quand on voit les courbes de poids, quand on voit la famille rentrer, on dit « oula », mais après bon, en plus, la proximité, de Châteauroux qui est quand même une petite ville, quand ils font leurs courses, on voit les chariots, on a compris, ça c'est une anecdote »

**MG5** « Souvent, ils veulent aider, mais ça n'empêche pas qu'ils ont un côté un peu dans le jugement. J'ai une famille là, où j'arrive pas à envoyer. C'est compliqué parce que le père est obèse, opéré, qui a eu un anneau, une sleeve, et qui va peut-être avoir un by-pass, et la mère est plutôt maigre, et les enfants ont plutôt tendance à être obèses, et euh... Elle a du mal à part lui dire qu'il ne faut pas qu'elle mange de la même façon que son frère, parce qu'elle, elle n'a pas droit et que lui il a droit, parce qu'il n'est pas obèse, (rire) c'est compliqué. »

**MG7** « Ben souvent les parents ils sont un peu heu.... Comment dire, résignés. Par rapport à l'obésité de leur enfant. Soit, ils ont eu le même un problème d'obésité aussi et du coup, ils se disent ben, c'est comme ça, c'est familial. Soit, ils n'ont pas du tout de problème d'obésité et du coup ils sont dans la culpabilisation de l'enfant quoi. »

- Il peut y avoir une discordance dans les attentes entre les parents et l'enfant dans la prise en charge du surpoids.

**MG4** « Bah, Euh, le patient heu... en l'occurrence, moi ce que je sentais c'était que c'était une très forte demande de la famille et c'était une demande moins forte, voire pas du tout du patient (rire). Euh, c'était

une démarche de la maman quoi, la maman était demandeuse de solution, d'aide. Donc c'est, c'est, heu, non je revois deux patients, j'en ai un autre aussi que je me rappelle. Mais à chaque fois, les demandes finalement, c'est plus la demande des familles que des patients. Je trouve, hein. »

- Un médecin a dû faire face à une discordance entre les souhaits des parents et le patient et a constaté un échec.

**MG4** « En fait moi, ce qui peut me mettre mal à l'aise c'est que quand je sens que-euuh qu'il n'y a pas vraiment d'accroche du patient, du jeune quoi. Ça c'est...ben la réponse clinique, nous on sait l'apporter, mais en fait l'adhésion du patient, c'est un peu ça. Mais quand on sent que la famille, elle a envie et qu'elle est partante pour tout, mais que l'enfant lui, on sent qu'il suit sans vraiment être partie prenante. C'est un peu compliqué hein. »

- Leur implication est nécessaire car ils sont un partenaire essentiel pour l'enfant dans la prise en charge.

**MG1** « « Après ben, les parents, pour moi, c'est un interlocuteur privilégié mais c'est un acteur de l'alimentation comme l'enfant est acteur de son alimentation. C'est les parents qui font les courses, c'est pas l'enfant, mais c'est l'enfant qui induit quand même, euh... « il mange pas de légumes », bah oui, c'est sûr que ... ça c'est l'aboutissement de « oui, on a essayé et puis on a n'a pas réussi et puis on en a marre et puis on force pas, parce que ... »

**MG5** « Heu, donc une prise de conscience avec les parents, euh, et puis après euh, il faut qu'il y ait une prise de conscience avec les enfants, qu'ils aient envie. Il faut se méfier Euh, du trouble du comportement alimentaire. Moi, j'ai pas mal d'anorexiques aussi, dans l'autre sens. Euh, et puis il y a aussi les boulimiques qu'on voit. Il y a tous les problèmes du comportement alimentaire. Oui, je travaille avec Madame C., je travaille avec Monsieur L. beaucoup, en bonne intelligence je pense. La preuve c'est qu'après je ne la vois plus, vous voyez (rire). Je les revois quand ils veulent mais c'est normal quand ils voient d'autres praticiens. Non, non, c'est ... ça ne se goupille pas trop mal. Mais, il y en a certains que je n'envoie pas. Je n'arrive pas à les envoyer parce qu'il n'y a pas une coopération de la famille, ou de l'enfant ou de l'adolescent. »

**MG8** « Donc, l'abord du sujet, chose compliquée avec un parent ou les deux parents. La proposition d'un calendrier alimentaire et d'activité physique qui est rarement rempli (Rire). Pourtant j'y met tout mon cœur. »

« Alors, ça dépend un petit peu de ce que souhaitent les parents, globalement. Si j'ai un calendrier alimentaire, un petit peu activité physique, avec le calendrier, j'ai des pistes en termes de grignotage, d'activité physique, oui, on commence à proposer des choses. Des fois, globalement c'est non, heu ; il bouge pas beaucoup, et il a pas envie, il ne grignote pas, c'est déjà pas mal. Quand c'est un calendrier, quand ils ont rempli quelque chose à la maison. »

- Pour initier une prise en charge, il faut qu'il y ait de la motivation de la part des parents et des enfants.

**MG1** « Je sais pas trop comment se passe les groupes d'éducation thérapeutique mais on a quand même l'impression que les enfants adhèrent et puis les parents, euh, comptaient que tout allait se faire à l'hôpital et du coup bah, à la maison, on change pas grand-chose, ou on laisse tomber, ou ils reprennent les mauvaises habitudes, et souvent, c'est plus facile de reprendre ces mauvaises habitudes que de nouvelles bonnes, mais bon, là encore, c'est bien. »

**MG5** « Heu, donc une prise de conscience avec les parents, euh, et puis après euh, il faut qu'il y ait une prise de conscience avec les enfants, qu'ils aient envie. Il faut se méfier heu, du trouble du

comportement alimentaire. Moi, j'ai pas mal d'anorexiques aussi, dans l'autre sens. Euh, et puis il y a aussi les boulimiques qu'on voit. Il y a tous les problèmes du comportement alimentaire. Oui, je travaille avec Madame C., je travaille avec Monsieur L. beaucoup, en bonne intelligence je pense. La preuve c'est qu'après je ne la vois plus, vous voyez (rire). Je les revois quand ils veulent mais c'est normal quand ils voient d'autres praticiens. Non, non, c'est ... ça ne se goupille pas trop mal. Mais, il y en a certains que je n'envoie pas. Je n'arrive pas à les envoyer parce qu'il n'y a pas une coopération de la famille, ou de l'enfant ou de l'adolescent. »

### • RÔLE DE L'ENTOURAGE

- Une prise de conscience de la famille est nécessaire avant d'envisager une prise en charge.

**MG1** « « Heu... c'est-à-dire que la maman se porte bien, la famille se porte bien, la fratrie se porte bien, en termes de poids, « qu'est ce qu'il vient nous embêter à nous dire, c'est un problème de poids »

« Au-delà de ça, on voit que ça va être un frein manifeste, parce que c'est toute une famille qu'on envoie en éducation thérapeutique, hein. C'est pas que...moi je parle de l'enfant, mais c'est valable quand on les voit après, s'il y en a qu'un qui fait le boulot à la maison, c'est pas possible, ça n'arrange pas.... Voila »

- Il faut prendre en compte aussi bien l'entourage familial que le milieu scolaire pour optimiser la prise en charge.

**MG1** « Et alors celle des adultes, ça dépend, on a encore ... il y a des parents qui vont être sensibilisés et puis d'autres qui vont baisser les bras, bah, parce qu'ils sont plusieurs à la maison et c'est compliqué entre les uns et les autres ; on trouve des plats ressources où tout le monde mange et on n'est pas embêté. Et puis il y a des habitudes culturelles, euh voilà... »

**MG8** « Non, (rire) juste dire qu'effectivement il y a peut-être une carence d'éducation alimentaire, euh, de l'école, etcétera. »

- Pour avoir un effet bénéfique de la participation aux ateliers d'ETP, tout le foyer devrait être impliqué dans la modification des habitudes de vie.

**MG1** « Au-delà de ça on voit que ça va être un frein manifeste, parce que c'est toute une famille qu'on envoie en éducation thérapeutique hein, c'est pas que...moi je parle de l'enfant, mais c'est valable quand on les voit après, s'il y en a qu'un qui fait le boulot à la maison, c'est pas possible, ça n'arrange pas.... Voila »

« Heu... c'est pareil pour les problèmes de vue, c'est pareil pour les problèmes d'audition hein, voilà, c'est pas forcément... il y a des familles qui vont être très réactives, il y en a qui sont pas du tout, celles qui pose problème c'est celles qui ne le sont pas du tout »

### Catégorie 6 : Pertinence de la prise en charge.

- Dans l'ensemble, les médecins pensent que la participation aux ateliers ETP 36 permet de délivrer un message positif aux patients.

**MG1** « Oui, parce que de toute façon, ils auront une information et quand on les aura adultes et qu'on leur redira ça, heu... comment dire, la cohérence du message donné et la pertinence des choses font qu'on met une petite vanne et qu'au final, ça va peut-être aboutir. »

**MG2** « je pense que c'est un plus pour sa prise en charge, après s'il n'en fait rien et qu'il suit pas les conseils et que ... ça va pas lui apporter grand-chose. Mais euh, mais bon, pour les gens qui sont motivés je pense que vraiment ça peut être intéressant. Déjà de prendre conscience qu'il faut faire quelque chose, quoi ! »

**MG5** « oui, oui, oui, quand même. Ça leur permet une prise de conscience, sans que ça soit quelque chose d'agressif.

Oui, oui, oui. Heu, il y a une prise de conscience. C'est un travail de groupe, ils voient qu'ils ne sont pas seuls, qu'on est là pour les aider, il n'y a pas de jugement... »

**MG8** « Voilà, je pense que, clairement, si le sujet est posé avec les consultations, les ateliers thérapeutiques, on aura plus d'impact. Ils viendront pour ça en consultation, en s'intéressant au sujet et, heu, ça les motivera pour ce qu'on leur proposera. »

- Les médecins soulignent l'approche bienveillante des ateliers de l'ETP 36.

**MG2** « Je crois que c'est des après-midis où heu ils sont plusieurs enfants qui sont en obésité. Ils ont une consultation d'abord avec le pédiatre chacun et tout ça. Et heu, ils ont des ateliers diététiques, activités physiques, moi j'imagine qu'ils parlent d'un thème à chaque atelier, et puis, ils essaient de mettre un programme, un objectif pour chaque enfant, de savoir combien ils doivent perdre de poids, ou qu'ils se stabilisent quoi. »

**MG7** « je pense qu'en fait, ça doit être heu, ils doivent être à mon avis vus par des psychologues, psychomotriciens, heu, qu'est qu'ils doivent voir aussi... et puis on doit leur heu, je pense que le docteur L. nous en avait un peu parlé, où ils essayaient de les positiver en leur donnant pas trop d'objectif, peut-être un ou deux objectifs à suivre pendant quinze jours ou trois semaines, de dire, je vais à l'école à pied au lieu d'y aller en voiture, je diminue la quantité de tel chose que ... voilà, je grignote pas, voilà, se donner un objectif mais pas trop difficile quoi. »

- Les marqueurs objectifs de succès tel que la perte de poids sur la balance sont rarement observés.

**MG4** « C'est pour ça que je vous dis que sur le long terme, le résultat est très moyen, et encore une fois, je ne peux pas savoir ce qu'il en serait s'il n'avait pas participé aux ateliers mais en tout cas, ils n'ont pas d'IMC dans la norme aujourd'hui »

**MG5** « elle a pris quinze kilos et cinq centimètres. (Rire) no comment, no comment. Quand je vois les courbes, heu.. Bon, elle fait partie des... même si elle est grande. On les perd un peu, on les perd un peu. »

- Certains médecins n'ont pas eu suffisamment de patients ayant participé aux ateliers pour se prononcer sur leur utilité.

**MG3** « mais après je ne sais pas du tout, je n'ai pas de recul du tout. »

**MG4** « Mais quand j'ai adressé des patients, bah, le retour eeeuh, finalement je me suis dit peut-être ça séduit plus les professionnels que les patients. Et puis bon, on est dans l'éducation thérapeutique. Dans la prévention, on sait bien que, on ne peut pas sauver tout le monde, ça marche pas pour tout le monde. On ne peut que l'évaluer à une échelle, plutôt statistique d'un plus grand nombre, puisqu'on sait bien

que , à l'échelle individuelle en fait... C'est ça le problème, c'est que nous, en tant que médecin généraliste, on ne peut pas avoir une vision globale. Et à l'échelle individuelle, bah, ça marche pas à tous les coups quoi. »

**MG6** « En fait c'est difficile parce que moi j'en ai eu qu'un. Et que cette petite jeune là, ça a échoué en fait. »

**MG7** « En gros, je n'ai eu qu'une seule (rire), c'est pas forcément représentatif. Mais en gros, c'est vrai que, elle, elle n'était pas totalement satisfaite. Pourquoi ? Elle m'avait dit, au début ça marchait, elle avait perdu parce que les patients regardent s'il y a une efficacité, elle avait perdu. Mais après, c'était un peu difficile de suivre les ateliers, je ne sais plus pourquoi. Parce que, elle ne pouvait pas se déplacer tout le temps et que, après tout, elle ne voyait plus trop l'intérêt. Son poids stagnait, ça n'avancait plus. Elle avait abandonné, elle avait été découragée. Voilà ce que j'avais eu comme retour chez cette patiente. »

**MG8** « Alors, j'ai pas identifié de résultat précis moi sur les consultations, bon, je sais que globalement, son poids, on est passé de 58 en 2019, 64 récemment, heu, j'ai pas de résultat, pour elle en tout cas. »

- Des médecins constatent que les enfants les consultent moins quand ils suivent les ateliers ETP 36.

