

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2018

N° : 94

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention Médecine générale

PAR

GEROMIN Thomas
Né le 22/11/1988 à Narbonne

**Etude des pratiques des médecins généralistes dans le programme de
prise en charge coordonnée des enfants obèses et en surpoids à
Strasbourg (PRECCOSS)**

Président de thèse : Professeur Alain PRADIGNAC

Directeur de thèse : Docteur Alexandre FELTZ

Remerciements

A mon président de thèse, Monsieur le Professeur Alain Pradignac,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de présider mon travail de thèse. Soyez assuré de ma considération et de mon plus profond respect.

A mon maître et juge, Monsieur le Professeur Vincent Laugel,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Merci pour l'intérêt que vous avez témoigné à ce travail.

A mon maître et juge, Monsieur le Professeur Patrick Ohlmann.

C'est un grand honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Alexandre Feltz,

Merci de m'avoir soutenu dans mon travail, et de m'avoir enseigné la pratique de la médecine générale lors de mon stage dans votre cabinet. Je tiens à vous exprimer toute ma reconnaissance.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude. Je vous suis reconnaissant d'avoir pris le temps de me recevoir et de vous être investi sur le thème du surpoids et de l'obésité de l'enfant.

Je dédie cette thèse

A mes parents Françoise et Emile,

Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises, pour votre amour et votre support infailibles.

A ma grande sœur Aude,

Pour tes encouragements, ta confiance envers moi

A ma femme Christina,

Pour ton amour, ton soutien, tes conseils et tes attentions superbes lors de ce travail et pour tout le reste, je suis fier de t'être ton mari.

.

A ma fille Eléonore, qui m'apporte un bonheur inconditionnel chaque jour.

A mes amis de la faculté de Montpellier, éparpillés en France dans leur spécialité, et qui m'ont permis de profiter de ces années d'études.

A mes amis de l'internat de la faculté de Strasbourg : les mousquetaires Charles et Thierry, mais aussi Laure et Richard, Pierre-Marie et Mélissa, Claire et Pierre-Henri, Géraldine et Alexis, à l'équipe des urgences du NHC : Pauline, Caroline, Martin, Nadia, Rebecca, Mathilde, Marie, Martin, Gauthier et à tous ceux que j'oublie

A mes confrères du cabinet des Vosges Gwenaël, Alexis, Patrick et Loïc

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

1. Surpoids et Obésité infantile	9
1.1 Définitions	9
1.2 Diagnostic	9
1.3 Repères épidémiologiques	10
1.4 Facteurs de risques ou protecteurs associés au surpoids et à l'obésité infantile.....	11
1.5 Complications et comorbidités.....	15
1.6 Recommandations de prise en charge	16
2. Les programmes de santé publique dans la lutte contre l'obésité et le surpoids de l'enfant de l'échelle nationale à l'échelle locale PRECCOSS.	17
2.1 Le Programme National Nutrition Santé	17
2.2 Les réseaux de santé en France	18
2.3 PRECCOSS (Prise en Charge Coordonnée des Enfants Obèses et en Surpoids à Strasbourg)	20
3. Le médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile(1).....	21
3.1 Définition du rôle de médecin généraliste (définition WONCA)	21
3.2 Législation	21
3.3 La majorité des enfants sont suivis par un médecin généraliste	21
4. Problématique et objectifs de l'étude	22
METHODOLOGIE	24
1. Familiarisation avec le matériau	24
2. Le choix de la méthode de recherche qualitative	24

3. Entretiens compréhensifs semi-dirigés	24
4. Guide d'entretien	25
5. Population : Echantillonnage	25
6. Retranscription	25
7. Analyse	26
RESULTATS :	27
1. Population de l'étude	27
2. Perceptions du programme	29
2.1 Un soutien de l'action du médecin généraliste	29
2.2 Un nouvel espoir.....	30
2.3 PRECCOSS est adapté aux soins primaires	30
2.3.1 <i>Proximité</i>	30
2.3.2 <i>Gratuité</i>	31
2.3.3 <i>Simplicité de prescription</i>	32
2.4 PRECCOSS, alternative et complément à la prise en charge à l'hôpital	33
2.5 Médecins généralistes et médecine en réseaux : une question générationnelle ?	35
2.6 Dans l'attente de résultats, le modèle PRECCOSS n'est-il qu'une « utopie » ?	36
2.7 PRECCOSS un dispositif facilitant l'accès au soin mais générateur d'inégalités ?	37
3. L'appropriation du programme par les médecins généralistes	39
3.1 Outil d'orientation et de suivi :	39
3.2 Le médecin se désinvestit de la prise en charge du patient	40
3.3 Promotion (éducation) de la santé au sein de la consultation	41
3.4 Influences sur la pratique.....	43

3.5 Les limites perçues.....	44
3.5.1 <i>Les limites d'âge d'inclusion</i>	44
3.5.2 <i>La nécessité d'une prise en charge familiale</i>	45
3.5.3 <i>Communication entre médecin et réseau de santé</i>	46
4 Les freins dans la prise en charge de l'obésité infantile perçus par le généraliste	47
4.1 Concernant le médecin.....	47
4.1.1 <i>Le ressenti du médecin : la « spirale d'échecs »</i>	47
4.1.2 <i>Connaissances</i>	48
4.1.3 <i>Le mode de consultation</i>	49
4.2 Les familles	51
4.2.1 <i>Des perceptions différentes du surpoids et de l'obésité par le médecin et la famille</i>	53
4.2.2 <i>Le lien mère-enfant fragilisé</i>	55
4.2.3 <i>Selon le genre et l'âge de l'enfant</i>	56
5. Médias, Industrie agroalimentaires	58
DISCUSSION	59
1. Biais internes.....	59
1.1 Les informateurs.....	59
1.2 L'investigateur	59
2. Biais externes.....	60
3. Biais liés à l'analyse	60
4. Les résultats.....	62
4.1 PRECCOSS est une aide à la coordination.....	62

4.2 Des effets du programme sur la pratique des médecins.....	63
4.3 Faire évoluer les motifs de consultation en médecine générale.....	64
4.4. Génération de médecins en réseaux ?.....	64
4.5 Résultats attendus et difficultés d'évaluation.....	66
4.6 L'appropriation du programme a ses limites.....	66
4.7 Les difficultés de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile en médecine générale.....	68
CONCLUSION	71
Abréviations	76
Annexes	77
1. Les courbes de corpulence Garçons et filles (modèle carnet de santé 2018)	77
2. Guide d'entretien.....	78
3. CD-ROM : Verbatims des entretiens de 1 à 10	
Références bibliographiques	79
<u>Liste des illustrations</u>	
- Figures	
figure 1 : <u>Modèle écologique des facteurs prédictifs du surpoids et de l'obésité infantile</u>	11
figure 2 : <u>Le développement programmé de l'obésité</u>	11
figure 3 : <u>Schéma d'inclusion de l'enfant dans le dispositif PRECCOSS</u>	19
figure 4 : <u>Récapitulatif de la prise en charge dans le dispositif PRECCOSS</u>	20
- Tableaux	
tableau 1 : <u>Complications potentielles de l'obésité infantile</u>	15
tableau 2 : <u>Récapitulatif des caractéristiques des informateurs et des entretiens</u>	27

« Vous allez tâcher d'avancer, quelque peu, et vous ferez du très bon travail parce que si les réformes partielles sont importantes, capitales, elles préparent seulement les réformes générales. Donc votre effort ne sera pas vain. Celui que vous avez fait jusqu'à présent n'a pas été vain et celui que vous allez continuer ne le sera pas non plus. Il faut toute une série de réformes locales, partielles, individuelles, personnelles, régionales, nationales, sûrement...! Mais, pour que soit réalisé ce qui est dans le fond de votre pensée et ce qui est dans le fond de votre doctrine. Il faut une réalisation tranchant absolument avec la situation actuelle... C'est une philosophie entière, c'est une pensée globale qui doit inspirer ce changement... Notre doctrine doit aboutir à un changement complet dans les structures : structure de l'hôpital, structure de l'enseignement, structure de l'administration de la santé publique, structure de l'exercice de la profession médicale »

Robert Debré, en 1973, extrait de son discours à l'école nationale de santé publique à Rennes

INTRODUCTION

1 Surpoids et Obésité infantile : état des lieux / repères

1.1 Définitions

Il s'agit d'une maladie chronique d'évolution lente. L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit le surpoids et l'obésité comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé »(1).

1.2 Diagnostic

En pratique clinique, le moyen recommandé par la haute autorité de santé (HAS) pour effectuer ce diagnostic est le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) (2). C'est un outil de mesure anthropométrique simple à intégrer dans la pratique du médecin et suffisamment pertinent pour évaluer le tissu adipeux(3).

$$\text{IMC} = \text{Poids (kgs)} / \text{Taille}^2 (\text{m}^2)$$

Chez l'enfant l'IMC doit être interprété en fonction de l'âge et du sexe. En France, les courbes de corpulence sont utilisées pour définir les seuils de surpoids et d'obésité. Elles ont été actualisées en 2018. Elles se basent avant l'âge de 2 ans sur les courbes françaises « AFPA- CRESS/Inserm -CompuGroup Medical 2018 » et après 2 ans sur celles de l'international obesity task force (IOTF) (annexe 1).

1.3 Repères épidémiologiques

- Prévalence stabilisée

L'étude descriptive transversale ESTEBAN notait en 2015 – en France métropolitaine-une prévalence (surpoids et obésité confondus) chez des enfants de 6 à 17 ans de 15,9% [11,9 - 20,9] pour les filles et 18 % chez les garçons [14-20,4] sans différence significative entre les deux sexes. La prévalence de l'obésité seule était de 3,9% [2,5-6,0] (4).

Les prévalences françaises du surpoids et de l'obésité infantiles restent donc élevées malgré une stabilisation objectivée depuis le début des années 2000 (4,5). Les campagnes successives des plans nationaux de nutrition et de santé auraient permis cette stabilisation.

- Inégalités sociales et territoriales

Selon les enquêtes nationales de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques), en milieu scolaire, cette prévalence varie selon le niveau social des parents, et la proportion d'enfants obèses peut ainsi varier de 1,3% pour des parents cadres à 5,8% pour des ouvriers(6).