**MG5** « ... Mais c'est une enfant que je ne vois pas beaucoup, celle-là. Je l'avais envoyée. Quand ils sont suivis là-bas, ils sont un peu perdus de vue »

« Non, moi je vois, la dernière fois qu'elle a été au cabinet, c'était en septembre deux mille vingt (rire). Et la dernière fois que je l'ai vue moi, c'était en onze deux mille dix-neuf, pour dire qu'elle vient vachement souvent. C'est normal, vu qu'elle est suivie en pédiatrie, quelque part, c'est pas illogique. »

**MG6** « non. En général, quand ils sont suivis sur l'hôpital avec le docteur L. ça se fait que par lui. Nous-mêmes, moi, je ne suis pas particulièrement au courant qu'il y a le suivi. Et bon, c'est en discutant peut être avec le patient qu'ils vont me dire qu'ils sont suivis. Mais non j'ai pas, j'ai pas de retour, donc, je n'ai pas, je fais pas un accompagnement supplémentaire par rapport à ça. »

- Le fait que les enfants consultent peu leur médecin généraliste constitue un frein au suivi du surpoids.

**MG1** « Des fois ils sont vus en moyenne section par l'infirmière qui va peut-être écrire heu « problème de poids, revoir le médecin » bon, on les voit deux ans après hein. »

**MG4** « Non, je continue ma prise en charge globale. En sachant que c'est des adolescents, et on les voit très peu quoi, moi je les vois très peu. »

- Les médecins pensent possible d'optimiser l'efficacité des ateliers d'ETP de différentes façons :

➤ Mettre en place des consultations systématiques après participation aux ateliers.

**MG4** « Moi j'ai pas eu de gros impacts, dans le sens où j'ai rien mis en place de spécifique, peut-être à tort hein, effectivement, peut-être que si j'avais fait une consultation systématique, régulière de suivi, ça aurait mieux porté ses fruits. C'est possible. »

➤ Augmenter la communication autour des ateliers auprès des médecins généralistes afin que ceux-ci les intègrent à leur parcours de prise en charge.

**MG4** « ça c'est difficile. On n'y est pas ... fin c'est... moi ce que je... du coup je me dis qu'il faudrait qu'ils communiquent un peu plus avec nous pour nous rappeler qu'ils sont là. Après, il y a différentes manières

de communiquer, hein. Ça peut être juste envoyer un petit mail ou, humm, un courrier de temps en temps pour, hummm »

**MG5** « (silence). Je ne me rappelle pas trop des fiches de synthèse donc heu, voilà (rire) »

- Avoir une plus grande couverture sur le territoire départemental.

**MG7** « Il faudrait le délocaliser, heu, en fait, c'est pas obligatoirement quelque chose, 'fin, je pense que c'est pas obligatoirement quelque chose qu'il faut faire souvent. C'est pas la peine qu'il vienne une fois par semaine à Valençay, hein. S'ils venaient tous les deux mois déjà, s'il y avait des ateliers, parce qu'on en a, des enfants en surpoids ! Après si on pouvait grouper. Après c'est sûr qu'on va dire que ça va les stigmatiser, tous les gamins du même canton qui vont .... je sais pas mais... ou alors travailler avec l'école, avec les cantines, ouais, je sais pas. L'obésité, c'est multifactoriel et c'est très difficile à résoudre. »

### Catégorie 7 : vécu du patient.

- Des médecins ont eu des retours d'expérience mitigés des patients.

- Positif

**MG1** « Mais ceux qui ont eu le ressenti, étaient plutôt contents d'y être allé. Est-ce que ça a eu leur adhésion pleine et entière ? ...»

« Mais après, ceux qui l'ont fait pour faire une transition, ceux qui l'ont fait sont plutôt contents. Après, ça dure pas forcément, mais ils n'en gardent pas une mauvaise expérience. Après est ce qu'ils mettent en pratique, dans la durée, ce qu'ils ont vu ?... C'est là où, humm... »

**MG4** « Moi, heu, ce dont je me souviens, heu, le jeune il parlait assez peu. Donc il s'exprimait assez peu, par contre la maman était très satisfaite »

**MG8** « Du coup bon, j'ai que G. et ben, la maman était contente »

- Négatif

**MG2** « Après moi les reproches de mon patient, il disait que ça ne servait pas à grand-chose, qu'il y avait pas beaucoup d'ateliers, que c'était juste pour faire de la cuisine, mais bon .... Qu'il savait déjà, qu'il n'avait pas besoin de ça. Voilà ».

- Des résultats qui s'émeussent avec le temps

**MG4** « ...alors quand même je trouve que ça porte quand même ses fruits sur l'instant. On sent qu'il y a quand même une motivation, une volonté de bien faire, des choses qui sont mises en place. Mais sur le plus long terme, ça reste compliqué. Peut-être parce que moi j'étais sur des patients où c'était plus la famille que le patient qui voulait. »

- La motivation des patients est un élément essentiel lors de la prise en charge.

**MG1** « Beh, des fois ils attendent beaucoup du groupe, de la prise en charge médicale, comme si le médecin allait faire tout hein, il a le produit miracle, il va donner la baguette magique, le médicament évidemment. »

**MG5** « Très bien, sinon je ne les aurai pas envoyés. J'en envoie très souvent. Après heu, c'est un travail de longue haleine quoi. Et puis, c'est pas évident les ateliers. Il faut qu'ils aient envie, il y a des périodes réfractaires, voilà. »

**MG6** « En gros je n'ai eu qu'une seule (rire), c'est pas forcément représentatif. Mais en gros c'est vrai que, elle, elle n'était pas totalement satisfaite. Pourquoi ? Elle m'avait dit, au début ça marchait, elle avait perdu parce que les patients regardent s'il y a une efficacité, elle avait perdu. Mais après, c'était un peu difficile de suivre les ateliers je ne sais plus pourquoi. Parce que, elle ne pouvait pas se déplacer tout le temps et qu'après tout, elle ne voyait plus trop l'intérêt. Son poids stagnait, ça n'avancait plus. Elle avait abandonné, elle avait été découragée. Voilà ce que j'avais eu comme retour chez cette patiente. »

- L'encadrement au sein des ateliers favorise le maintien de la motivation des patients.

**MG4** « Les échanges, oui ! Après honnêtement heum, là ou moi je trouve que ça pêche plus, c'est les résultats. C'est-à-dire que moi personnellement, j'ai pas vu de résultat mirobolant quoi. Vous me direz on ne peut pas savoir ce qu'il en serait s'il n'y avait pas les ateliers thérapeutiques, mais heu..., avec une vision un peu plus long terme, alors quand même, je trouve que ça porte quand même ses fruits sur l'instant. On sent qu'il y a quand même une motivation, une volonté de bien faire, des choses qui sont mises en place. Mais sur le plus long terme, ça reste compliqué. Peut-être parce que moi, j'étais sur des patients où c'était plus la famille que le patient qui voulait. »

### RESULTAT PRINCIPAL

L'objectif principal de ce travail de recherche était d'explorer le ressenti d'un échantillon de médecins généralistes concernant le suivi de leurs patients mineurs en surpoids participant au programme d'éducation thérapeutique « surpoids chez l'enfant » du Centre Hospitalier de Châteauroux.

Les différentes catégories ressortant de l'analyse de ces entretiens peuvent être mises en relation selon le schéma explicatif ci-dessous.

Il permet de visualiser l'interaction entre les différents protagonistes participants à la prise en charge du surpoids infantile.

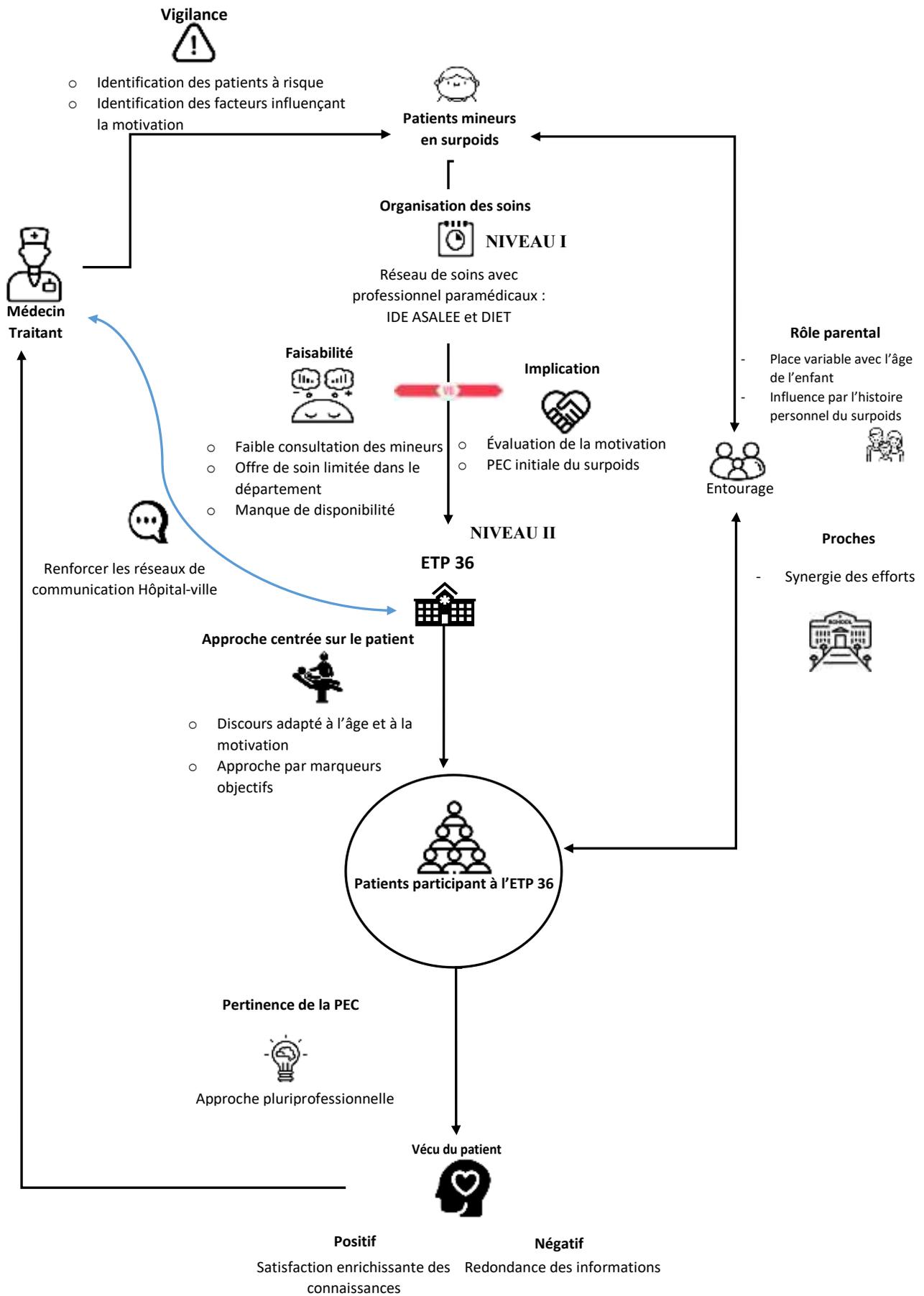


Schéma réalisé avec l'aide du « Brillant »

Les catégories citées dans l'analyse axiale s'enchaînent comme décrit sur le schéma.

Le médecin traitant commence par identifier un surpoids chez les petits patients.

Il évalue leur motivation et les facteurs qui peuvent l'influencer. En fonction du niveau de la motivation et les facteurs aidants ou freinants qui peuvent l'influencer. En cas d'adhésion, il propose une prise en charge, correspondant au niveau I des recommandations de la HAS, avec parfois la collaboration de professionnels paramédicaux. L'implication du médecin traitant et la faisabilité de la prise en charge sont variables selon les contraintes que celui-ci rencontre sur le terrain.