Il existe aussi des disparités territoriales fortes. La zone d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT) « Est » -qui comprend la « région grand-Est »- est parmi les plus touchées avec les zones « Nord », « Région parisienne » et les « Départements et régions d'outre-mer »(6).

En 2014, l'agence régionale de santé (ARS) déclarait à mi-parcours de son projet régional de santé, que le taux d'enfants en grande section maternelle en surpoids, en Alsace, restait plus élevé que la moyenne nationale (14,1% contre 11,9%). Concernant l'obésité elle aurait baissé de 5,3% à 3,4 % et serait au niveau de la moyenne nationale(7).

Concernant la ville de Strasbourg, les données cumulées sur la période 2011-2014 en grande section maternelle, mettent aussi en évidence de fortes disparités. Les quartiers du

Neuhof, de la Meinau, « Cité de l'III » et « Hautepierre » ont un taux particulièrement élevé d'obésité infantile comparé aux quartiers Centre ville, Neudorf, Robertsau. Ces écarts peuvent être très marqués, par exemple le quartier « Cité de l'III » a un taux d'obésité 7 fois plus élevé qu'en Centre-ville(8).

1.4 Facteurs de risques ou protecteurs associés au surpoids et à l'obésité infantile

L'obésité la plus largement répandue est dite « commune ». Elle est le résultat d'un déséquilibre de la balance énergétique entre les apports et les dépenses. Elle est complexe et multifactorielle comme l'illustre le modèle écologique des facteurs prédictifs du surpoids et de l'obésité infantile de K.K Davison et L.L Birch en figure 1 (9)

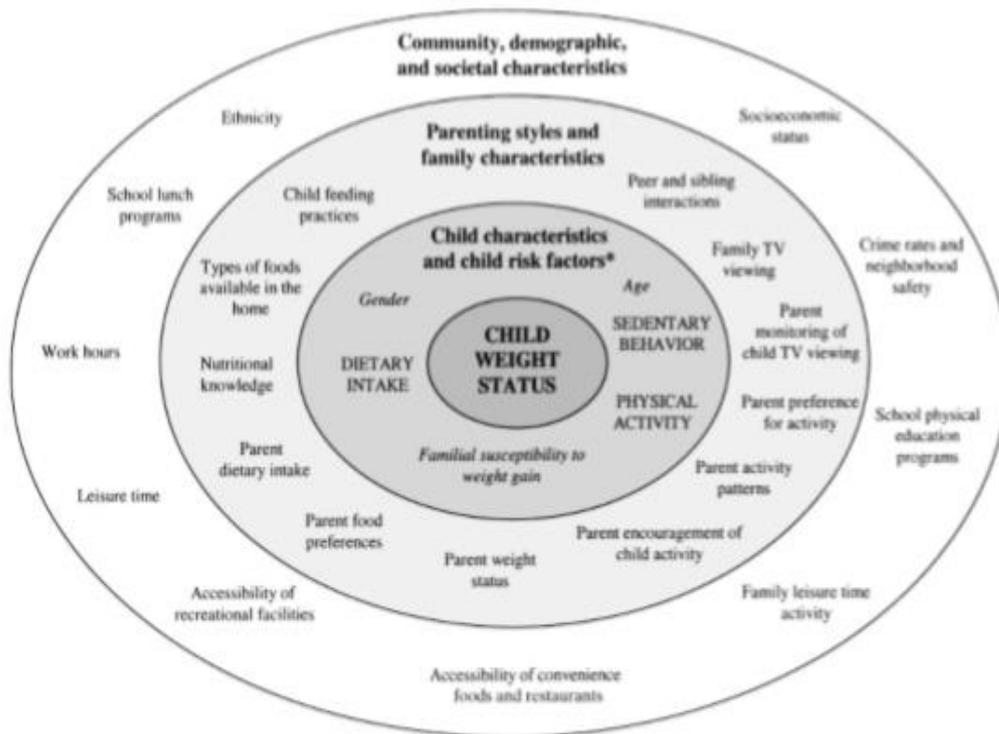


Figure 1. Modèle écologique des facteurs prédictifs du surpoids et de l'obésité infantile selon K.K Davison et L.L Birch (2001)(9)

L'obésité commune se distingue des obésités dites « secondaires » comprenant les causes iatrogènes, syndromiques, et les endocrinopathies tumorales ou non tumorales.

- Prédisposition génétique :

La susceptibilité des enfants à développer un surpoids, une obésité serait en grande partie d'origine génétique. Concernant l'obésité commune, cette susceptibilité serait de nature polygénique(10). Les découvertes dans ce domaine sont nombreuses mais ne permettent pour l'instant pas de nouvelle thérapie applicable à la population atteinte d'obésité commune. Néanmoins, cette notion « d'obésité programmée » doit être prise en compte dans l'approche médicale de la pathologie, qui ne doit pas seulement être catégorisée comme la maladie de la « malbouffe » et du manque d'activité physique. Cela, afin d'éviter de stigmatiser les enfants obèses et de culpabiliser les parents.

- Parents :

Le lien entre l'obésité parentale et infantile existe d'autant plus si les deux parents sont obèses (11).

- Périnatalité :

L'obésité de la mère en début de grossesse, mais aussi une prise de poids excessive durant la grossesse (12); le fait de développer un diabète maternel quel que soit son type (13), ou encore le tabagisme maternel (14) sont des facteurs de risques de surpoids et d'obésité chez l'enfant à naître.

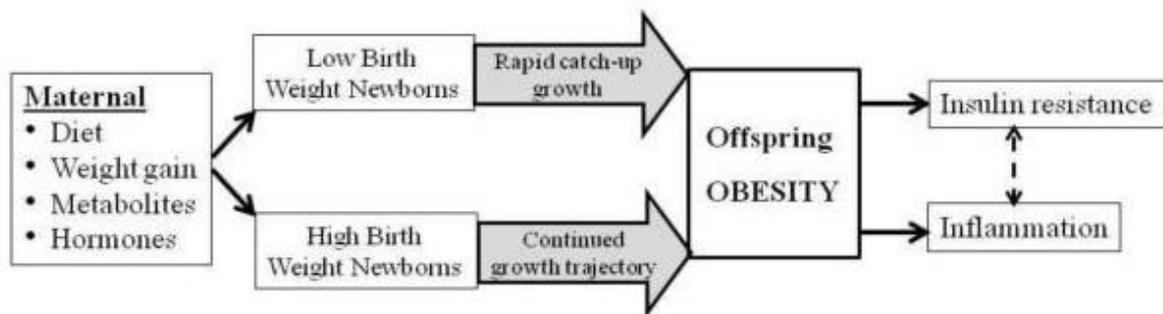


Figure 2 : Le développement programmé de l'obésité

« Les altérations nutritionnelles, hormonales, métaboliques maternelles ont un impact sur la croissance fœtale, causant une hypotrophie ou une macrosomie néo-natale. Cette altération de la croissance in utero combinée à un rattrapage trop rapide de la croissance (pour l'enfant né hypotrophe) ou un maintien de la croissance (chez l'enfant né macrosome) causent une augmentation de l'adipogénèse et donc de l'obésité infantile puis adulte. Ceci entraînant inflammation et insulino-résistance. » (15)

A l'inverse, l'allaitement maternel est un facteur protecteur significatif de l'obésité infantile (16).

- L'environnement de l'enfant :

Selon l'argumentaire de la HAS de 2011, l'accessibilité à des équipements de loisirs, le type de voisinage (urbain, banlieue, rural) pourrait influencer la tendance à l'obésité. Ce serait particulièrement vrai dans le cas de la vie en banlieue avec l'obésité des adolescents. La revue de la littérature sur laquelle s'appuie la HAS comporte néanmoins de nombreuses limites méthodologiques, et les études recensées ne concernent aucun pays européen(2,17).

Un statut socioéconomique des parents et plus précisément un emploi manuel et non-diplômé chez le père est associé à un risque d'obésité plus important chez l'enfant (18).

- Alimentation, sédentarité, écrans et trouble du sommeil :

Une alimentation inadaptée avec des apports caloriques trop élevés par rapport à la dépense énergétique contribuent au surpoids et à l'obésité.

La sédentarité, « état dans lequel les mouvements sont réduits au minimum, et la dépense énergétique est proche du métabolisme énergétique au repos » et le manque d'activité physique (AP) sont donc logiquement et statistiquement liés à un risque de surpoids (2,19).

L'exposition aux écrans télévisés est associée à une diminution de l'AP et une consommation trop importante d'aliments riches en calories mais de faible valeur nutritive. Il existe un lien de cause à effet entre l'exposition aux écrans et la surcharge pondérale de l'enfant (20). On peut aussi considérer que l'enfant est plus exposé aux publicités alimentaires et donc susceptible de consommer ces produits qui lui sont délétères. Enfin l'exposition aux écrans aurait un impact sur la qualité du sommeil, entraînant un manque de sommeil lui-même associé à un risque de surcharge pondérale significatif (21).

- Pathologies à risque de développer une obésité chez l'enfant :

Certains états pathologiques psychiatriques sont liés à des troubles de l'alimentation et au surpoids de l'enfant. Il s'agit surtout de syndromes dépressifs chez l'adolescente, de troubles du comportement alimentaire tels que l'hyperphagie boulimique (22). Les antécédents de maltraitance ou négligence de l'enfant sont aussi déterminants dans cette pathologie (23).

1.5 Complications et co-morbidités

Cette pathologie fréquente est d'autant plus grave qu'elle entraîne de nombreuses complications chez l'enfant et l'adolescent (2):

Complications et comorbidités	
Cardio-respiratoires	hypertension artérielle, asthme, troubles respiratoires du sommeil dont apnée du sommeil, déconditionnement à l'effort
Cutanées	vergetures, hypertrichose chez la fille, mycoses, acanthosis nigricans
Endocriniennes	gynécomastie, verge enfouie, retard pubertaire chez le garçon, puberté précoce chez la fille, syndrome des ovaires polykystiques
Métaboliques	Insulinorésistance, diabète type II, dyslipidémie, stéatose hépatique
Orthopédiques	Epiphysiolyse de la tête fémorale, épiphysites de croissance, pieds plats, genu valgum, syndrome fémoropatellaire, antétorsion fémorale, rachialgies et troubles de la statique vertébrale
Psychopathologiques	troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles du comportement, troubles des conduites alimentaires, addictions

Tableau n°1 : Complications potentielles de l'obésité infantile

1.6 Recommandations de prise en charge

L'objectif de la prise en charge est de ralentir la progression de la courbe d'IMC. (Cf. annexe algorithme des approches et moyens thérapeutiques).