Quand le médecin traitant le juge nécessaire, il oriente le patient vers l'équipe médicale de l'ETP 36 qui décident ou non de l'intégration aux ateliers, correspondant à un niveau II. Cela peut se faire dès l'identification d'un surpoids selon l'appréciation du médecin traitant. Un bilan éducatif est effectué : état des lieux des habitudes de vie, des connaissances de l'enfant et des parents, recherche d'une pathologie somatique sous-jacente et autres si nécessaire. Le programme est proposé ensuite, si le médecin de l'équipe de l'ETP 36 le juge nécessaire.

Le médecin traitant et l'équipe de l'ETP 36 ont une approche bienveillante et objective, centrée sur le patient avec un discours qui s'adapte à l'âge de celui-ci.

Le patient quant à lui, doit être considéré dans son contexte familial et social. En effet, la place occupée par les parents en tant qu'interlocuteurs dans la prise en charge du surpoids est variable selon l'âge du patient. Leur attitude est influencée par leur propre histoire pondérale. Son entourage, les autres membres du foyer dans lequel il vit et entre autres son établissement scolaire, peut également contribuer à la dynamique de la prise en charge en influençant la motivation.

Le vécu des patients ayant participé aux ateliers est recueilli par les médecins traitants quand ils en parlent en consultation.

L'équipe de l'ETP 36 envoie des comptes rendus aux médecins traitants.

### Les médecins et l'ETP 36

Notre étude a pu mettre en évidence une problématique de communication entre l'ETP 36 et les médecins traitants. En effet, certains médecins ont verbalisé le fait de ne pas avoir suffisamment d'information sur le fonctionnement des ateliers. Certains ne connaissaient pas les critères requis pour y orienter les patients.

Le manque d'information sur la participation de leur patient ne leur permet pas d'intégrer le fait d'avoir participé à l'ETP au suivi global qu'ils font des patients.

Pourtant, un courrier est réalisé par le pédiatre référent et envoyé aux médecins traitants à la suite de la participation au programme de l'ETP par le patient. En effet, après vérification, chaque médecin a reçu entre un et six courriers d'information du contenu des séances auxquelles ont participé leurs patients contrairement à ce que peut suggérer leurs déclarations lors des entretiens.

On pourrait donc repenser les moyens de communication afin de permettre aux médecins de mieux réaliser la continuité des soins.

## Les médecins et le suivi des patients mineurs ayant participé à l'ETP 36

De manière générale, les médecins n'ont pas suffisamment intégré la participation aux ateliers d'ETP 36 au suivi qu'ils font des enfants pour différentes raisons :

### - **Le manque de temps et d'occasion**

Le fait que les enfants consultent rarement. Quand ils le font, c'est pour un motif aiguë, laissant peu de place à l'abord de la problématique du surpoids. Ainsi, les médecins ont très souvent identifié les patients ayant cette problématique mais ne disposent pas suffisamment de temps et d'occasion pour organiser une prise en charge. Au-delà de 6 ans, les enfants consultent peu et la désertification médicale de l'Indre limite probablement le temps consacré à la prévention.

Quand c'est possible, les médecins délèguent ce suivi à leur partenaire paramédical soit à une infirmière ASALEE soit à une diététicienne libérale.

Certains médecins ont également verbalisé le fait de ne pas être suffisamment formés pour réaliser le suivi du surpoids.

### - **Le manque d'information sur le fonctionnement des ateliers de l'ETP 36**

Ils sont pour la plupart d'accord pour affirmer la valeur ajoutée d'une prise en charge pluriprofessionnelle. Les messages délivrés durant ces séances permettent d'améliorer le vécu du surpoids et d'enclencher une modification des habitudes alimentaires. Les efforts sont difficiles à maintenir sur la durée. De ce fait, les marqueurs objectifs tels que la perte de poids sont rarement observés.

La motivation du patient reste essentielle et indispensable pour rentrer dans une démarche de soins.

L'implication de l'entourage dans lequel vit le patient doit également être recherchée. En effet, très souvent, plusieurs membres du foyer présentent la même problématique. Leur participation aux ateliers d'ETP leur permet de bénéficier des enseignements dispensés et d'espérer la modification des habitudes de vie sur un plus long terme.

## COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

La littérature retrouve plusieurs études où les médecins ont verbalisé le fait de ne pas avoir suffisamment de temps à accorder au suivi du surpoids et de l'obésité infantile <sup>(27,28)</sup>.

Dans cette thèse intitulée « Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles » qui fait le point sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans le suivi du surpoids, 52.9% des médecins interrogés pensaient avoir trop peu de temps. D'autres freins sont pointés : par exemple, le mauvais suivi des conseils d'activité physique, diététique ou psychologique, le manque de motivation du patient. Les médecins se plaignent également d'un manque de formation. On retrouve également cette notion dans notre étude.

On retrouve l'importance ressentie du rôle du médecin traitant qu'il a dans la prise en charge du surpoids infantile. Dans cette étude <sup>(29)</sup>intitulée « le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile : étude qualitative menée auprès de 10 médecins généraliste exerçant en Picardie », il est ressorti que les médecins traitant sont conscients d'être un maillon indispensable dans l'initiation de la prise en charge du surpoids. Ils doivent faire face aux contraintes du terrain tel que les conditions

d'exercice, l'environnement familial, le manque de temps et de compétence. On retrouve également ce ressenti parmi les médecins interrogés dans notre étude.

L'intérêt de l'association d'une prise en charge diététique à une activité physique dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité a été démontré. Ils font partie intégrante du programme ETP36.

Dans cet article<sup>(30)</sup> « Rôle de la combinaison de la restriction calorique et de l'entraînement physique individualisé dans la prise en charge de l'obésité infantile », les bienfaits sur l'organisme d'une alimentation équilibrée et quantitativement adaptée associée à une pratique régulière d'activité physique sont soulignés, avec une description du mécanisme physiologique. Dans notre étude, lorsque les médecins abordent le surpoids en consultation avec les enfants, ils valorisent également cette association.

La motivation comme moteur de la prise en charge a également été retrouvée dans de nombreuses études.

Dans cette étude<sup>(31)</sup> « Effet de la motivation et de l'estime de soi sur l'indice de masse corporelle et la détresse psychologique au cours d'un programme de prise en charge de l'obésité chez les adolescent » faite à Québec, on a observé une différence significative sur les résultats lorsqu'il y avait ou pas une motivation des participants.

Dans notre étude également, on a retrouvé ce phénomène. En effet, des médecins ont observé des résultats, une amélioration de l'IMC, lorsqu'il y avait la motivation des patients. Et lorsque la motivation s'estompait, les résultats étaient moins visibles conduisant parfois les patients à baisser les bras.

De même, le rôle parental a plusieurs fois été décrit dans la place qu'ils occupent dans la prise en charge d'un enfant en générale et dans le surpoids en particulier.

Cette étude<sup>(32)</sup> intitulée « L'attitude des parents influence-t-elle le risque de surpoids et d'obésité chez les adolescents ? » montre que l'attitude parentale renforçant un mode de vie sain influe positivement le statut pondéral des adolescents.

Une autre thèse<sup>(33)</sup> « Parental weight status and household environment affect weight status of child » qui explore le statut pondéral des parents et leur influence sur le poids des enfants retrouve également cette tendance. En effet, l'enfant grandit en s'imprégnant du mode de vie de son environnement qui contribuera à façonner le sien.

On retrouve également l'influence de l'environnement dans lequel grandit un enfant dans cette autre étude de *Strauss RS et al.* dans le développement d'une obésité<sup>(34)</sup>.

On retrouve dans la littérature l'intérêt d'une prise en charge précoce. Cette étude<sup>(35)</sup> de *Rolland-Cachera et al* portait sur l'effet à long terme de la nutrition soulignant l'importance d'une alimentation adaptée aux différents stades de la croissance.

On retrouve dans la littérature la valeur ajoutée d'une prise en charge pluriprofessionnelle.

Dans cette thèse<sup>(36)</sup> faite en 2014 à Tours par *Bazantay A*, interne en médecine générale, le but de la recherche était d'évaluer, huit mois après le début de la prise en charge, les objectifs fixés qui étaient la diminution de l'IMC, l'amélioration du bien-être, l'augmentation de l'activité physique ainsi que le vécu et la santé perçus par dix adolescents en surpoids qui avaient assistés aux journées d'éducation thérapeutique mis en place par le RESPO, réseau de prise en charge du surpoids et de l'obésité, et MDA, maison des adolescents, de Tours. On retrouvait une amélioration de ces paramètres à la suite de la participation aux journées d'éducation thérapeutique.

L'intérêt d'un suivi à long terme du surpoids infantile est également décrit dans différentes études<sup>(37)</sup>  
(38).

Dans cette étude<sup>(37)</sup> sur le devenir des enfants suivis pour un surpoids et obésité dans le cadre d'un réseau REPOP à la Réunion entre 2006 et 2012, les résultats ont montré que les enfants continuaient d'améliorer leur corpulence après la fin du suivi réalisé par une équipe multidisciplinaire.

Dans cette autre étude<sup>(38)</sup> « Que deviennent 10 ans après, les enfants suivis pour surpoids et obésité ? étude observationnelle », des enfants de 2 à 17 ans ont été suivis et revus dix ans après. On retrouve également cette notion : 77% des enfants interrogés avaient un indicateur d'efficacité de la prise en charge initiale favorable, et ceux d'autant plus qu'elle avait été prolongée.

Une thèse a exploré le vécu du programme d'éducation thérapeutique de l'hôpital de Draguignan<sup>(39)</sup> Elle a montré qu'au décours de ces séances, il y avait une évolution positive de l'état psychologique des participants.

Cela nous permet donc d'être optimistes quant à l'intérêt des ateliers d'ETP36.

## FORCES ET LIMITES :

### LIMITES :

Le recueil des données a été réalisé par une chercheuse novice, la rigueur dans la réalisation des interviews a été acquise au fil des entretiens.

Parmi tous les médecins contactés, seulement huit praticiens ont accepté de participer à l'étude. De ce fait, l'échantillonnage à variation maximale a été réalisé dans les limites de la disponibilité des praticiens sollicités. Des informations pertinentes n'ont peut-être pas pu être recueillies. Cependant, on peut tout de même constater une grande diversité au sein de l'échantillon et la saturation des données a été obtenue.

Les entretiens ont été conduits par téléphone, l'analyse d'élément de la communication non verbale n'a pas pu être réalisée. La durée des entretiens en a sans doute été impactée. En effet l'entretien via la plateforme ZOOM, permettant un contact visuel, a été significativement plus long que les entretiens réalisés par téléphone. On pourrait tout de même considérer que l'absence de contact visuel permet plus de liberté dans les propos.

De plus, les médecins étaient peu disponibles pour un entretien en physique, le recueil des données ayant eu lieu dans un contexte de crise sanitaire du COVID 19<sup>(21)</sup>. L'entretien téléphonique a été un bon compromis permettant de recueillir des données.

Il existe un biais de mémorisation à prendre en compte. Les médecins interrogés ne se souvenaient pas de tous leurs patients pris en charge aux ateliers d'ETP 36. En effet, il arrive que le patient soit adressé par un autre professionnel de santé tel que la protection maternelle et infantile (PMI), la médecine scolaire ou par initiative personnelle de la famille. Par exemple, un médecin interrogé a dit n'avoir qu'un patient ayant assisté aux ateliers. Mais après analyse des archives, au moins deux enfants de sa patientèle y avaient assisté.

Cependant, la spontanéité des réponses a permis de recueillir leur ressenti authentique, tel qu'ils l'ont vécu.

Il existe également un biais de connaissance. Les médecins traitants connaissent l'unique médecin de l'ETP 36. Le fait qu'ils le connaissent a pu biaiser ce qu'ils ont pu dire et ceux malgré l'anonymisation garantie des entretiens et l'absence de contact préalable avec eux avant la réalisation des entretiens, sauf pour l'un d'entre eux.

### FORCES :

L'analyse ouverte a été réalisée en parallèle et indépendamment par deux chercheuses novices, internes en médecine générale, avec l'arbitrage du Dr Mary LEBLEU, médecin généraliste et membre du département universitaire de médecine générale, habituée à la méthodologie de l'analyse qualitative.

Cela a permis la triangulation des données, critère fort de scientificité en analyse qualitative. La subjectivité de l'analyse est limitée.

Quelle qu'en soient les limites, à ce jour, aucune étude de ce type n'a été réalisée dans la région Centre.

### **POUR LA PRATIQUE**

Cette étude aura permis de relever des données intéressantes pour la pratique.

Notamment l'approche du succès ou d'un échec à la participation d'ateliers d'ETP.