- Prévention et dépistage :

Selon la HAS « La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie, la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution, et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence »

La prise en charge du surpoids et de l'obésité doit être la plus précoce possible par la recherche de terrains à risques (cf. chapitre sur les facteurs associés à l'obésité) et le dépistage systématique régulier par le suivi des mesures staturo-pondérale, du calcul de l'IMC. On recherchera des ascensions anormales des courbes, notamment un rebond d'adiposité précoce. Le rebond d'adiposité correspond à la remontée de la courbe d'IMC à l'âge de 6 ans. Il existe un risque d'obésité future d'autant plus important que cette ascension de la courbe est précoce(24).

- L'approche pluridisciplinaire sur le long terme :

L'approche thérapeutique du surpoids et de l'obésité infantile est pluridisciplinaire et doit s'effectuer sur le long terme. Elle vise les habitudes de vie des patients telle qu'une amélioration de l'activité physique, des conseils nutritionnels, une prise en charge cognitive et comportementale. Elle aurait un effet bénéfique -bien que modeste - concernant la corpulence des enfants en surpoids et obèses, d'âge préscolaire jusqu'à la fin de l'adolescence

Les interventions comportementales gagneraient en efficacité lorsqu'elles impliquent les parents en plus de l'enfant(25).

La HAS recommande aux médecins concernés d'utiliser les principes de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Celle-ci se base sur les besoins qu'exprime le patient. Elle a pour but d'autonomiser le patient dans la connaissance et la gestion de sa maladie(2).

- Traitements médicamenteux et chirurgicaux

Il n'existe aucun traitement médicamenteux recommandé dans l'obésité commune de l'enfant.

La chirurgie bariatrique a connu un essor majeur chez l'adulte : le taux d'intervention a été multiplié par 2.6 entre 2008 et 2014 selon l'INVS (17). Ce traitement s'étend désormais aux adolescents selon les critères d'éligibilité publiés par la HAS en 2016 (18).

2 Les programmes de santé publique dans la lutte contre l'obésité et le surpoids de l'enfant : de l'échelle nationale à l'échelle locale PRECCOSS.

2.1 Le Programme national nutrition santé

Le programme national nutrition santé - mis en place en 2001- a pour objectif d'améliorer la santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Il a permis une prise de conscience de l'importance de la nutrition et de la sédentarité dans les pathologies chroniques non-transmissibles telles que le surpoids et de l'obésité infantile(26). Il a été prolongé en 2006 puis 2011. Ce programme s'est associé au « Plan Obésité » en 2010, qui s'articule autour de quatre axes (27) :

- Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et l'adulte
- Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique
- Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre la discrimination
- Investir dans la recherche

2.2 Les réseaux de santé en France

L'application du PNNS au niveau local est gérée par les agences régionales de santé (ARS) et a favorisé l'émergence de multiples actions territoriales. Ces actions peuvent prendre des formes variables telles que des réseaux de santé plus ou moins formels.

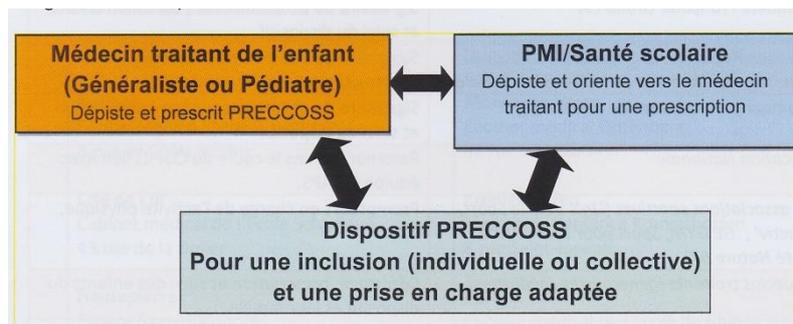
Des réseaux de soins plus ou moins formels existaient auparavant (par exemple pour les soins palliatifs, ou les réseaux sida ville-hôpital, des pathologies chroniques tel que le diabète etc...). Ils ne seront institutionnalisés qu'à partir de la loi 04/03/2002. Ils sont définis officiellement selon l'Article 6321 - 1 du code de santé publique: « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. [...] Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.* »

Ce modèle de la médecine « en réseaux » semble converger avec les recommandations de bonne pratique de la HAS dans la prise en charge de l'obésité infantile.

2.3 PRECCOSS (Prise en Charge Coordonnée des Enfants Obèses et en Surpoids à Strasbourg)

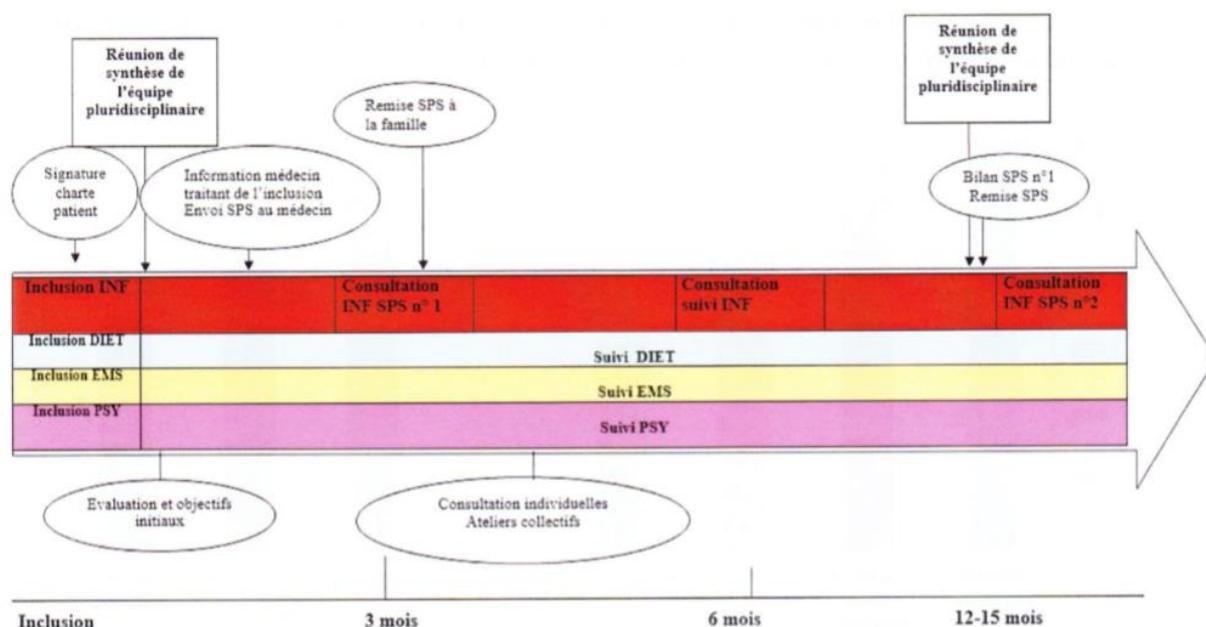
Lancé en avril 2014, PRECCOSS est un dispositif expérimental de proximité qui vise à optimiser la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans, en surpoids ou obèses, grâce à une approche pluridisciplinaire initiée par le médecin généraliste. Sont concernés les enfants dépistés par la PMI, la santé scolaire de la Ville de Strasbourg, le médecin généraliste ou le pédiatre dans les trois quartiers identifiés comme prioritaires : Neuhof, HautePierre et Cité de l'III (cf.figure 3). En 2017, PRECCOSS s'est étendu aux autres quartiers de la ville de Strasbourg.

Figure 3. Schéma d'inclusion de l'enfant dans le dispositif PRECCOSS



Le dispositif offre gratuitement aux enfants et à leur famille une prise en charge par une infirmière coordinatrice formée en éducation thérapeutique, une diététicienne, une psychologue et un éducateur médico-sportif. Le déroulement du programme est illustré dans la figure 4.

Figure 4 : Récapitulatif de la prise en charge dans le dispositif PRECCOSS



Légende : INF : infirmière coordinatrice, DIET : diététicienne, EMS : éducateur médico-sportif, PSY : psychologue, SPS : Suivi personnalisé de santé

Depuis le début du dispositif jusqu'à la fin de l'année 2016, 262 enfants ont été inclus dans le programme. Une évolution des courbes d'IMC a pu être rapportée entre l'inclusion et le premier bilan de réévaluation entre 6 et 12 mois plus tard. On notait pour 88 enfants une stabilisation de l'IMC dans 50% des cas et un ralentissement dans 31% des cas. Bien que modestes ces résultats sont encourageants et une évaluation à plus long terme est nécessaire(28).

3 Le médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile

3.1 Définition du rôle de médecin généraliste

Selon les définitions européennes de la discipline de médecine générale établies par la World organization of national colleges academies, and academic associations of General practioners (WONCA) en 2002 :

Le médecin généraliste a une approche individuelle mais aussi familiale et communautaire de son patient. Il est présent à tous les stades de prise en charge de la pathologie, et assure un suivi au long cours. Il a une responsabilité de santé publique ce qui implique qu'il doit favoriser la promotion et l'éducation pour la santé (29).

3.2 Législation

Selon la récente « loi santé » de 2016 (Article L162-5-3), le médecin généraliste peut-être déclaré comme médecin traitant de l'enfant. Cette loi lui confère aussi la possibilité d'une consultation spécifique dédiée au suivi, à la coordination et la prise en charge des enfants en surpoids et obèses de 3 à 12 ans. Cette consultation complexe est rémunérée près du double d'une consultation normale.

En 2018 on assiste à la mise en place d'un dossier médical partagé, prévu pour favoriser la collaboration entre les différents professionnels de santé.

3.3 La majorité des enfants sont suivis par un médecin généraliste

Un rapport d'études de la DREES sur la typologie des consultations en médecine générale montre que la majorité des enfants sont suivis régulièrement par un médecin généraliste parfois conjointement avec un pédiatre en ville (21). Sur les huit principaux motifs de consultations pédiatriques : la prévention et le dépistage représente 13,2% des cas soit le 2^{ème} motif le plus fréquent après les affections aiguës des voies aériennes (rhinopharyngite etc...). En termes de prévention et de dépistage il est surtout question de prévention

vaccinale (90% des cas). Les pathologies chroniques sont rarement l'objet de consultation (7,3%).

4. Problématique et objectifs de l'étude

Etant donnés les champs d'action de la médecine générale, les recommandations de bonne pratique de la HAS, les nouveautés de la « loi-santé » 2016. Le médecin généraliste est situé en première ligne dans la lutte contre le surpoids et l'obésité infantile.

Comme c'est souvent le cas dans sa prise en charge de pathologies chroniques complexes, le praticien fait appel à son « réseau professionnel informel »(30). Il s'agit de spécialistes, médicaux, paramédicaux, acteurs sociaux etc..... Le médecin doit donc effectuer un travail de coordination et d'orientation approprié à la pathologie.

Habituellement c'est l'hôpital qui dispose des moyens techniques et humains nécessaires pour assurer une prise en charge globale et coordonnée. Mais étant donné la prévalence de la pathologie, des réseaux de santé de soins primaires se sont largement répandus en France. C'est le cas notamment des Réseaux départementaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique RéPPOP qui assurent une coordination ville-hôpital.

Concernant les soins primaires, et à l'échelle de la ville de Strasbourg, le dispositif PRECCOSS permet aussi une type d'approche pluridisciplinaire de proximité, et se place comme un partenaire du médecin généraliste dans l'accompagnement des patients.

Explorer les pratiques de médecins généralistes impliqués dans le programme PRECCOSS semble indispensable pour évaluer ce programme de manière exhaustive, mais plus largement pour saisir la complexité thérapeutique du surpoids et l'obésité infantile dans l'organisation actuelle de notre système de soins.

Objectifs principal : Comprendre comment les médecins généralistes perçoivent et s'approprient le programme PRECCOSS dans leurs consultations.

La perception du programme signifie dans ce cas les opinions des médecins c'est-à-dire leurs idées et sentiments.

L'appropriation du programme concerne la façon avec laquelle chaque médecin utilise ce programme, l'intègre à sa pratique, dans quelles limites et comment ce programme influence son travail.

Objectif secondaire : comprendre les difficultés/freins des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité infantile.

METHODOLOGIE

1 Familiarisation avec le matériau

Afin de me familiariser avec le sujet de l'étude notamment le programme PRECCOSS, j'ai commencé par contacter l'équipe, afin de rencontrer les médecins responsables du programme, l'infirmière coordinatrice, le coach sportif, la diététicienne, la psychologue, la secrétaire. J'ai aussi assisté à des consultations d'inclusion et de suivi des familles. Cela m'a permis de comprendre la structure du programme, son déroulement, le rôle de chacun, certains dysfonctionnements et difficultés auxquels ils faisaient face.

2 Le choix de la méthode de recherche qualitative

La recherche qualitative est adaptée pour explorer des données subjectives, non quantifiables, telles que des opinions, des ressentis, des expériences vécues. Cela implique de rencontrer les acteurs concernés par le thème étudié, de se rendre sur le terrain, d'effectuer des entretiens. Cette méthode permet d'évaluer le programme PRECCOSS au sein des cabinets médicaux, en observant les effets produits sur la pratique des médecins généralistes. La recherche qualitative est complémentaire aux études quantitatives(31).

3 Entretiens compréhensifs semi-dirigés

Les médecins interrogés – riches de leur savoir et de leur expérience de terrain- sont considérés non pas comme de simples sujets de recherche mais comme de véritables informateurs. L'entretien individuel semblait donc être l'approche la plus adaptée(32).

Les entretiens étaient semi-dirigés, c'est-à-dire que les thématiques principales étaient définies à l'avance, il s'agissait de questions ouvertes, qui pouvaient apparaître dans un ordre variable selon la tournure que prenait l'entretien.

L'enregistrement audio des entretiens s'est fait via un smartphone, après en avoir informé le praticien et reçu son accord.

4 Guide d'entretien

Il comprend deux thèmes principaux :

- la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile
- le programme PRECCOSS.

Il est composé de 2 questions principales, et 6 sous-questions, elles-mêmes associées à des questions de relance. Il a évolué au cours des entretiens en gardant les thèmes principaux (annexe 2)

Les étapes de problématisation, de collecte des données, d'analyse et de rédaction ont été réalisées en parallèle (33). Cela a permis de préciser la question de recherche mais aussi d'améliorer la qualité du guide d'entretien au fur et à mesure des rencontres avec les praticiens interrogés.

5 Population : Echantillonnage

Pour répondre à la question de recherche nous avons décidé d'inclure les médecins généralistes participant au programme.

Une liste de ces médecins et leurs coordonnées m'ont été remises par la secrétaire du programme. Je les ai contacté d'abord par téléphone en me présentant comme un interne en médecine souhaitant les interroger sur l'obésité infantile et le programme PRECCOSS dans le cadre de mon travail de thèse. Si l'appel n'aboutissait pas je les contactais par mail.

6 Retranscription

Les enregistrements ont été retranscrits en verbatims manuellement sur le logiciel Microsoft Word, en rajoutant en italique ou entre parenthèses les expressions, mimiques des

informateurs, mais aussi certaines spécificités des lieux, si ces précisions semblaient pertinentes lors de la retranscription. Les entretiens sont rendus anonymes en modifiant les noms des médecins. (cf. annexe CD-Rom)

7. Analyse

J'ai procédé à une analyse dites « par épisode » c'est-à-dire en sélectionnant tous les passages marquants, pertinents des entretiens, en les codant afin d'en extraire des nœuds de sens (33).

Une interne en médecine générale a analysé les 2 premiers entretiens de façon indépendante. Cela avait pour but de limiter la part subjective d'analyse des premiers entretiens en recoupant nos travaux.

L'analyse textuelle a été effectuée avec le logiciel RQDA^R. Il s'agit d'un logiciel gratuit, qui m'a permis de surligner, d'apposer des codes que j'ai moi-même définis, et réunir ces codes en catégories ou « nœuds de sens »(33).

J'ai cessé les entretiens lorsqu'ils n'ont plus apporté d'élément nouveau aux catégories et que les informations reçus étaient redondantes. On qualifie cela de saturation empirique des données(32)

RESULTATS

1 Population de l'étude

Après 34 sollicitations au total, 22 sont restées sans suite. Les raisons principalement invoquées étaient le manque de temps disponible du praticien dans sa pratique et un refus pour un praticien qui s'est dit « non concerné par la prise en charge de l'obésité, car celle-ci [relevait] des compétences des spécialistes » et 2 cessations d'activité.

Sur la période Octobre 2016 à Juillet 2017, 10 praticiens ont été interviewés dont 9 face à face, et 1 par téléphone. La durée moyenne d'enregistrement était d'environ 25 minutes, les entretiens se sont parfois poursuivis après l'arrêt de l'enregistrement et ont fait l'objet de prises de notes.

La représentativité de l'échantillon n'a pas lieu d'être dans une étude qualitative. Le but n'est pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population mais de trouver de nouveaux résultats : pistes de réflexions, concepts propres à chaque informateur afin de mieux comprendre les phénomènes étudiés. On note néanmoins que la population de l'étude était variée et comprenait des médecins femmes en majorité (7 femmes, 3 hommes), de 30 à 62 ans, exerçant en cabinet de groupe en association, en cabinet individuel, en maison de santé dans des zones franches urbaines (ZFU)*. Certains médecins avaient déjà été impliqués auparavant dans des réseaux de soins s'occupant du surpoids, de l'obésité, de l'alimentation, de l'activité physique.

Les médecins ont pris connaissance du programme de différentes manières : certains praticiens ont participé à l'inauguration du programme car ils faisaient partie de l'étude pilote au lancement du programme. Il s'agissait des praticiens exerçant dans les maisons urbaines de santé de la ville de Strasbourg (MUS) situées dans des quartiers défavorisés. Les autres praticiens ont connu le programme de manière formelle par la visite de l'infirmière coordinatrice, ou ont reçu un mail, ou un courrier les informant de

l'existence du programme et de la possibilité d'y adhérer. D'autres médecins ont intégré le programme de façon informelle car ils connaissaient un des médecins impliqué dans la création de PRECCOSS.

Tableau 2. Récapitulatif des caractéristiques des informateurs et des entretiens

N° d'entretien	Sexe	Tranche d'âge	Mode d'activité	Temps d'enregistrement
1	Femme	35-45 ans	Association de médecins	12min22sec
2	Femme	25-35 ans	Association de médecins	12min30sec
3	Femme	55-65 ans	Maison urbaine de santé	24min16sec
4	Femme	45-55 ans	Maison urbaine de santé	24min14sec
5	Femme	55-65 ans	Maison Urbaine de santé	6min34sec
6	Homme	55-65 ans	Maison Urbaine de santé	18min13sec
7	Homme	55-65 ans	Exercice individuel	13minutes
8	Femme	45-55 ans	Maison urbaine de santé	32min16sec
9	Homme	55-65 ans	Exercice individuel	1h13min30sec
10	Femme	35-45 ans	Maison urbaine de santé	31min43sec

2 Perception du programme

2.1 Un soutien de l'action du médecin généraliste

« c'est vrai que le fait qu'il y ait cette possibilité finalement, d'orienter les enfants, ça simplifie beaucoup de choses » Entretien n°9

« Alors au quotidien, ben moi ça me libère quelque chose dans ma tête qui est : je ne lève pas un lièvre pour rien. C'est-à-dire que j'en fais quelque chose. C'est pas parfait, mais j'en fait quelque chose. » entretien n°4

« Parce que je trouvais ça intéressant ce qu'elle m'a proposée comme solution. Y a de plus en plus de gamins obèses, et puis on fait rien en fait » entretien n°2

Les médecins croulent sous la complexité de la prise en charge du surpoids et de l'obésité, certains informateurs, déplorent leur inaction devant des enfants qu'ils diagnostiquent pourtant en surpoids ou obésité. Ils se décrivent « libérés », « facilités » dans leur pratique depuis l'arrivée du dispositif PRECCOSS. De « rien » ou « pas grand-chose » le médecin a le sentiment d'être réinvesti dans la prise en charge.