En effet, à plusieurs reprises, l'absence de perte de poids ou la reprise de poids a été considérée comme un échec des ateliers d'ETP 36. Or, l'objectif des ateliers d'éducation thérapeutique n'est pas de faire maigrir mais d'acquérir et maintenir des compétences dont les patients ont besoin pour mieux gérer leur santé. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion et en améliorant sa qualité de vie <sup>(16)</sup>. Ainsi, plutôt que d'avoir une approche du suivi du surpoids focalisée sur le poids, le médecin traitant pourrait réaxer le suivi sur le bien-être et la qualité de vie des patients.

On peut rappeler qu'une consultation spécifique de l'obésité (CSO) est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> Novembre 2017 valorisée à quarante-six euros <sup>(40)</sup>. Cette consultation a pour objectif de favoriser la prévention précoce de l'obésité et de valoriser le rôle pivot du médecin traitant de l'enfant dans le repérage des enfants à risque d'obésité et la coordination des soins. Cette consultation est réservée aux enfants de 3 à 12 ans inclus et en risque avéré d'obésité sur la base du suivi de la courbe de corpulence

Il serait intéressant de recueillir le vécu des patients ayant participé à l'ETP 36. Cela pourra faire l'objet d'une étude. Une étude prospective évaluant le devenir de ceux-ci pourra également être réalisée.

On pourrait également réaliser une étude similaire dans d'autres départements ayant des niveaux II ou III de prise en charge.

Dans les faits, les responsables de l'organisation de l'ETP 36 ont revus les modalités de transmission du déroulement détaillé du programme d'ETP et des objectifs éducatifs rédigés par les patients. Le descriptif détaillé du programme ETP36 est dorénavant envoyé au médecin traitant dès l'inclusion de l'enfant. La prise en compte des objectifs éducatifs rédigés à chaque séance par l'enfant lui-même sera le fil conducteur précieux pour tous les acteurs de santé impliqués dans cette prise en charge complexe.

De même, ils pourraient réaliser une présentation du programme aux médecins traitants et définir leurs attentes vis-à-vis d'eux afin d'améliorer la continuité des soins. La fréquence et le mode de communication serait à définir : webinaire, conférence, prospectus, courriers ou tout autre moyen de communication. Cela pourrait faire l'objet d'une étude quantitative auprès des médecins généralistes.

On pourrait également réfléchir à la mise en place d'un parcours de soins protocolisé dans un partenariat Ville - Hôpital dans le cadre de la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile à la suite de la participation aux ateliers d'ETP 36, en tenant compte des contraintes de terrain rencontrés par les médecins généralistes.

## CONCLUSION

---

D'après l'analyse des données recueillies auprès des médecins généralistes de cette étude, la participation aux ateliers d'éducation thérapeutique du Centre Hospitalier de Châteauroux par leurs patients mineurs n'est pas suffisamment intégrée dans le suivi global qu'ils font de leurs patients.

Différentes causes ont pu être identifiées :

- Celles sur lesquelles on peut agir directement, les moyens de communication entre l'équipe de l'ETP 36 et les praticiens en ambulatoire.
- Celles qui représentent une problématique en rapport avec la conjoncture actuelle de l'offre de soins disparate sur ce territoire.
- Et celles en lien avec la population concernée à savoir les enfants qui consultent moins régulièrement leur médecin traitant.

La motivation intrinsèque de l'enfant et de celle de ses parents reste la pierre angulaire nécessaire à une prise en charge de qualité.

Enfin, on conclura qu'un renforcement du réseau Ville- Hôpital, avec la participation des professionnels paramédicaux, facilitera la continuité des soins et ainsi une meilleure prise en charge du patient.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

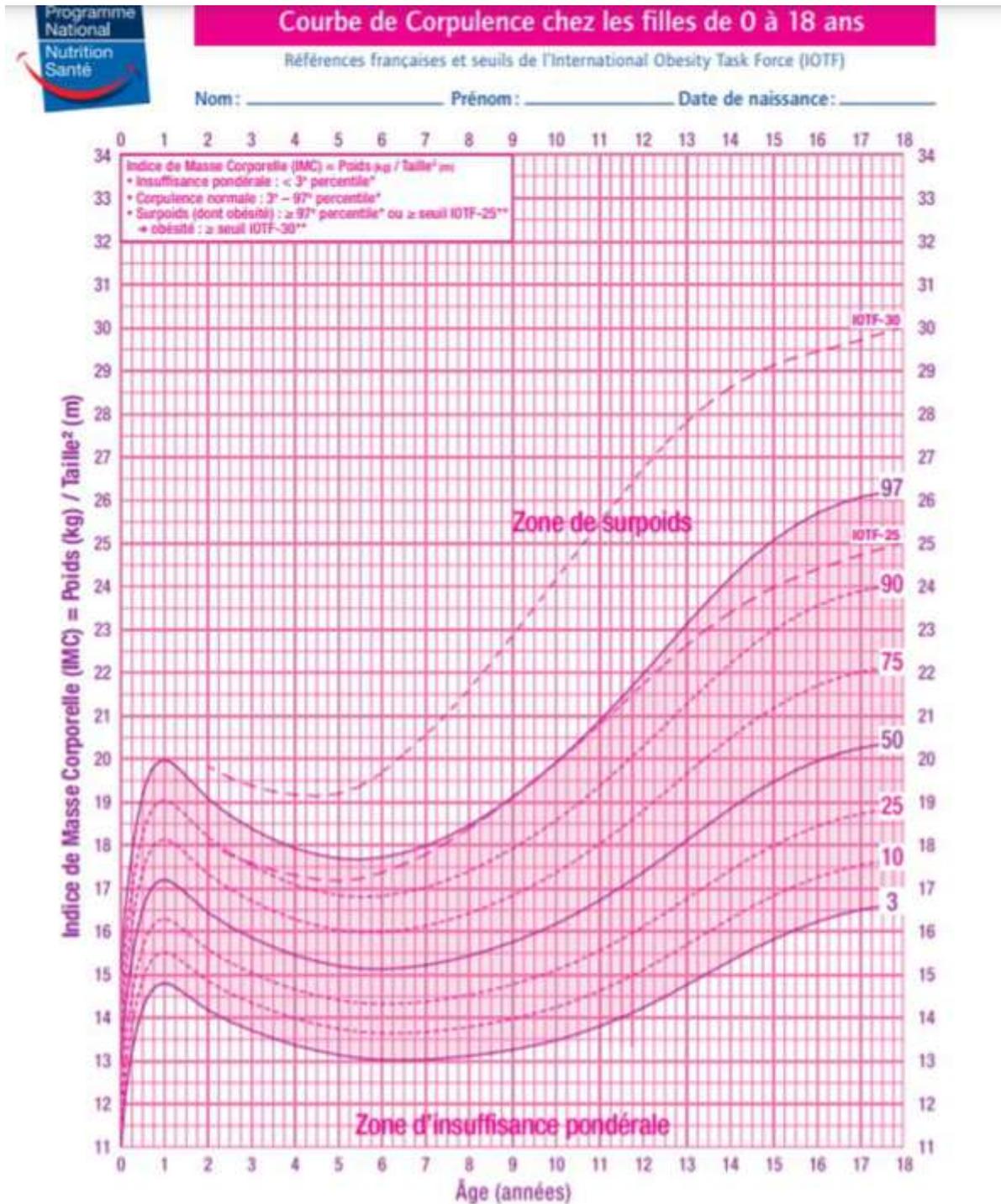
---

1. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 16 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Chiolero A, Lasserre AM, Paccaud F, Bovet P. L'obésité chez les enfants: définition, conséquences et prevalence. Rev Médicale Suisse. 16 mai 2007;3(111):1262-9.
3. Obésité - Une maladie des tissus adipeux [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>
4. Shumei Xu, Ying Xue. Pediatric obesity: Causes, symptoms, prevention and treatment (Review). Exp Ther Med. janv 2016;11(1):15-20.
5. Elisha B, Lavoie M-E, Laville M, Bastard J-P, Rabasa-Lhoret R. Physiopathologie des obésités. EMC - Endocrinol – Nutr. juill 2013;24(3):1-13.
6. Rolland-Cachera M-F. Définitions actuelles de l'obésité de l'enfant. Sang Thromb Vaiss. 1 avr 2004;16(4):187-92.
7. Bertrand X. Ministre de la Santé et des Solidarités. Douleurs Eval - Diagn - Trait. avr 2006;7(2):3.
8. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent.pdf [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2 clics\\_obesite\\_enfant\\_adolescent.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2 clics_obesite_enfant_adolescent.pdf)
9. Rolland-Cachera M-F, Thibault H. définition et évolution de l'obésité infantile. J Pédiatrie Puériculture. 1 déc 2002;15(8):448-53.
10. Thibault H, Rolland-Cachera MF. Stratégies de prévention de l'obésité chez l'enfant. Arch Pédiatrie. 2003;10(12):1100-8.
11. Matta J, Carette C, Rives Lange C, Czernichow S. Épidémiologie de l'obésité en France et dans le monde. Presse Médicale. 1 mai 2018;47(5):434-8.
12. Isnard P. La souffrance psychologique chez l'enfant et l'adolescent obèses. Médecine Clin Endocrinol Diabète. 2012;(61):18-23.
13. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Programme national nutrition santé (PNNS) - Professionnels [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>
14. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003) [Internet]. [cité 7 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003](https://www.has-sante.fr/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003)
15. Parcours de soins de l'enfant et de l'adolescent en surpoids et obèse [Internet]. [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02\\_algo\\_obesite\\_enfant\\_adolescent\\_niveaux\\_de\\_prise\\_en\\_charge.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_algo_obesite_enfant_adolescent_niveaux_de_prise_en_charge.pdf)

16. Éducation thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp)
17. Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient - Légifrance [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030135866/>
18. Tubiana-Rufi N. Éducation thérapeutique des enfants et adolescents atteints de maladie chronique. *Presse Médicale*. déc 2009;38(12):1805-13.
19. Éducation thérapeutique | Les centres spécialisés obésité de la région Centre-Val de Loire [Internet]. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.obecentre.fr/espace-pro/education-therapeutique/>
20. Chabridon G, Languérand E, Saucourt G. Entretien motivationnel. *EMC - Psychiatr*. janv 2020;36(1):1-5.
21. Davenne E, Giot JB, Huynen P. Coronavirus et COVID-19 : le point sur une pandémie galopante. *Rev Médicale Liège*. avr 2020;75(4):218-25.
22. Martin J-R. 7/10 Délégation de prise en charge en secteur libéral ou exercice regroupé. *Soins Rev Réf Infirm*. 2015;60(798):59-60.
23. Lebeau J-PD de publication, Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. *Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*. Saint-Cloud, France: Global média santé; 2021. 192 p.
24. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-4.
25. Pocket-lint. Quest-ce que Zoom et comment ça marche? Plus des trucs et astuc [Internet]. 2021 [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.pocket-lint.com/fr-fr/applications/actualites/151426-quest-ce-que-le-zoom-et-comment-ca-marche-ainsi-que-des-trucs-et-astuces>
26. Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine. 2016-1537 nov 16, 2016.
27. Fayemendy P, Jesus P, Pouchard L, Desport J-C. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles. *Cah Nutr Diététique*. 2015;50(3):142-9.
28. Gourvenec C. Pour une meilleure prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile: préparation et élaboration d'un protocole pluridisciplinaire au sein d'une équipe de soins primaires, exemple de la MSP de Retiers. :58.
29. Ronco F. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile : étude qualitative menée auprès de 10 médecins généralistes exerçant en Picardie. 15 avr 2015;66.
30. Ben Ounis O, Elloumi M, Amri M, Zouhal H, Tabka Z, Lac G. Rôle de la combinaison de la restriction calorique et de l'entraînement physique individualisé dans la prise en charge de l'obésité infantile. *Sci Sports*. 1 juill 2010;25(3):111-20.

31. Côté M. Effet de la motivation et de l'estime de soi sur l'indice de masse corporelle et la détresse psychologique au cours d'un programme de prise en charge de l'obésité chez des adolescents [Internet] [engd]. [Chicoutimi]: Université du Québec à Chicoutimi; 2014 [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://constellation.uqac.ca/2989/>
32. Ammar A, Ghammem R, Maatoug J, Ben Fredj S, Bader W, Ghannem H. L'attitude des parents influence-t-elle le risque de surpoids et d'obésité chez les adolescents ? *Ann Endocrinol.* 1 sept 2018;79(4):281.
33. Nelson K. Parental weight status and household environment affect weight status of child. 2019.
34. Strauss RS, Knight J. Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics.* juin 1999;103(6):e85.
35. Rolland-Cachera M-F, Deheeger M, Péneau S. Effets à long terme de la nutrition au début de la vie : les enseignements de l'étude ELANCE. *Cah Nutr Diététique.* 1 déc 2015;50(6):315-22.
36. Bazantay A. Surpoids et obésité de l'adolescent: expérience et évaluation d'une prise en charge pluridisciplinaire d'un groupe d'adolescents dans le cadre du REPSO et de la MDA de Tours [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2014.
37. Frasquet M. Devenir des enfants suivis pour surpoids et obésité dans le cadre du réseau REPOP Réunion entre 2006 et 2012. *Nutr Clin Métabolisme.* 1 nov 2018;32(4):307.
38. Nhingpanha-Palomba H, Chalencon V, Bonneterre V, Raynaud C, Patural H. Que deviennent 10ans après, les enfants suivis pour surpoids ou obésité ? : étude observationnelle. *Arch Pédiatrie.* 1 juill 2013;20(7):731-8.
39. Dumas De La Roque A. Vécu du programme d'éducation thérapeutique de l'obésité de l'enfant de l'hôpital de Draguignan [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2017 [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01632609>
40. Consultation spécifique de l'obésité [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://omnirat.org/>

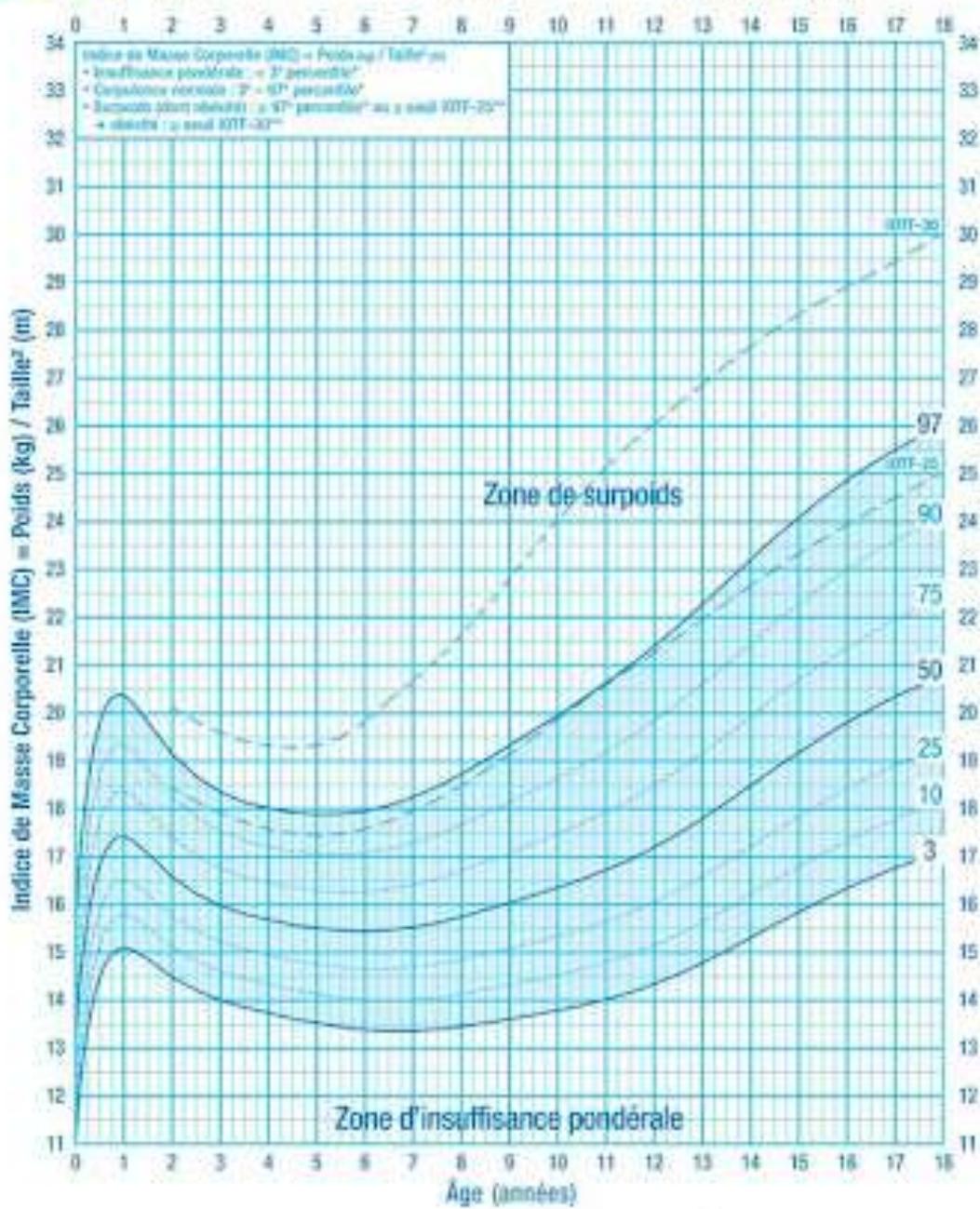
ANNEXE 1 : COURBES DE CORPULENCE DES DEUX GENRES de 0 à 18 ans jusqu'en Avril 2018



# Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement. L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Source de l'IMC : affichage des courbes de l'IMC à partir des données françaises\*\* selon les données de l'étude européenne École de la Commission du Centre International de Taille et de Poids (ICM) tenu en consultation par les données de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)\*\* adapté des valeurs 10 pour le surpoids (IOTF-10) et 20 pour l'obésité (IOTF-20) à l'âge de 18 ans.

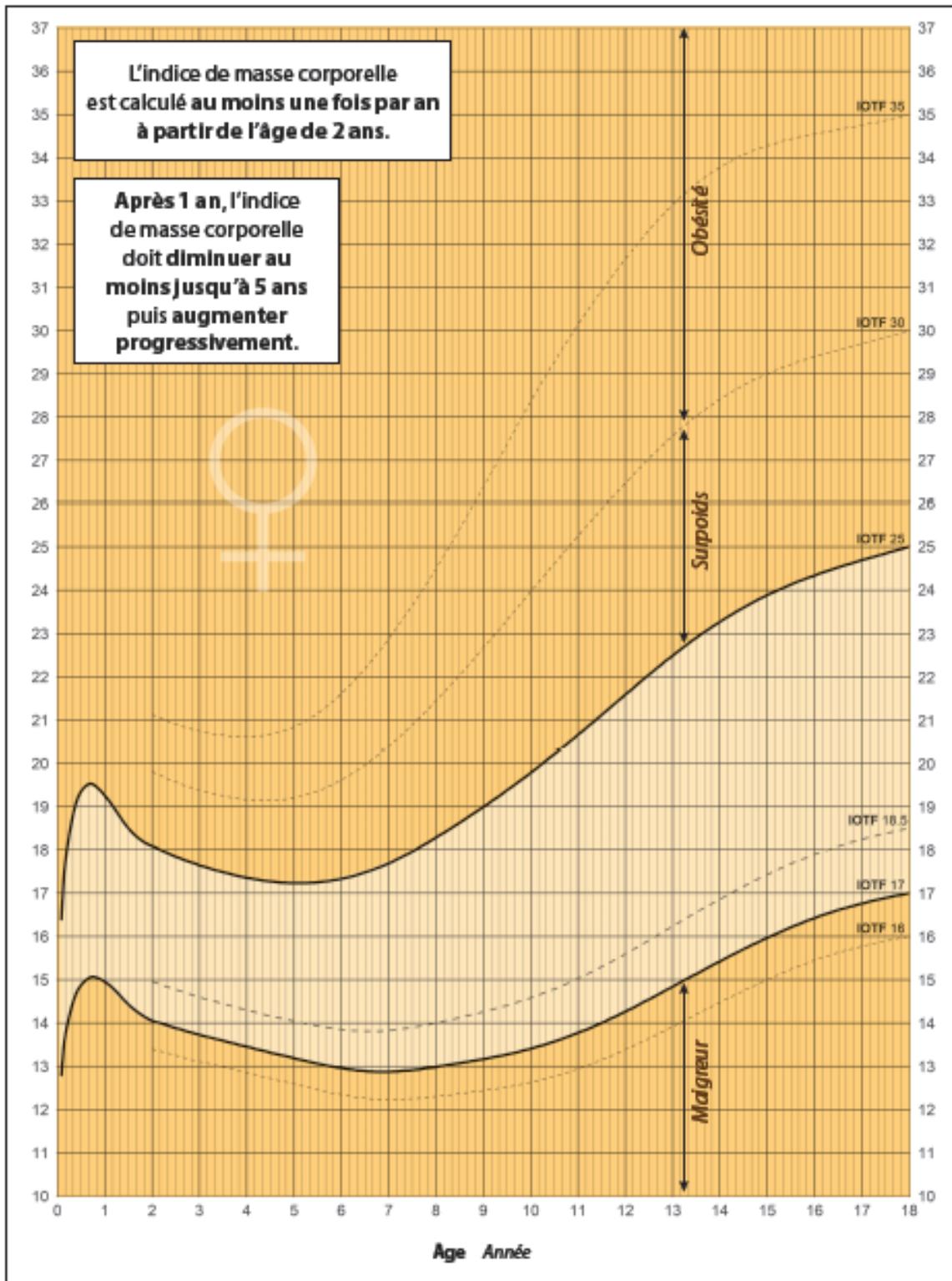
\*\* Références françaises : Réseau Coeur et Artère et C2d (Site Web 1991) 437237.

\*\* Références internationales (IOTF) : Site et call 0800 300030 (1996)



# INDICE DE MASSE CORPORELLE DES FILLES

DE 1 MOIS À 18 ANS (KG/M<sup>2</sup>)

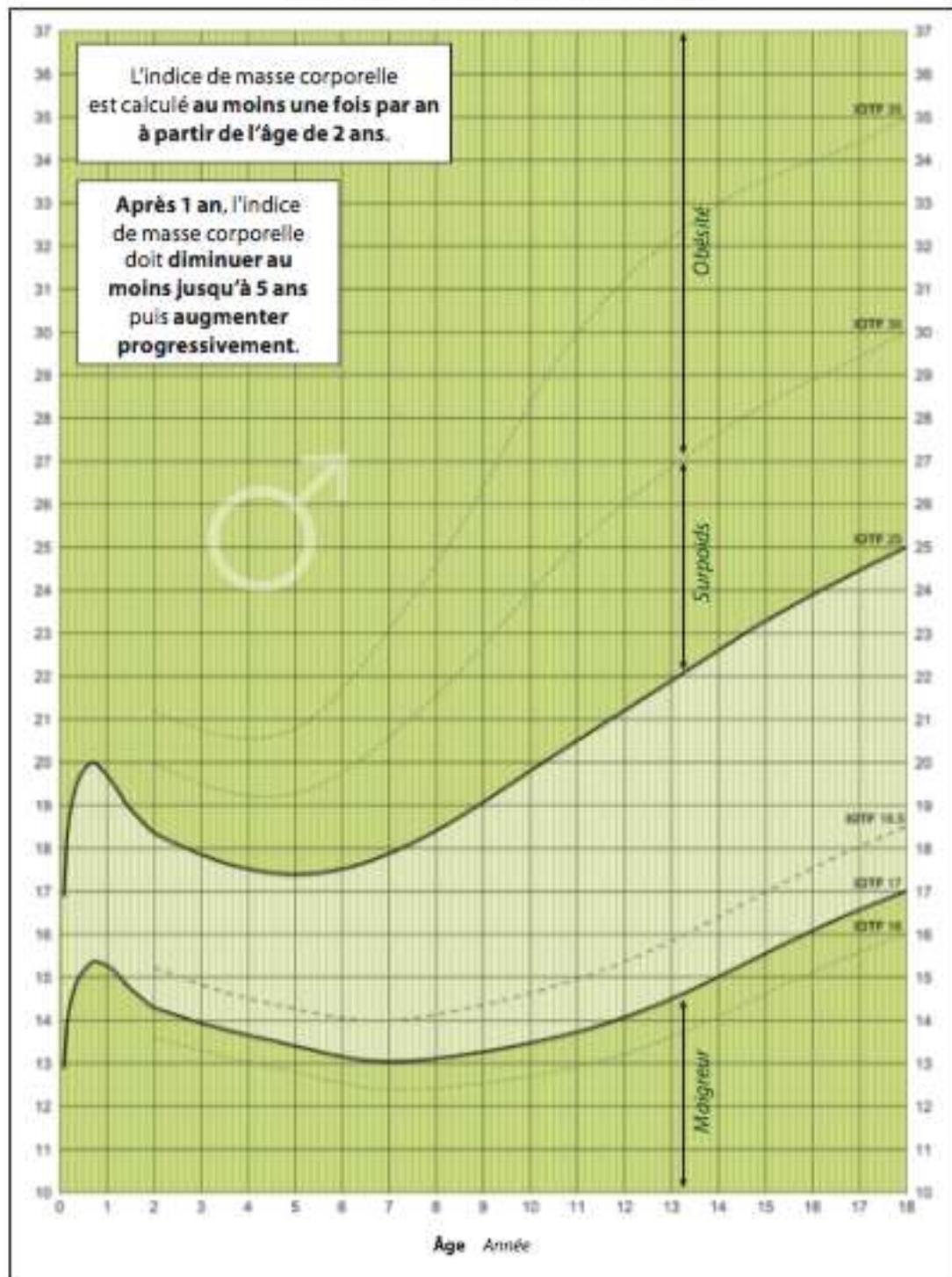


Après 2 ans : courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. *Pediatric Obesity* 2012.