Tous les médecins interrogés délivrent des recommandations sur les plans diététique ou sportif aux familles. Cependant ces messages sont communiqués de manière très hétérogènes, et sont perçus par les médecins comme peu convaincants (« petits conseils ») ou n'ayant aucune influence dans le mode de vie des patients, voire parfois inappropriés et culpabilisant pour les familles.

Le programme PRECCOSS permet pour certains de s'affranchir de ces conseils en consultation et pour d'autres médecins de soutenir leur discours.

2.2 Un nouvel espoir

Accueilli comme un « espoir », une supposée « augmentation des chances pour le patient », PRECCOSS répond à une attente des médecins généralistes. Ils estiment qu'en dehors de ce type de solution, ils ont peu de recours, leur champ d'action est limité, et n'ont que peu de propositions à faire au patient.

« Voilà les gens n'adhèrent pas forcément, mais ...je me dis qu'il y a une petite augmentation de chances, de prise en charge adéquate et socialement acceptable, avec potentiellement un bénéfice pour les enfants » entretien n°4

« On pouvait enfin leur dire, « écoutez, il y a quelqu'un qui va s'occuper spécifiquement de ce problème-là » » entretien n°5

« Aussi, un espoir. Ça c'était quand même intéressant parce qu'avant PRECCOSS, il y avait beaucoup moins d'espoir au niveau des offres de prise en charge. J'étais pas très convaincu de ce que je proposais. C'était pas très très opérant. Je savais que tout le monde disait « oui oui » [concernant les recommandations du médecin sur l'hygiène alimentaire] et que ça passait à la trappe très rapidement. Car c'était inclus de manière très structurée dans la vie de la famille. Donc un espoir avec PRECCOSS. » entretien n°6

2.3 PRECCOSS est adapté aux soins primaires

2.3.1 Proximité

Les informateurs - particulièrement dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) - mettent en avant la notion de facilité d'accès au soin et privilégient la proximité à différents niveaux :

« Je dis à la maman ben « vous appelez là, ça se passe ici derrière là [...] Je pense que c'est important de montrer qu'on connaît pour que le parent enfin le patient est

confiance dans la structure. » entretien n°8, médecin femme pratiquant en Maison urbaine de santé.

La proximité géographique entre le domicile du patient, le cabinet du médecin et les locaux où ont lieu les consultations et divers ateliers du programme est perçue comme attractive par les praticiens.

« Ça aide vraiment aussi, nous les soins primaires on y est très attaché, c'est-à-dire que, inutile de faire 5 kms ou 6 pour trouver » entretien n°10, Médecin femme, avec une activité antérieure en médecine rurale

La proximité relationnelle entre le médecin traitant et les professionnels de l'équipe PRECCOSS paraît importante à certains praticiens car elle pourrait faciliter l'entrée des patients dans le programme. Le médecin généraliste met en avant son rôle privilégié de coordinateur de soins ambulatoires.

« Là, c'est identifié, c'est dans le quartier c'est recommandé par le médecin traitant, on se connaît donc il y a une espèce de confiance aussi. » entretien n°10

2.3.2 Gratuité

Les médecins insistent sur la gratuité du programme pour les familles. Certains praticiens expliquent que les patients n'avaient autrement pas d'accès possible aux diététiciens ou coach pour des raisons financières. En cela le programme répond aux besoins du patient et aux attentes du médecin.

« C'est sûr que rencontrer une diététicienne, de façon gracieuse, ainsi qu'un éducateur sportif pour faire du sport enfin voilà, certains disent « ils ont arrêté [les enfants ne font plus de sport], ils sont pas bien » ... ils ont le regard des autres » entretien n°10

« On se dirait bah mince on a toujours pas de diététicienne possible ou des choses comme ça mais euh le côté diététicienne c'était quelque chose qui était très demandé avant qu'il y ait PRECCOSS . » entretien n°8

Les programmes d'activité physique et de nutrition sont présentés comme des composantes du traitement de l'enfant en surpoids par les médecins. La « possibilité d'avoir » une diététicienne renvoi à la disponibilité et au coût que représenteraient des consultations diététiques, ou un suivi personnalisé par un coach sportif en dehors du réseau PRECCOSS. L'accès financier des soins pour leur patient semble freiner les médecins dans leurs propositions et PRECCOSS contribuerait à lever cet obstacle. Une praticienne estime nécessaire de préciser aux familles la gratuité du programme lors de la consultation.

« Il y a aussi des familles, où je le vends dans le sens « activité physique gratuite !? C'est pas souvent qu'on a activité physique gratuite » (rires). » entretien n°4

2.3.3 Simplicité de prescription

Quand ils abordent le déroulement des consultations, les médecins jugent que le format de prescription-type avec les coordonnées de l'équipe est simple, et semble facilement intégré dans leur pratique (copies du modèle de l'ordonnance, ordonnance intégrée sur le logiciel médical)

« J'ai reçu un courrier au cabinet, je pense que c'était de la CUS(Communauté urbaine de Strasbourg), avec les infos, et une ordonnance type, que j'ai scanné et mis dans mon ordi [...] Oui ça c'est parfait, on fait la prescription, les parents se mettent en contact, il y a le rdv. Non non il y a pas plus simple [...] (fouille dans un tiroir) Alors j'avais reçu ces papiers-là. (me montre les papiers où figurent le numéro de l'infirmière coordinatrice) Et donc quand j'ai quelqu'un.... Et donc quand j'ai

l'enfant PRECCOSS enfin qui veut entrer dans PRECCOSS, je téléphone à ce numéro. » entretien n°7, homme en exercice individuel.

Un médecin déclare que l'accès au programme est plus direct et facile qu'un courrier vers un spécialiste. Notamment si elle ne prend pas le rendez-vous elle-même pour le patient. D'autant plus si celui-ci est « moyennement » motivé. Cela suggère que la prise de rendez-vous vers le spécialiste peut-être une difficulté pour le patient et pour le médecin. En effet : quel spécialiste choisir, et en fonction de quels critères ? On peut imaginer que le patient (mais aussi le médecin) puisse être freiné par une démarche comme celle-ci – en consultation- d'autant plus si la prise en charge est complexe et comporte plusieurs intervenants. L'accès plus « direct » vers une équipe pluridisciplinaire semble faciliter ces démarches.

« Plus direct oui. Parce que sinon les parents, ils adhèrent pas quoi. C'est comme quand je prescris une consultation, que je dis à quelqu'un d'aller chez le cardiologue, s'il est moyennement motivé, ou si il n'y a pas d'urgence , il va pas y aller. Si je lui prends le rendez-vous, il y va » entretien n°2

2.4 PRECCOSS alternative ou complément à la prise en charge à l'hôpital ?

« J'ai encore le souvenir à l'époque où PRECCOSS n'existait pas, quand il y avait un enfant en grande difficulté, ben j'avais comme réponse, vraiment que l'hôpital, hein ? J'orientais vers une consultation de nutrition de pédiatrie, (souponne). C'était tout de suite la grosse machine pas très adaptée à la vie courante de l'enfant. » entretien n°6

Plusieurs médecins rapportent des expériences de prise en charge hospitalière, mais ils privilégient les soins ambulatoires dans la plupart des cas.

Ils ont une opinion plutôt négative de l'institution hospitalière, de son accès (nombres de consultations limitées, délais de consultations trop longs par exemple), et de la prise en charge qu'ils considèrent peu adaptée au quotidien de l'enfant. La prise en charge hospitalière est comparée à « une grosse machine » et un autre médecin favoriserait un modèle plus « ouvert ».

« Bon j'ai beaucoup travaillé dans des réseaux à l'époque où ça se créait. Et la résistance elle est née finalement des réseaux qui étaient nés à l'hôpital. Donc moi en tant que médecin libéral j'étais plus opposé à ces réseaux et à ce qu'y pouvait s'y faire parce que, ils étaient organisés comme l'hôpital et du coup, j'étais plus dans un contre-modèle hospitalier. [...] En fait le réseau un peu plus ouvert, un peu plus social, mis en route par le système politique, ça permet aussi d'avoir une réflexion plus large, que strictement un réseau via l'hôpital, où on serait juste là, à se communiquer entre nous [entre médecins]. » entretien n°9

Dans leur expérience, les médecins ont eu recours aux services hospitaliers dans les cas d'obésité jugée sévère, ou trop complexe. Ce choix thérapeutique est en accord avec les recommandations de la HAS qui propose aux médecins d'orienter la famille vers un centre hospitalier en cas d'échec des soins ambulatoires, d'obésité associée à des co-morbidités sévères, un handicap ou un contexte social défavorable à la guérison.

Les médecins adressent aussi les patients à l'hôpital lorsqu'ils ne peuvent être inclus parce qu'ils ne rentrent pas dans les critères d'inclusion du programme : c'est le cas fréquent des adolescents.

2.5 Médecins généralistes et médecine en réseaux : une question de génération ?

L'emploi de réseaux de soins de proximité est décrit par certains praticiens comme un phénomène générationnel. Deux médecins interrogés estiment qu'une prise en charge exclusive par le médecin traitant seul, dans un mode de relation paternaliste avec les familles, est inadaptée à ce type de problème.

« Enfin ce n'est pas la même génération. Ils (autres médecins du cabinet, plus âgés) sont pas habitués à avoir des outils pour pleins de choses. » entretien n°2, médecin femme récemment installée dans une association avec des médecins plus âgés qui ne participent pas au programme.

« On sort vraiment du côté paternaliste : « tu manges mal tu supprimes ça, je te donne une fiche de régime et puis on se revoit dans 4 semaines, tu as intérêt à avoir perdu 2 kilos sinon gare à toi » ce qui se faisait un petit peu encore dans d'autres générations j'ai l'impression de thérapeutes. Il y en a encore quelques uns aux alentours on va dire » entretien n°10, médecin femme récemment installée en Maison urbaine de santé.

Le médecin oppose ici la prise en charge théorique et normative, dans un mode de pratique paternaliste voire autoritaire au « Case management » qui par définition coordonne les soins du patient de façon personnalisé en prenant compte des contraintes propres à son environnement, sa capacité d'accès aux soins (financière, géographique etc...). Une praticienne décrit la première approche au passé, et la deuxième plutôt comme un modèle de soin nouveau, mieux adapté.

2.6 Dans l'attente de résultats, le modèle PRECCOSS n'est-il qu'une utopie ?

Le manque de recul et l'absence ou l'insuffisance de résultats sont pointés du doigt par les médecins. Au moment des entretiens certains praticiens avaient un recul pouvant aller jusqu'à trois ans et demi sur les premières inclusions.