Avant 2 ans : courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2 500 g suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.

# INDICE DE MASSE CORPORELLE DES GARÇONS

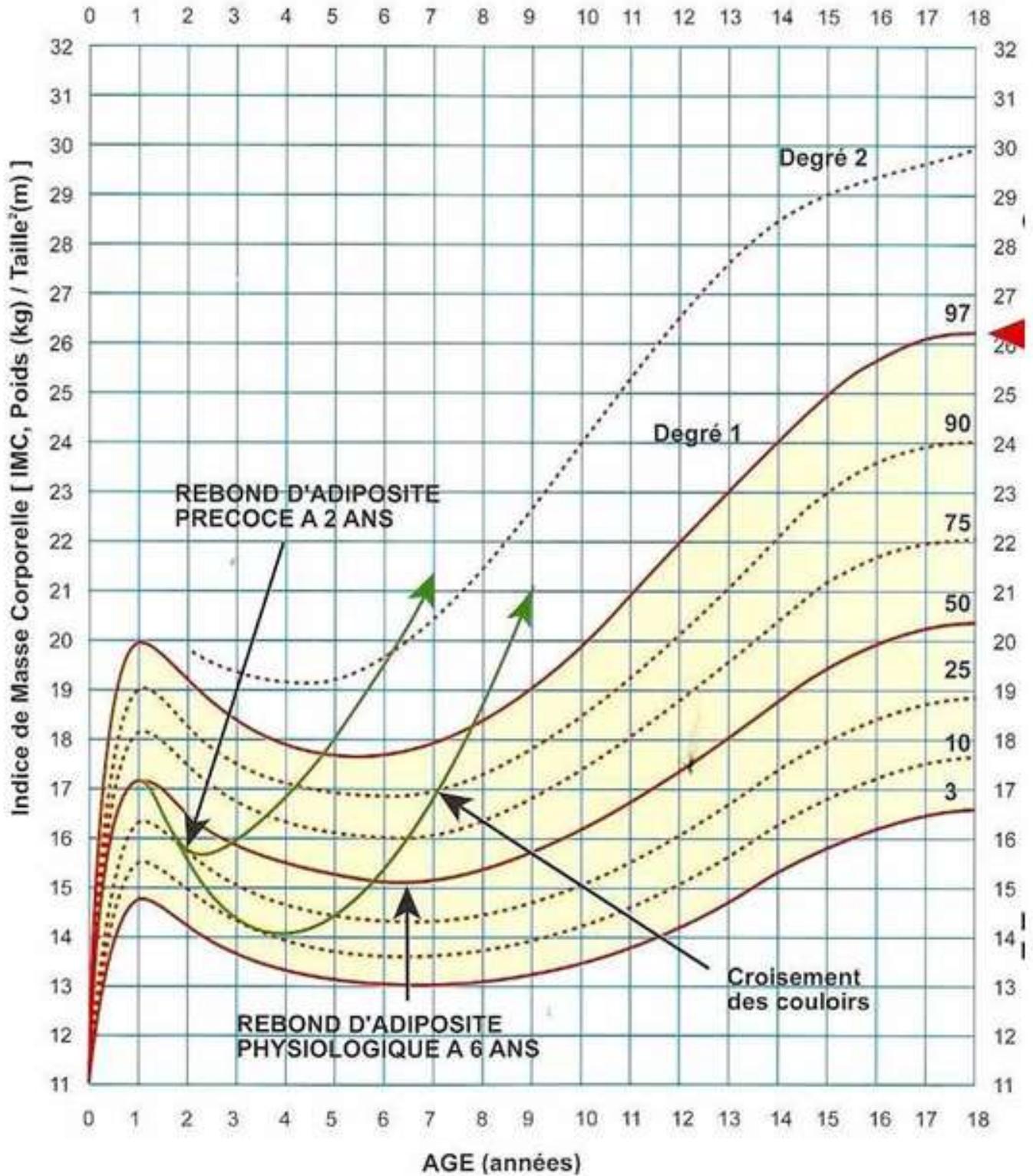
## DE 1 MOIS À 18 ANS (KG/M<sup>2</sup>)



Après 2 ans : courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. *Pediatric Obesity* 2012.

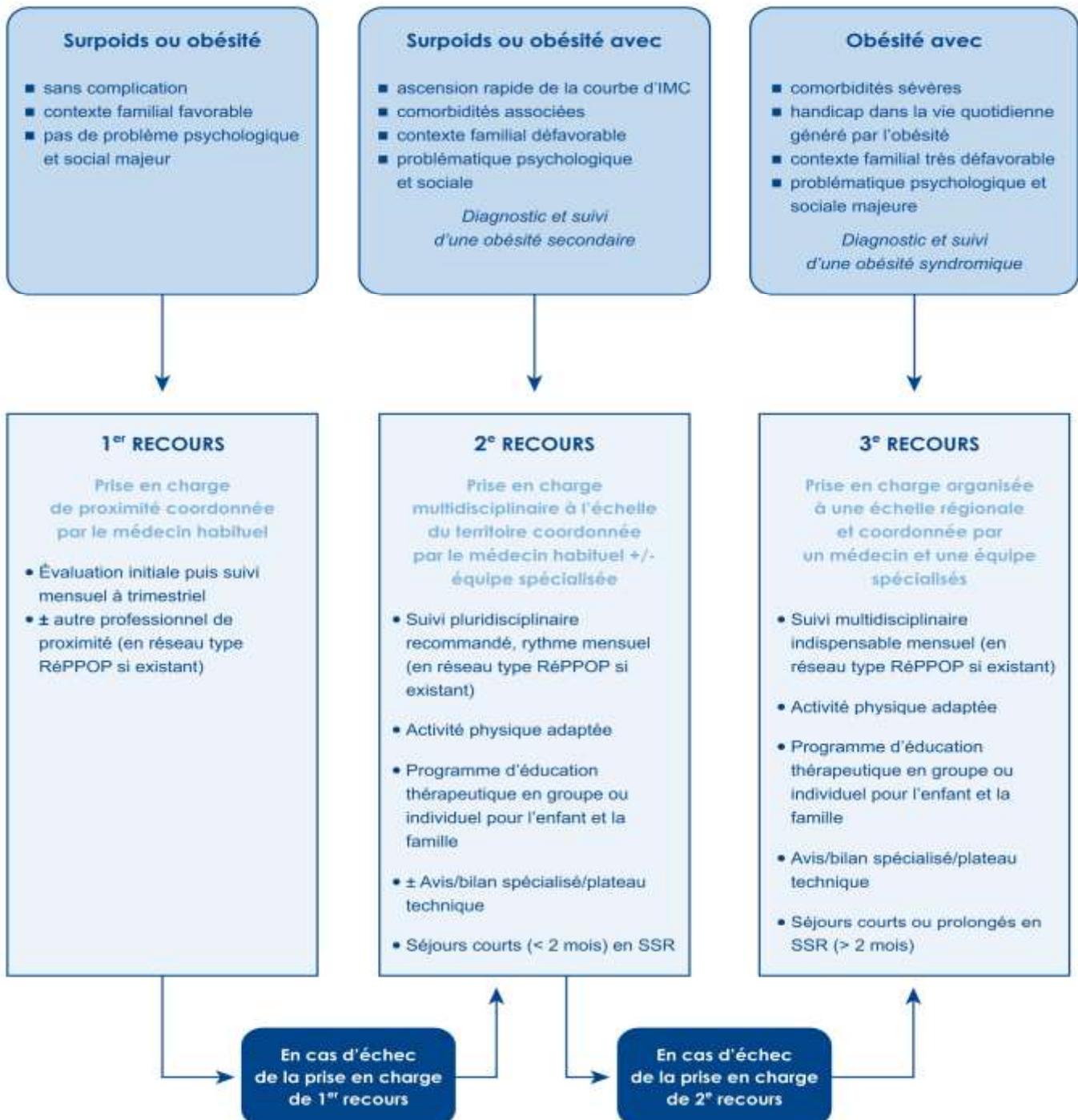
Avant 2 ans : courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2 500 g suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA - CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018.

ANNEXE 3 : REBOND D'ADIPOSITE.





Parcours de soins de l'enfant et adolescent en surpoids ou obèse



## Programme ETP Surpoids 4 séances (pédiatrie)

Réactualisé le 20 janvier 2021

Intervenant en diététique : Cécile MARIE MAGDELAINE et Anaïs MACEDO ; en activité physique : Steeven PAILLEUX, infirmières -auxiliaires d'éducation et pédiatre : Denis LECOMTE

A la fin de chaque séance : objectifs rédigés par les participants

### SEANCE 1

#### Activité physique

- Théorie : différence entre activité physique et sport
- Les recommandations
- Exercice pratique : réveil articulaire, échauffement
- Ebauche de chorégraphie

#### Thème : Bases de l'équilibre alimentaire

- Distribuer 3 docs (« Bases de l'équilibre alimentaire » + « ration/répartition » + « idées de menus »)
- Jeu « Menus.... Trouve l'erreur » pour revoir les groupes d'aliments
- Fin de séance jeu : « A tâtons la nutrition » en posant uniquement des questions en lien avec les glucides

**Fin de séance jeu** : « A tâtons la nutrition » en posant uniquement des questions en lien avec les glucides

**Fin de séance diet** : demander aux parents/enfants de préparer des questions pour la séance suivante sans restriction de thème

#### Médical

- Sensation de faim et satiété: ne manger ni trop , ni trop vite et importance du cadre

### SEANCE 2

#### Activité physique :

- Rappel sur les recommandations => astuces afin de faire de l'activité physique au domicile. Chorégraphie.

#### Thème :

- Quizz sur l'équilibre alimentaire en général
- Distribuer documents (« des idées pour associer légumes et féculents à chaque repas »)

**Fin de séance jeu** : « A tâtons la nutrition » (tous les aliments)

**Fin de séance diet** : demander aux parents/enfants de noter les menus consommés sur une semaine

#### Médical

L'indice de corpulence et courbe de croissance (carnet de santé)

### SEANCE 3

#### Activité physique :

- Tableau : les activités physiques et dépenses énergétiques (théorie)
- Activité physique à faire à la maison : type élastique bande (pratique)

### **Thème : la quantité**

- Correction des menus consommés à la maison. Evoquer
- Quizz sur le grignotage puis le goûter pour connaître la composition du goûter, trouver des alternatives pour éviter le grignotage

**Fin de séance jeu :** « A tâtons la nutrition » (tous les aliments)

### **Médical**

- Les écrans : règles pour les maîtriser, recommandations

## **SEANCE 4**

### **Activité physique :**

- Power point exo de memory (point sur les recommandations) (théorie)
- Adaptations d'exercices à la maison (pratique) ; par exemple « jeu de l'oie »

### **Thème :**

- Revoir les patients pour l'évolution alimentaire, si les objectifs sont mis en place. Puis dernière séance pour demander aux parents/enfants s'ils ont des questions.
- Distribuer document (« document synthèse sur l'équilibre alimentaire »)

**Fin de séance jeu :** « A tâtons la nutrition » (tous les aliments)

### **Médical**

Rappel : sur la stabilisation du poids

Pas de régime restrictif, respect des objectifs que l'on se fixe

## ANNEXE 6 : QUELQUES DOCUMENTS DISTRIBUES LORS DES ATELIERS D'ETP 36

### DOCUMENT 1 : Quizz équilibre alimentaire 16/12/2020 :

La lentille est un légume ?

- Vrai
- Faux

La crème fraîche est un produit laitier ?

- Vrai
- Faux

La châtaigne est un féculent ?

- Vrai
- Faux

Quel repas doit être le plus consistant ?

- Le petit déjeuner
- Le goûter
- Le dîner

Le petit déjeuner équilibré doit contenir ?

- Un produit laitier, un produit céréalier, un fruit
- Un fruit et un produit laitier
- Un fruit

Il faut manger au moins 5 fruits et légumes ...

- A chaque repas
- Par jour
- Par semaine

Les produits sucrés : on devrait ...

- Limiter la consommation
- Eviter la consommation
- Consommer librement

Il faut boire au moins ...

- 3litres d'eau par semaine
- 1 à 2litres d'eau par jour
- 3litres d'eau par jour

Pour une alimentation équilibrée, il est important de ...