*« Par contre j'ai pas l'impression que l'efficacité en terme de poids soit majeure » ;
« D'autres enfants qui avaient l'air d'être contents, où finalement on a l'impression que ça a pas changé grand-chose. Mais, parfois il y a des investissements qui doivent se faire sur le très long terme. Je sais pas, je désespère pas hein ? [...]*

Oui, un truc qui m'avait beaucoup touché, une gamine un jour que j'ai croisé dans la rue, avec un grand sourire, qui m'avait remercié d'avoir été orientée par là-bas. Ça c'est vachement bien, « Docteur, c'est bien ce que j'ai fait là-bas ». Elle était extrêmement contente de la rencontre qu'elle a fait. D'autres enfants qui avaient l'air d'être contents, où finalement on a l'impression que ça a pas changé grand-chose. Mais, parfois il y a des investissements qui doivent se faire sur le très long terme. Je sais pas, je désespère pas hein ?

- Chez les enfants, ou chez les parents aussi y-avaient-ils des changements ?

-Hm hm. Des familles qui changeaient de façon de manger. Des parents qui allez faire du sport avec leur gamin. « maintenant on va à la piscine ensemble », ouai des trucs de ce genre. » entretien n°6

A défaut de percevoir des résultats chiffrés tels qu'un ralentissement des courbes de poids, d'IMC, les informateurs mettent en avant des changements du mode de vie -tant sur l'alimentation que sur l'activité physique- exprimés par leurs patients.

Un médecin parle du programme comme un moyen de « résistance », car le médecin généraliste et le programme pèsent peu dans le « combat contre l'obésité », en regard des déterminants sociaux de santé. Selon lui la prise en charge médicale de l'obésité du

médecin associée à PRECCOSS arrivent « trop tard », « en bout de chaîne ». Selon ce médecin la base du problème est constituée des facteurs externes à la consultation de médecine générale (environnementaux, de l'industrie agro-alimentaire, la publicité...). Il assume son rôle de promoteur de la santé et de prévention du médecin généraliste mais déplore donc le manque de moyens, d'organisation et d'ampleur qui lui sont attribués dans la consultation, comparé à ces facteurs obésogènes omniprésents dans notre société. Il considère que ce « combat » doit être surtout mené sur le plan politique et médiatique.

« Ce discours de promotion de la santé, c'est pas les médecins qui doivent le tenir c'est déjà trop tard en France. C'est qu'ils (les patients) sont déjà malades. [...] il vaut mieux garder l'idée qu'il y a une résistance à construire. Mais je veux dire c'est résistance qui va être euh. Il y a à la fois l'industrie agro-alimentaire, l'industrie chimique, les transports, l'éloignement entre le domicile et le [travail]

[...] il [le programme PRECCOSS] crée de la conscience, à mon avis. Il crée de la conscience, mais il a pas la même ampleur. Eux [l'industrie agroalimentaire] c'est 7j/7 24h/24. C'est pas limité à quelques quartiers parce que on a juste un problème de santé publique quoi.» entretien n°9, médecin homme en exercice individuel.

2.7 PRECCOSS un dispositif facilitant l'accès aux soins mais générateur d'inégalités ?

Historiquement, le programme a été initié dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, notamment dans les maisons urbaines de santé (MUS), privilégiant l'accès au programme dans des populations plus précaires, et plus en amont afin de limiter les inégalités territoriales d'accès aux soins.

Un médecin s'interroge quant au risque d'aggraver les inégalités sociales dans ce type d'approche qu'elle compare aux zones d'éducation prioritaire.

« Voilà. Je me dis, ici, peut-être que ma difficulté c'est ça : ici les gens ils ont des problèmes mais jusque par-dessus la tête. Aller leur dire qu'ils alimentent pas bien leur enfants... Parce que même si on le dit pas comme ça, même si c'est un discours qui est... c'est comme ça qu'ils le ressentent. Je trouve que c'est encore, les dévaloriser etc... Et probablement que ce qu'on va commencer à montrer, c'est que la plupart des dispositifs qu'on a mis en place. Qui sont des dispositifs géniaux, qui sont vraiment bien pensés etc...aggravent les inégalités de santé. On a montré que ce qui est fait en zone d'éducation prioritaire a aggravé les inégalités sociales concernant l'école. Alors est-ce que on n'est pas dans cette situation là avec PRECCOSS ?... » entretien n°3, médecin femme dans un quartier prioritaire de la politique de la ville, ayant participé à différents programmes de quartier sur l'alimentation.

Les médecins généralistes investis de leur mission de lutte contre l'obésité, craignent d'aggraver le problème en médicalisant systématiquement le surpoids et l'obésité. Ils prendraient le risque de stigmatiser les enfants obèses, et par là-même créer plus d'inégalité en terme de santé. Le sociologue Jean Pierre Poulain dans son ouvrage « Sociologie de l'obésité » met en garde contre « les messages nutritionnels [qui] risquent de favoriser la diffusion des valeurs dominantes et l'exclusion stigmatisante de ceux issus de milieux différents de la « norme » » (34) .

Il semble important de préciser qu'à ce jour, le programme PRECCOSS n'est plus restreint aux 3 quartiers pilotes de l'étude, mais s'est étendu à l'ensemble de la ville de Strasbourg.

3 Appropriation du programme par les médecins généralistes

3.1 Outil d'orientation et de suivi :

En consultation de Médecine générale, PRECCOSS est perçu par la plupart des médecins interrogés comme « un outil en plus », il est essentiellement utilisé pour orienter le patient.

Les médecins utilisent le modèle d'ordonnance du programme, qu'ils remettent au patient. Certains vont en plus contacter l'équipe par téléphone ou mail, pour s'assurer de la bonne « observance » de leur prescription.

- La question de l'adhésion du patient au programme:

Quand les informateurs décrivent les consultations durant lesquelles le programme est prescrit, l'obésité est rarement désignée comme motif de consultation principal.

La prescription et l'adhésion au programme est plus ou moins aisée selon l'approche :

Il ressort des entretiens qu'un enfant exprimant une souffrance en lien avec l'obésité sera un candidat plus facile à adresser que l'enfant avec un surpoids ou obésité constaté par le médecin mais sans plainte particulière. L'exemple récurrent d'adhésion « effective » ou « réussie » concerne les consultations motivées par une souffrance psychologique de l'enfant classiquement des « moqueries à l'école », ou mise à l'écart de l'enfant dans certains sports.

PRECCOSS, en plus des critères d'inclusions de l'âge et du diagnostic de surpoids ou obésité, présente des « portes d'entrées » utiles en consultation pour lesquelles le praticien ne peut aider : la souffrance psychologique, la sédentarité, ou encore la lutte contre l'isolement.

« ...Par exemple le petit garçon que personne ne veut prendre dans son équipe de [...] Ou la fille qui veut faire de la danse et à qui on a dit « On prend pas les vaches

dans le cours de danse...et les hippopotames [...] Et en même temps, d'être avec d'autres enfants qui ont des problèmes de poids permet d'être à égalité quoi. »
entretien n°4

Les médecins interrogés prêtent aussi beaucoup d'attention à cette question de savoir si oui ou non le patient adhère : s'il est observant.

Pour cela, une fois l'enfant adressé à PRECCOSS, certains médecins ont utilisé aussi le programme pour effectuer un suivi au long cours. Ils correspondent par courrier ou mail avec l'équipe et centrent leur attention sur la participation des familles au programme, leur satisfaction, leurs apprentissages et continuent à mesurer le poids et interroger les familles sur les changements de mode de vie obésogènes. La méthode du suivi est variable d'un praticien à l'autre, et la nécessité d'échanges entre professionnels de santé peuvent être sources de tensions.

3.2 Le médecin se désinvestit de la prise en charge du patient

« là [une fois la prescription du programme remise à la famille] j'avoue que je ne m'en occupe plus vraiment » entretien n°9 médecin homme, exercice individuel

« Ah ben une fois que.... Après je m'en occupe plus tellement. Je les revois de temps en temps mais disons que c'est le système qui se met en place... » entretien n°7, médecin homme exercice individuel

Les médecins définissent d'abord leur rôle dans le dépistage de l'obésité et ses complications, plutôt que dans sa prise en charge.

Une fois l'orientation effectuée, certains médecins délèguent – plutôt ceux en exercice individuel- le suivi à l'équipe. Ils n'ont plus de traces des patients adressés à PRECCOSS. Une praticienne met en garde contre le risque de vouloir se « débarrasser du problème ».

Un autre médecin assume et justifie ce choix de déléguer totalement la prise en charge. Il estime que le temps travail de collaboration entre professionnels de santé devrait être valorisé par une rémunération du médecin libéral.

« En même temps moi j'ai du mal à solliciter des réunions d'équipes ou des trucs comme ça parce que c'est même pas faisable quoi. Je veux dire on est payé à l'acte aujourd'hui hein ? Du coup la seule chose qui nous soit rémunérer c'est le temps de contact avec le patient. Et tout le travail qui devrait être fait autour par exemple, l'organisation des soins, enfin ce qu'on appelle le « case management », ben le « case management » on n'est pas rémunéré quoi. Et du coup communiquer avec nos collègues qui s'occupent de nos patients, leur rendre visite à l'hôpital, prendre son téléphone, discuter avec le collègue etc. Tout ça c'est jamais rémunérer. Donc si y a des réunions rémunérées au PRECCOSS, moi je veux bien y aller. Et discuter de mes patients, mais si y a un budget. Voilà, si on veut valoriser ce type de démarche-là, faut pas seulement euh... moi on me facilite le travail en m'offrant un réseau mais si je veux aller plus loin, il faut que je sois payé pour. Sinon je vais pas euh, je pourrai pas le faire. » entretien n°9, médecin homme en exercice individuel.

3.3 Promotion de la santé au sein de la consultation

- Documentation du programme

Une des médecins interrogés utilise un dépliant d'informations PRECCOSS destiné aux patients pour délivrer ses messages/informations/conseils hygiéno-diététiques lors de ses consultations.

Ce guide lui sert de support didactique, et lui a permis d'adapter son discours et enrichir sa consultation. Elle note un changement par rapport à ses « petits conseils qui ne [prenaient]

pas » avant d'utiliser ces documents qu'elle a reçu lors de la visite de l'infirmière coordinatrice qui lui a présentée le programme.

- L'existence d'un tel programme rapprocherait les acteurs de la santé et de l'éducation.

Lors de visite médicale par exemple, les infirmières scolaires, adressent l'enfant vers le médecin traitant pour effectuer la prescription PRECCOSS. Cela pourrait changer l'image du médecin traitant qui « dispense » à celui qui « promeut ». C'est le cas par exemple de l'activité physique.

« On se connaît mieux avec les intervenants scolaires. Le médecin traitant est plus reconnu par l'école comme un thérapeute. Pas seulement comme un rédacteur de certificats d'absence. (rires) Parce qu'à un moment c'était ça quoi. L'école à part ça... elle voyait pas trop ce que c'était qu'un médecin traitant. Donc là, il y a eu un accord, une collaboration, une coopération thérapeutique pour le bien de l'enfant, entre ceux qui s'occupent de l'éducation et ceux qui s'occupent de la santé » entretien n°6, médecin homme dans une maison urbaine de santé à proximité d'une école.

- Médecins et patients comme promoteurs du programme

Certains médecins participants se considèrent parfois comme un « média », un moyen de faire connaître et diffuser le programme au sein de la communauté.

D'autre part les patients entre eux par effet bouche-à-oreille contribueraient à étendre le programme notamment dans les quartiers, et au sein de familles où plusieurs enfants sont impactés.

Un médecin considère que l'existence même du programme crée de la conscience vis-à-vis de la santé, ce qui –indirectement- valorise le rôle du médecin généraliste, en tant que référent de l'éducation à la santé.

« C'est un peu dans cette idée-là. Si les parents demandent à réfléchir, bon ok « vous réfléchissez », je continue mon job comme normalement... avec toujours ce climat un peu plus favorable où je suis un peu plus entendu. Donc même si les enfants vont pas à PRECCOSS, ce que je peux faire est renforcé par l'existence de PRECCOSS. Ça c'est hyperimportant. Je trouve que souvent dans les évaluations, on s'imagine que si l'enfant, ou si une cible d'un programme ne passe pas par le programme, le pauvre il perd une chance. Pas du tout, les programmes ont des effets indirects, à travers ce qu'ils permettent aux professionnels courants. » entretien n°6

« Ça fait maintenant je crois 3 ou 4 ans que ça existe. Donc y a quand même des gens qui commencent un petit peu à connaître. Il faut bien dire que c'est souvent les mêmes familles. Souvent il y a déjà quelqu'un de la fratrie qui a été inclus dans PRECCOSS. Et les parents, certains parents le perçoivent vraiment comme un « plus ». « On va enfin m'aider », « je vais enfin plus être seul » entretien n°3

3.4 Influences sur la pratique :

- Le programme est bien intégré dans la pratique quotidienne du médecin

On constate lors des différents entretiens que le programme a pris une place dans la boîte à outils du médecin. Celui-ci va avoir des modèles d'ordonnance à dispositions en format papier, ou encore un modèle d'ordonnance du programme qu'il intègre dans son logiciel médical. Certains médecins ont un « pense-bête » PRECCOSS lorsqu'ils accèdent au dossier informatique du patient, pour se remémorer de l'inclusion de l'enfant dans le programme et leur permettre aussi de relancer la discussion sur le thème du surpoids et de l'obésité.

- Le médecin serait plus systématique dans la mesure statur pondérale

Du fait de l'existence du programme, les médecins se sentent soutenus ou appuyés dans leur discours, ce qui a pour effet d'être plus systématique dans les mesures de poids, taille et dans l'approche diagnostique.

« Ça a été déjà en plus de l'attitude plus systématique que ça a occasionné chez moi, de l'identification de l'IMC, de l'attention systématique à cette question.[...] C'est-à-dire que l'identification d'un IMC trop important, l'abord avec les parents, c'est-à-dire l'espèce d'enquête d'évolution du poids, l'observation des courbes de croissance. Ça c'était dans ma pratique – de manière certainement un peu moins systématisé qu'avec PRECCOSS. » entretien n°6

En ce qui concerne le suivi, certains médecins poursuivent donc leur travail habituel et d'autres se désinvestissent de la prise en charge une fois l'enfant adressé à l'équipe PRECCOSS.

3.5 Les limites perçues :

3.5.1 Les limites d'âge d'inclusion :

La plupart des médecins déplorent la limite d'âge de 12 ans pour l'inclusion des enfants.

Les demandes de prise en charge – lorsqu'elles proviennent des patients – concerneraient plus « les ados », « les collégiens ». Les médecins déplorent donc ne pouvoir adresser les adolescents en demande dans le programme et se retrouvent à assurer la prise en charge eux-mêmes ou se tournent vers les réseaux hospitaliers.

A l'inverse, la limite inférieure d'âge d'entrée dans le programme qui est de 3 ans ne semble poser aucun problème, d'autant plus que les médecins témoignent de difficultés à

sensibiliser les parents sur l'obésité chez le très jeune enfant. C'est plutôt la maigreur qui fait l'objet de discussion à cet âge –là.

Enfin les médecins suggèrent une continuité enfant-adulte dans la prise en charge. Ces praticiens-là prescrivent aux adultes le programme « sport-santé sur ordonnance ». « Sport-santé sur ordonnance » est un autre dispositif de la ville de Strasbourg qui permet aux adultes obèses ou atteints de maladie chronique de suivre des programmes adaptés d'activité physique et sportive sur simple prescription de leur médecin traitant.

« Moi je trouve que c'est une des limites pour moi de PRECCOSS qui va être je le sais, levée. C'est que l'âge, la tranche d'âge, ouai l'ado, le collégien, il est super concerné par ça et ça serait vraiment de pouvoir les inclure dans PRECCOSS. On peut imaginer des choses autour de ça. Autant le petit de deux ans, là c'est compliqué c'est plutôt les parents qui voient pas du tout l'intérêt de ce qu'on se préoccupe de leur enfant qui, de leur bébé qui est bien potelé comme il faut, euh voilà. Puis après les primaires c'est un petit peu intermédiaire, souvent les parents sont –déjà, là- plus concernés. Les enfants : c'est plus les filles puis après un peu les garçons, à l'école primaire. » entretien n°8

3.5.2 La nécessité d'une prise en charge familiale

« Et moi je comptais sur PRECCOSS dans la prise en charge un peu plus familiale, puisqu'on a quand même des familles avec souvent plusieurs enfants en problème de surpoids ou d'obésité[...] Et en fait les parents adhèrent pas forcément beaucoup, alors que chez nous ils viennent obligatoirement avec les enfants. Donc ce travail je suis quand même un peu obligé de le faire encore. Et j'aimerais bien qu'il y ait plus de truc transversal, plus de groupes. Des groupes parents-enfants, où les parents

pourraient discuter de comment ils gèrent ça. Et qu'on soit pas toujours dans la privation. » entretien n°3

Dans sa consultation, le médecin va parfois intervenir dans l'entité familiale pour la prise en charge de l'obésité : tâcher de comprendre comment s'alimente l'enfant, qui cuisine etc... Les médecins ont des difficultés pratiques à s'intéresser aux modes de vie des familles. La limite de leur intervention est floue, variable d'un médecin à l'autre. Cette approche du mode de vie des patients dans leur cadre familial est vécue comme une nécessité et une barrière par les médecins, qui ne perçoivent pas de solution apportée par le programme.

Les médecins semblent ignorer cet aspect-là de la prise en charge par le dispositif. Car en pratique, les membres de l'équipe peuvent recevoir les enfants et leur(s) parent(s) lors de l'inclusion et proposer des consultations avec les parents et les enfants, ensembles ou séparément (*j'ai pu vérifier cela lors d'une consultation d'inclusion et lors d'un entretien avec la psychologue de l'équipe qui ont fait l'objet de prise de notes*).

On constate donc une méconnaissance du travail des uns des autres qui peuvent aboutir à des tensions dans leurs pratiques.

3.5.3 Communication entre médecin et réseau de santé

- Les échanges entre professionnels :

Les médecins interrogés sur la période 2016-2017, se plaignaient de n'avoir pas assez de retours formalisés. Une partie des médecins qui ont prescrit le programme se soucient de savoir si l'enfant était inclus, s'il avait « honoré » leur prescription.

D'autre part les médecins insistent sur le manque de retours d'informations formalisés telles que des courriers, comptes rendus sur tous les aspects du dispositif.

Souvent les médecins ont des retours informels en demandant des informations aux familles.

Réciproquement, les entretiens avec les membres de l'équipe mettaient en évidence des tensions liées aux difficultés à convoquer les médecins, par exemple pour des concertations autour de patients et leur famille.

Les entretiens avec les praticiens témoignent aussi d'une méconnaissance du travail qui est réellement fait par l'équipe avec les familles. Ceci pourrait être lié au manque de communication au sein du réseau qui comprend bien sûr le médecin généraliste prescripteur.

« Après euh, moi j'ai rien à dire sur le programme je ne le connais pas. Je sais pas ce qui est fait exactement. » entretien n°9

4 Les freins dans la prise en charge de l'obésité infantile perçus par le médecin généraliste

4.1 Concernant le médecin généraliste

4.1.1 *Le ressenti du médecin : la « spirale d'échecs » (entretien n°4)*

Tous les entretiens des médecins généralistes interrogés laissent apparaître un sentiment de malaise et d'échec dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile.

La difficulté du médecin est liée à la nature du diagnostic. Identifier un surpoids ou une obésité chez un enfant, puis le fait de s'adresser ensuite aux parents sur son alimentation, ses activités, est présenté comme un acte culpabilisant envers les familles.

« Mais c'est compliqué, parce qu'ont culpabilise les parents, qui vont engueuler leurs enfants, qui vont dire « Mais je t'ai dit de pas manger ça ». Et je leur dis, « Mais pourquoi vous l'acheter ? ». C'est vraiment, on rentre dans quelque chose qui est très difficile pour nous, d'accès. Je ne sais pas si PRECCOSS y arrive beaucoup mieux. »
entretien n°3

D'autre part, une fois le sujet abordé, les tentatives qui peuvent être mise en œuvre pour guérir l'enfant sont –d'après les diverses expériences des médecins interrogés – souvent un échec.