- Varier les aliments
- Manger toujours les mêmes aliments
- Ne pas manger

**Éléments indispensables d'un menu équilibré (par groupes d'aliments)**

Petit déjeuner	déjeuner	Dîner
<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ <i>Un produit laitier (lait, yaourt, fromage...)</i></li> <li>☐ <i>Un féculent (pain, céréales simples, biscottes,...)</i></li> <li>☐ <i>Un fruit ou jus de fruit (pour le midi)</i></li> <li>☐ <i>Apports hydriques</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ <i>Une crudité (fruit ou légumes)</i></li> <li>☐ <i>Viande, poisson, œuf</i></li> <li>☐ <i>Légumes et/ou féculent</i></li> <li>☐ <i>Produit laitier ou fromage</i></li> <li>☐ <i>Pain</i></li> <li>☐ <i>Eau</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ <i>Une crudité (fruit ou légumes)</i></li> <li>☐ <i>Viande, poisson, œuf (en complément du midi)</i></li> <li>☐ <i>Légumes et/ou féculent</i></li> <li>☐ <i>Produit laitier ou fromage</i></li> <li>☐ <i>Pain</i></li> <li>☐ <i>Eau</i></li> </ul>
<p>☐ <i>Légumes et/ou féculent</i> ← → ☐ <i>Légumes et/ou féculent</i></p>		
<p><i>Chaque repas principal doit contenir une préparation à base de féculent (en plus du pain)</i></p>		
<p><i>Légumes cuits /féculents : soit en alternance, soit en panachage</i></p>		

Le goûter « idéal » (s'il y en a un) a la même composition que le petit-déjeuner.

**De la ration à la répartition**

La répartition « idéale » est d'environ :

☐ Petit-déjeuner : 25% (+/- 5%)

☐ Déjeuner : 40% (+/- 5%)

☐ Dîner : 35% (+/- 5%)

*Enfants et adolescents ayant une activité habituelle*

Aliments	1 à 3 ans	4 à 6 ans	7 à 9 ans	Garçons 10 à 12 ans	Garçons 13 à 15 ans	Garçons 16 à 18 ans	Filles 10 à 12 ans	Filles 13 à 18 ans
Lait <sup>½</sup> écrémé	500 ml	500 ml	500g	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml
Fromage	20g	30g	40g	40g	40g	60g	40g	40g
Viande								
Poisson	50g	70g	110g	140g	170g	200g	140g	170g
Œufs								
Pain	30g	60g	120g	140g	230g	300g	130g	160g
Féculents Poids cuit	100g	150g	250g	300g	350g	400g	250g	300g
Légumes	200g	250g	300g	350g	350g	350g	300g	350g
Fruits	250g	300g	300g	300g	300g	300g	300g	300g
Beurre	15g	15g	20g	25g	30g	35g	20g	25g
Huile	10g	15g	20g	20g	20g	25g	20g	25g
Sucre (maximum)	30g	35g	50g	50g	55g	70g	50g	55g
soit	1100 kcal	1 400 Kcal	1900 Kcal	2100 Kcal	2500 Kcal	3000 Kcal	2000 Kcal	2300 Kcal

### METHODE DES 7 QUESTIONS

#### 1- Quelle est ma question initiale ?

Ma question initiale est « quel est l'impact de la participation aux ateliers d'éducation thérapeutique du Centre Hospitalier de Châteauroux sur le suivi du surpoids infantile par les médecins traitants ? »

#### 2- Comment suis-je venue à me poser cette question ?

Le surpoids et l'obésité peuvent favoriser l'émergence ultérieure de troubles métaboliques qui représentent une part considérable des dépenses de santé. Plusieurs études ont montré l'intérêt d'une prise en charge précoce. Le médecin généraliste occupe une place privilégiée en tant que médecin traitant, c'est le professionnel de santé qui est au plus proche des enfants, avec le pédiatre.

Il est donc le plus à même à dépister et initier une prise en charge et d'en suivre l'évolution. En effet, plusieurs études ont montré l'intérêt d'un suivi au long cours.

Les ateliers d'éducation thérapeutique permettent de constituer un socle de connaissance, en donnant des points de repère. Les séances sont réalisées sur une période limitée. Il est important qu'il y ait un relai fait en ambulatoire et si possible sur du long terme.

L'objectif de mon travail de recherche est d'explorer comment les médecins traitants interrogés investissent ce rôle.

#### 3- Si j'étais moi-même interrogée, quelle serait ma réponse ?

En tant que jeune médecin remplaçante, je n'ai pas suffisamment de recul au sein de la patientèle que je suis. Je n'ai pas le souvenir d'avoir eu des enfants ayant assisté à des ateliers d'éducation thérapeutique. Les quelques enfants en surpoids et ou en obésité que j'ai eu à voir en consultation ma prise en charge est la suivante : Je fais une enquête de l'hygiène de vie, alimentation et activité physique, afin d'identifier les aspects qui pourraient être améliorés et j'en discute avec les parents et l'enfant. Par la suite, je les oriente vers le diététicien de la maison de santé afin d'avoir une approche plus fine et je leur demande de reprendre rendez-vous avec moi dans 3 mois afin de refaire le point. Ma démarche est calquée sur le suivi du Diabète de type 2.

#### 4- Pourquoi suis-je convaincue que cette question est pertinente ?

Etant donné les répercussions en termes de morbi-mortalité, il me semble pertinent d'explorer le positionnement des professionnels de santé que nous sommes dans la prise en charge de cette problématique.

#### 5- Quelles réponses est-ce que j'attends des participants ?

Je n'ai pas de réponse précise attendue. J'aimerais explorer comment ils se saisissent de cette offre de soins que sont les ateliers d'éducation thérapeutique.

#### 6- Quelles réponses est-ce que je n'attends pas des participants ?

Là encore, je démarre l'exploration sans a priori ni idée reçue. Toutes les réponses sont recevables tant qu'elles sont argumentées.

#### 7- Quelle est finalement ma question de recherche ?

Ma question de recherche est : « Comment les médecins généralistes se positionnent-ils dans le suivi des enfants qui participent au programme d'éducation thérapeutique sur le surpoids au Centre Hospitalier de Châteauroux »

# LETTRE D'INFORMATION

Chère consœur, cher confrère,

Je suis Mlle NOUBOUG MEPO Christelle, médecin généraliste.

Je réalise actuellement ma thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine générale.

Vous avez été contacté car, un ou plusieurs de vos patient(s)/patiente(s) mineur (es) a eu à participer aux ateliers d'éducation thérapeutique au CH de Châteauroux.

Mon travail de recherche a pour thématique la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile, sous la direction du Dr Denis LECOMTE, pédiatre au CH de Châteauroux.

Cette étude ne comporte aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre.

Votre participation à cette étude est faite sur la base du volontariat.

## ▪ En quoi consiste votre participation à l'étude ?

Il s'agit de participer à un entretien individuel, enregistré par dictaphone, au cours duquel nous échangerons ensemble sur votre expérience dans le suivi de vos patients mineurs en surpoids ou obèse.

J'aimerais connaître votre expérience telle que vous la vivez. Il n'y aura pas de bonne ni de mauvaise réponse, il ne fera pas appel à vos connaissances.

Cet entretien aura une durée variable de 30 minutes à 1 heure, adaptable selon vos disponibilités.

## ▪ Où et quand ?

Je vous laisserai la liberté de choisir la date, l'heure et le lieu de cet entretien dans la limite du département d'Indre. Il pourra se tenir en présentiel, au sein de votre cabinet, dans d'autre endroit selon votre convenance ou en distantiel par le biais d'une conférence ZOOM.

## ▪ Mentions légales

Votre nom n'apparaîtra jamais dans l'étude et votre confidentialité est garantie. Il n'y aura aucune participation financière de votre part.

Votre consentement sera nécessaire pour participer.

Si vous acceptez de participer à un entretien, vous pouvez me contacter à l'adresse mail [christelle.nouboug@gmail.com](mailto:christelle.nouboug@gmail.com) ou par téléphone au 06 46 47 94 24 afin qu'on puisse l'organiser.

A l'issue de l'étude, si vous le souhaitez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

## LETTRE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicité (e) pour participer au projet de recherche en santé :

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement l'investigateur.

J'ai été informé (e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leur responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Lieu et Date :

Signature :

# ANNEXE 10 : GUIDE DE L'ENTRETIEN SEMI DIRIGE

## VERSION INITIALE

### Etude qualitative

Méthode : Théorisation ancrée

#### **TITRE :**

L'impact de la participation des patients aux ateliers d'éducation thérapeutique au CH de Châteauroux dans le suivi du surpoids et de l'obésité infantile par les médecins généralistes.

#### **OBJECTIF :**

Explorer l'impact de la participation des patients aux ateliers d'éducation thérapeutique sur le suivi du surpoids et de l'obésité infantile par leurs médecins généralistes.

#### **AMORCE :**

Avant tout, merci d'avoir accepté de m'accorder votre temps pour cet entretien. Je suis christelle NOUBOUG, médecin généraliste. Je réalise ma thèse sur le surpoids et l'obésité infantile et sa prise en charge. Vous avez été contacté car vous avez eu au moins un patient qui a participé aux ateliers d'éducation thérapeutique du CH de Châteauroux. Je souhaiterais pouvoir discuter avec vous de cette expérience.

Pour cela, avec votre accord, je vais vous poser quelques questions ouvertes, afin de laisser le plus possible de liberté dans vos réponses.

Cette séance sera enregistrée. Il est possible que je prenne quelques notes au fur et à mesure de l'entretien. J'analyserai ensuite ce qui a été dit de manière totalement anonyme.

#### **DONNEES STATISTIQUES**

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel.

Genre / âge / année d'installation/ environnement : rural, semi rural, urbaine/ type d'activité : installation individuelle, en collaboration, en MSP, en PMI, autres

#### **RECRUTEMENT DES PATIENTS**

Avez-vous en mémoire un patient qui a récemment participé aux séances d'éducation thérapeutique du CH de Châteauroux ?

Comment s'est décidé l'orientation de ce patient vers l'ETP ?

#### Si décision non prise par le MG :

Avez-vous eu à discuter de cette décision avec le patient et sa famille ?

si oui, comment s'est déroulée la discussion.

Si non, quel a été votre ressenti par rapport à cette décision ?

#### Si décision prise par le MG :

Comment vous sentiez vous durant cette consultation ?

Quelle est la place des parents dans cette discussion ?

Quelles difficultés avez rencontrés pour convaincre le patient ? les parents ?

### **ATELIER D'ETP**

Pouvez-vous me décrire l'idée que vous avez du déroulement des ateliers d'ETP ?

Comment vous les présentez aux patients ?

Comment se passe la communication autour de ces ateliers

Avec l'équipe de l'ETP ?

Avec les patients ? (Enfant et parent)

Etes-vous satisfait des échanges autour de ces ateliers ?

### **AU DECOURS DE L'ETP**

Pouvez-vous me parler du ressenti des patients à la suite de la participation à ces ateliers ? et les parents ?

Comment s'organise la prise en charge du patient à la suite de ces séances ?

Comment décririez-vous l'impact de la participation à ces ateliers sur le suivi que vous faites de ces enfants ?

### **SUIVI A LONG TERME**

Comment se passe le suivi à long terme de ces patients ?

Percevez-vous une valeur ajoutée sur le patient au fait qu'il ait assisté à des ateliers d'éducation thérapeutique ?

Si oui, Comment est-elle perçu ?

Si non, pouvez-vous me décrire comment vous poursuivez la prise en charge du surpoids ou de l'obésité ?

Avez-vous une formation spécifique en nutrition (DIU/DU autres ...)

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Je vous remercie de m'avoir accordé ce temps d'entretien.

Etude qualitative

Méthode : Théorisation ancrée

**TITRE :**

L'impact de la participation des patients aux ateliers d'éducation thérapeutique au CH de Châteauroux dans le suivi du surpoids et de l'obésité infantile par les médecins généralistes.

**OBJECTIF :**

Explorer l'impact de la participation des patients aux ateliers d'éducation thérapeutique sur le suivi du surpoids et de l'obésité infantile par leurs médecins généralistes.

**AMORCE :**

Avant tout, merci d'avoir accepté de m'accorder votre temps pour cet entretien. Je suis christelle NOUBOUG, médecin généraliste. Je réalise ma thèse sur le surpoids et l'obésité infantile et sa prise en charge. Vous avez été contacté car vous avez eu au moins un patient qui a participé aux ateliers d'éducation thérapeutique du CH de Châteauroux. Je souhaiterais pouvoir discuter avec vous de cette expérience.

Pour cela, avec votre accord, je vais vous poser quelques questions ouvertes, afin de laisser le plus possible de liberté dans vos réponses.

Cette séance sera enregistrée. Il est possible que je prenne quelques notes au fur et à mesure de l'entretien. J'analyserai ensuite ce qui a été dit de manière totalement anonyme.

**DONNEES STATISTIQUES**

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel.

Genre / âge / année d'installation/ environnement : rural, semi rural, urbaine/ type d'activité : installation individuelle, en collaboration, en MSP, en PMI, autres

**RECRUTEMENT DES PATIENTS**

Avez-vous en mémoire un patient qui a récemment participé aux séances d'éducation thérapeutique du CH de Châteauroux ?

Comment s'est décidé l'orientation de ce patient vers l'ETP ?

Si décision non prise par le MG :

Avez-vous eu à discuter de cette décision avec le patient et sa famille ?

si oui, comment s'est déroulée la discussion.

Si non, quel a été votre ressenti par rapport à cette décision ?

Si décision prise par le MG :

Comment vous sentiez vous durant cette consultation ?

Quelle est la place des parents dans cette discussion ?

Quelles difficultés avez rencontrés pour convaincre le patient ? les parents ?

## ATELIER D'ETP

Pouvez-vous me décrire l'idée que vous avez du déroulement des ateliers d'ETP ?

Comment vous les présentez aux patients ?

Comment se passe la communication autour de ces ateliers

Avec **le médecin de l'ETP** ?

Avec les patients ? (Enfant et parent)

Etes-vous satisfait des échanges autour de ces ateliers ?

## **PRISE EN CHARGE HABITUELLE**

- **Quel est votre prise en charge habituelle du surpoids et de l'obésité infantile ?**
- **Est-ce que vous travaillez en collaboration avec une IDE ASALEE ou un Diététicien ?**  
**Si oui : comment se font échanges avec elles/eux ?**

## **AU DECOURS DE L'ETP**

Pouvez-vous me parler du ressenti des patients à la suite de la participation à ces ateliers ? et les parents ?

**Une fois le programme terminé, est ce que vous revoyez les patients ?**

**Même si le délai est assez court**, comment décririez-vous l'impact de la participation à ces ateliers sur le suivi que vous faite de ces enfants ?

## **SUIVI A LONG TERME**

Comment se passe le suivi à long terme de ces patients ?

Percevez-vous une valeur ajoutée sur le patient au fait qu'il ait assisté à des ateliers d'éducation thérapeutique ?

Si oui, Comment est-elle perçu ?

Si non, Pouvez-vous me décrire comment vous poursuivez la prise en charge du surpoids ou de l'obésité ?

Avez-vous une formation spécifique en nutrition (DIU/DU autres ...)

**Avez-vous des suggestions pour améliorer /optimiser l'efficacité de ces ateliers ?**

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Je vous remercie de m'avoir accordé ce temps d'entretien.

## ANNEXE 11 : PROPRIETES / 185 CODES

### MG 1

Manquer d'information sur la prise en charge de mes patients

Etablir un parcours de soins

Déléguer la prise en charge

Identifier les personnes à risques au sein de ma patientèle

Faire un suivi familial

Rechercher l'adhésion des patients

Avoir un déficit de communication avec l'équipe de l'ETP

Identifier des attentes surréalistes

Préconiser une implication de tous les membres d'un foyer

Identifier les facteurs permettant une harmonie au sein d'une famille

Ne pas pouvoir avoir de suivi régulier

Être attentif au développement staturopondéral des enfants

Être attentif à ma patientèle

Avoir identifié les causes de la problématique du poids au sein d'une famille

Avoir un suivi systématique

Identifier les freins à l'initiation d'un parcours de soins

Identifier la complexité d'un suivi

Être conscient de la complexité de communication avec les adolescents

Être bienveillant

Prendre en considération la responsabilité parentale

Evaluer l'autonomie de l'enfant

Identifier l'organisation d'une famille

Savoir communiquer

Être bienveillant

Analyse l'interaction parent – enfant

Valoriser les moments de prise alimentaire

Travailler sur les différentes dimensions de l'alimentation

Être bienveillant

Faire face au déni des familles

Savoir communiquer

Identifier les difficultés

Être bienveillant

Avoir conscience du déficit de l'offre de soin  
Maintenir la motivation sur la durée est difficile  
Modifier les habitudes alimentaires est laborieux pour les familles  
Identifier les freins à la modification des comportements alimentaires  
Manquer d'information sur le programme d'éducation thérapeutique suivi par mes patients  
Manquer de communication avec l'équipe des ateliers d'ETP  
Manquer d'information sur le programme d'ETP  
Ne pas faire de suivi spécifique du surpoids  
Être limité dans les possibilités de créneaux de consultation  
Faire face à plusieurs motifs de consultation  
Prendre le temps d'identifier un problème en consultation  
Ne pas être sollicité par les familles  
Prioriser d'autres motifs de consultation  
Recueillir le témoignage d'une expérience décrite comme agréable  
Evaluer les marqueurs objectifs de l'obésité  
Espérer des répercussions à long terme  
Être conscient des carences éducatives en matière de diététique  
Avoir une approche bienveillante  
Identifier des difficultés à la prise en charge  
Identifier les situations complexes dû à l'obésité  
Identifier les atouts de la participation aux ateliers d'éducation thérapeutique  
Explorer les répercussions secondaires du surpoids  
Garder un raisonnement scientifique  
Avoir de l'empathie  
Avoir conscience de la complexité de la problématique  
Avoir conscience de la difficulté à changer des habitudes  
Identifier les difficultés pouvant survenir dans la communication avec les familles  
J'essaie de ne pas être insistant lorsqu'il y a un problème de poids

## **MG2**

Déléguer la prise en charge  
Discuter avec le patient  
Proposer une offre de soins  
Avoir une approche bienveillante  
Valoriser les ateliers d'éducation thérapeutique

Ne pas être informé dans les temps  
Manquer de communication  
Décrocher du suivi  
Identifier les facteurs aggravant le surpoids  
Être à l'écoute du patient  
Organiser la prise en charge du surpoids  
Diversifier les offres de soins  
Être motivé  
Manquer d'information

### **MG3**

Déléguer la prise en charge du surpoids  
Valoriser les offres de soins  
Manquer d'information  
Organisation de la continuité des soins  
Evaluer une offre de soins  
S'adapter aux attentes des patients  
Ne pas pouvoir faire de suivi du fait de la rareté des consultations avec la patiente  
Ne pas être sollicité  
Organiser sa prise en charge du surpoids  
Envisager une réorganisation de sa pratique  
Ne pas recevoir d'information  
Organiser un parcours de prise en charge

### **MG4**

Être bienveillant  
Différencier la motivation de la famille et celle du patient  
Identifier les freins à l'obtention de résultat  
Considérer la responsabilité parentale  
Identifier les difficultés  
Evaluer la motivation  
Valoriser les offres de soins  
Manquer de communication  
Identifier les facteurs favorisant l'obtention de résultat

Identifier l'intérêt d'un encadrement  
Ne pas pouvoir objectiver de résultat  
Recueillir un témoignage  
Ne pas mettre en place de suivi particulier  
Organisation du parcours de soins  
Questionner sa pratique  
Faire une évaluation objective  
Passer la main dans le suivi du surpoids  
Identifier des difficultés  
Manquer d'outils de mesure  
Evaluer une offre de soins  
Manquer d'éléments pour évaluer l'efficacité des ateliers d'éducation thérapeutique  
Perdre de vue des patients  
Construire sa pratique quotidienne  
Oublier l'existence d'une offre de soins  
Manquer de communication  
Manquer d'information  
Manquer d'information  
Promouvoir une offre de soins  
Diffuser l'information

## **MG 5**

Organiser un parcours de soins  
Déléguer la prise en charge  
Fournir des efforts sur le long terme  
Organiser un parcours de soins  
Identifier les facteurs favorisant la prise en charge  
Avoir conscience des difficultés à maintenir la motivation  
Manquer d'information  
Ne pas avoir d'information  
Suivre un parcours de soins  
L'implication parentale s'adapte à la maturité infantile  
Ne pas se remémorer l'information

Les familles limitent les rendez-vous multiples

Transfert du suivi

Mesurer l'efficacité

Optimiser les rendez-vous médicaux

Avoir une approche bienveillante

Identifier les moteurs de la prise en charge

Identifier les facteurs limitant le recours au médecin traitant

Favoriser une prise en charge familiale

## **MG 6**

Déléguer la prise en charge

Avoir une approche ciblée

Hiérarchiser les items abordés en consultation

Manquer d'information

Ne pas avoir l'information

Ne pas avoir connaissance de l'existence d'une offre de soins

Ne pas recevoir d'information

Organisation du suivi du patient

Améliorer le partenariat Hôpital – Ville

Evaluer les ateliers d'ETP

Identifier les moteurs de réussite

L'accessibilité est un facteur influençant la motivation

Ne pas poursuivre le suivi

Organiser un parcours de soins

Renforcer le partenariat avec l'hôpital

## **MG 7**

Déléguer la prise en charge

Ne pas être sollicité dans une prise de décision

Ne pas être informé

Avoir une approche bienveillante

Manquer de communication

Prioriser des motifs de consultation

Ne pas être consulté

Être pragmatique dans sa pratique

Identifier les obstacles

Identifier les freins à la prise en charge

Avoir conscience des facteurs limitants

Ne pas interagir avec les partenaires de soins dans la prise en charge

Identifier les obstacles au maintien de la motivation des patients

Modulation de l'implication parentale

Evaluer les résultats

Ne pas avoir eu l'opportunité de suivre une patiente

Être optimiste dans l'amélioration possible de l'offre de soins

### **MG8**

Situer un symptôme dans un contexte

Déléguer la prise en charge

Accompagner le patient vers un objectif

Ne pas être informé

Suivre un parcours de soins

Manquer de communication

Ne pas mettre en place de suivi spécifique

Diversifier l'offre de soins

Avoir une approche bienveillante

Organiser une prise en charge de proximité

Travailler en collaboration

Organiser un parcours de prise en charge

Être sensible aux émotions du patient

Avoir un retour d'expérience des parents

Evaluation de l'impact de la participation aux ateliers

Renforcement du message par plusieurs professionnels de santé

Manquer d'opportunité en consultation

Valoriser un message par différents professionnels de santé

Entretenir la motivation des patients

Identifier les failles

Vu, les Directeurs de Thèse

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

## NOUBOUG MEPO Christelle

79 pages – 1 tableau

### Résumé :

**INTRODUCTION :** Le surpoids est une maladie chronique évolutive complexe définie par un excès de masse grasse. Il est associé à un risque accru des maladies cardio- métaboliques et de certains cancers.

La période de croissance est une période cruciale qui influe très largement sur la corpulence adulte.

La Haute Autorité de santé a émis des recommandations à ce sujet à chez l'enfant et l'adolescent. Elles sont basées sur le principe de l'éducation thérapeutique (ETP) organisés en trois niveaux suivant l'importance de l'obésité et l'environnement de l'enfant concerné.

L'objectif de ma thèse est d'explorer le vécu des médecins généralistes concernant le suivi de leurs patients ayant participé aux ateliers d'éducation thérapeutique du Centre Hospitalier de Châteauroux, correspondant au niveau II de prise en charge.

**METHODE :** Une étude qualitative a été menée, inspirée de la méthode par analyse par théorisation ancrée. Huit entretiens ont été menés auprès de médecins généralistes du département de l'Indre.

L'analyse ouverte a permis de mettre en évidence des propriétés avec cent quatre-vingt-cinq codes.

L'analyse axiale a permis de faire émerger sept catégories : la communication, la vigilance, l'organisation des soins, l'approche centrée patient, l'entourage, la pertinence de la prise en charge et le vécu du patient.

**RESULTATS / DISCUSSION :** De manière générale, les médecins interrogés n'ont pas suffisamment organisé une continuité de soins à la suite de la participation aux ateliers d'éducation thérapeutique du Centre Hospitalier de Châteauroux. Les principales raisons qu'ils évoquent sont le fait que les enfants soient très peu vus en consultations de manière générale, le manque d'information sur le fonctionnement des ateliers d'ETP 36 et la disparité de l'offre de soins dans le département.

**CONCLUSION :** Ce travail a permis de mettre en évidence la nécessité d'un renforcement du réseau de soins ville- hôpital. Le descriptif du programme pédiatrique ETP 36 sera dorénavant envoyé aux praticiens. Les objectifs éducatifs rédigés à chaque séance par l'enfant constitueront un fil conducteur précieux pour l'ensemble de la prise en charge.

**Mots clés :** Surpoids infantile, ateliers d'éducation thérapeutique, prise en charge et suivi surpoids infantile, ressenti des médecins traitants

### Jury :

Président du Jury : Professeur Régis HANKARD

Directeur de thèse : Docteur Denis LECOMTE et Docteur Mary LEBLEU

Membres du Jury : Professeur Pierre-Henri DUCLUZEAU

Docteur Sabine MALA HERBAU

Docteur Adrien DUMAS

Date de soutenance : 26 Novembre 2021