« Parce que là, on fait quoi on culpabilise quoi, les gens ? on culpabilise les mamans? On culpabilise les enfants ? Les médecins qui font pas leur boulot ? »
entretien n°9

Cela constitue une « spirale d'échec » (entretien n°4) pour le traitement de la maladie, une remise en question par le médecin sur son rôle, qui renonce parfois à s'impliquer.

On notera qu'un des médecins ayant refusé de participer à l'étude justifiait son refus prétextant que l'obésité de l'enfant ne concernait pas les médecins généralistes.

« c'est jamais les médecins qui font changer les gens d'avis » entretien n°9

« j'imagine qu'avant, [avant d'être installée en cabinet médical et en tant que médecin remplaçante] je faisais pas [de prise en charge de l'obésité] » entretien n°2

4.1.2 Connaissances et formation

Les médecins interrogés : mettent en avant les limites de leurs connaissances, évoquent l'intérêt de formation sur les disciplines en liens avec obésité.

« En plus, enfin mon souvenir en nutrition (rires) c'était même le nutritionniste qui m'avait dit, en gros « vous avez 3 choses à retenir ou 4, enfin moins gras moins de sucre, plus de légumes et euh... puis voilà en gros. Et buvez bien et hydratez-vous bien donc euh, tout est dans quelques éléments très très simples voilà.

Alors aujourd'hui on essaie de développer en médecine générale les compétences d'éducation thérapeutique, de promotion de la santé, ben oui, c'est très bien. Alors on va développer cette compétence et en fait qu'est-ce qui se passe en réalité ? C'est qu'on la délègue. C'est pas le médecin généraliste qui fait ça. Le médecin généraliste

il est conscient du problème, il est aussi conscient que son organisation professionnelle ne lui permet pas de le faire.[...]

Disons que la consultation euh... ce serait de belles consultations mais disons que, non c'est autre travail quoi. Faudrait que je me forme, faudrait j'aïlle suivre des formations scientifiques. Donc moi je suis enseignant donc je sais aussi ce que c'est que l'éducation quelque part. Et je sais ce que ça demande, c'est exigeant. [...] »
entretien n°9

Enfin, les praticiens insistent sur la nécessité d'homogénéiser les discours des professionnels de santé notamment entre les médecins (parfois même au sein du cabinet médical), les paramédicaux et l'équipe de réseau.

« je pense qu'il faut tout le monde soit persuadé que, du message à délivrer et que ça soit le même parce que si on commence à faire des messages qui sont pas les mêmes c'est ... Je dis ça parce qu'on a déjà fait ce travail-là en interne dans la maison de santé [...]

Et je trouve que c'est quand même-bien, d'être tous à dire la même chose. D'uniformiser ce langage-là. Ça serait peut-être une idée avec PRECCOSS, avec les professionnels de santé intéressés [...] Qu'il y en ait pas un qui dise, « ben faut pas manger de pain du tout » ou « petit déjeuner ou il faut pas du tout petit-déjeuner »
entretien n°8

4.1.3 Le format de la consultation

Considéré comme inadaptés aux composantes de la prise en charge du surpoids et de l'obésité : la notion de temps, les motifs de consultations, les locaux du cabinet, le mode de

rémunération concernant les différentes tâches effectuées sont énumérés lors des différents entretiens.

« Mais si on veut rentrer dans le vif du sujet et bien ça demanderait beaucoup plus de temps et c'est vrai que c'est compliqué dans nos (désigne les murs du cabinet, les locaux,) [...] Du coup je me contente du conseil médical à minima et puis j'essaye dès que c'est possible, dès que j'en ai la possibilité, d'utiliser tout ce qui existe autour de moi pour orienter les gens. En dehors du cabinet ouai. [...]

Et c'est pas en une consultation de 15 minutes qu'on arrivera à régler tous les problèmes. C'est plus un programme où les gens vont s'inscrire, une forme de cursus, Ce cursus-là c'est du temps, c'est de l'organisation, c'est des moyens, euh des moyens pédagogiques, des moyens humains, des moyens financiers [...]

une fois je l'ai fait, j'aimais bien parler de gastronomie avec les malades qui avait des problèmes de poids mais pas spécialement des enfants mais disons des personnes qui avaient des problèmes de poids et leur dire « mais oui alors », essayer de parler avec eux plutôt du plaisir qu'on a, à manger des bonnes choses et essayer de voir si on pouvait pas essayer de trouver des bonnes choses à manger qui pouvaient être à la fois bonnes dans l'assiette à déguster et en même temps présenter des qualités pour améliorer la santé avec un peu moins de graisses un peu moins de sucres inutiles etc..., voir avec les patients si on pouvait justement explorer ce genre de choses mais en même temps on voit bien qu'il faudrait presque vivre avec eux, ou les mettre avec soi, mettre une cuisine ici, faire une après-midi chez pas quoi , on va éplucher des légumes, on va marcher ensemble dans le potager. Voilà. Ce côté-là à mon avis, « marcher avec les patients », c'est aussi quelque chose je me suis dit. Bon, on va leur dire de marcher, on leur dit ça, mais nous on est assis dans un fauteuil et eux aussi. Et en réalité probablement que ça serait mieux de faire une

déambulation avec eux pendant les 15 – 20 minutes de la consultation » entretien n°

9

« tout se fait à l'extérieur » entretien n°10

Les médecins se positionnent comme intervenants dans toutes les étapes et disciplines de la prise en charge : prévention, traitement, coordination, conseils nutritionnels et sur l'activité physique etc... Cependant ils estiment que le temps d'une consultation, les locaux du cabinet médical, la rémunération sont inadaptés pour bien faire.

« J'ai pas les moyens dans mon cabinet de faire l'éducation thérapeutique véritable, je peux que donner des conseils au fil des consultations, mais je suis pas organisé en SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) pour faire de l'éducation thérapeutique, on va dire digne de ce nom. » entretien n°9, homme, exercice libéral individuel en cabinet

Le mode d'installation du médecin semblerait influencer sa capacité à assurer une prise en charge adéquate, selon les recommandations de bonne pratique de la HAS. Le praticien de l'entretien N°9 pratique seul dans un cabinet libéral et confesse que la prise en charge de l'obésité peut difficilement être assumée entièrement dans ce mode d'exercice. Il évoque ensuite l'exercice médical organisé en société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA). Certains médecins interrogés travaillaient selon ce mode d'exercice dans les maisons urbaines de santé pluridisciplinaires. Ce mode d'exercice est encouragé par les agences régionales de santé mais uniquement dans les maisons et pôles de santé (MSP). Les ARS ont définis des objectifs dits « indicateurs » diverses, dont la concertation pluri-professionnelle et la facilitation de l'accès aux soins dans l'obésité de l'enfant. Ils sont valorisés par des rémunérations en plus des consultations.

4.2 Les familles

« on a souvent des familles de gros » entretien n°5

« C'était pas très très opérant. Les petits conseils : « pas boire de soda », l'hygiène alimentaire comme on dit. Pff.... Je savais que tout le monde disait « oui oui » et que ça passait à la trappe très rapidement. Car c'était inclus de manière très structuré dans la vie de la famille. » entretien n°6

« Trop compliqué, alors ils ont pas le temps alors euh (il imite les parents) « on est occupé, on travaille ». Ils attestent des problèmes techniques, en vérité c'est pas ça. C'est qu'ils ont peur, ils ont peur de devoir prendre en charge des problèmes dont ils sentent très bien que ça va être compliqué. Et puis ils se rendent pas suffisamment compte de la gravité. » entretien n°7

« Finalement, le gamin qui a pas accroché, c'est parce que de toute façon les parents eux n'étaient pas dans l'optique de l'aider. » entretien n°1

En tant que médecin de famille, le praticien peut intervenir auprès des parents et de l'enfant. Que les parents soient en surpoids ou non, lorsqu'ils décrivent les consultations les médecins rapportent l'approche de l'obésité à l'échelle familiale.

Les praticiens incriminent les modes de vies ancrées dans le groupe familial (la « vie de famille ») auxquels ils estiment avoir peu accès. La limite est floue dans leur implication. Un médecin interrogé suppose qu'une plus grande implication au sein du cercle familial serait bénéfique, mais renvoie la tâche aux éducateurs, enseignants.

« ...On voit bien qu'il faudrait presque vivre avec eux [...] Apprendre aux enfants à bien se nourrir, à mon avis c'est plus un travail d'éducation auprès des parents et des enseignants et tous les éducateurs » entretien n°9

Le médecin se heurte parfois à des familles qui ne sont pas demandeuses voire réticentes à la prise en charge du surpoids et de l'obésité de leur(s) enfant(s). Les entretiens avec les médecins rapportent plusieurs raisons à cela.

4.2.1 *Des perceptions différentes du surpoids et de l'obésité par le médecin et la famille*

Le médecin va tenter d'attirer l'attention de familles sur ce qui au sens médical est une pathologie, mais peut ne pas être perçu comme tel par l'enfant et les parents. Cet exercice est présenté comme la conversion d'une vision profane du patient qui ne « voit » pas la corpulence selon les normes des courbes statur pondérales IOTF, ni les risques encourus et donc l'enjeu du traitement. Le médecin se heurte en consultation à des conceptions plus complexes que la définition seulement scientifique de l'obésité.

« ça ne vient pas toujours par la demande des parents, ou de la famille hein ? Où encore la vision alors ... peut-être plus en quartier populaire je ne sais pas, d'être en bonne forme, c'est être euh... entre bien portant, une certaine opulence, être bien, un bon gros bébé, ou un enfant bien portant » entretien n°10

La perception de l'obésité est différente pour l'enfant, le parent, et le médecin.

« ...ils savent que les médecins peuvent faire quelque chose pour eux pour être moins gros. Pas forcément être moins malade. Alors nous on va leur parler maladie, eux, ils préfèrent, qu'on leur parle silhouette ou forme ou quelque chose comme ça. Il y a déjà plein de décalages, » entretien n°9

L'abord du diagnostic est décrit comme une difficulté majeure de la consultation. Le médecin donne l'impression de « marcher sur des œufs », face à un décalage entre des perceptions « profanes » qu'il ne maîtrise pas et sa perception scientifique de l'obésité.

« Moi j'ai un regard très ambivalent sur l'obésité, et je suis.... Je trouve que pfff... parler de ... voilà je suis pas à l'aise avec cette question-là. D'ailleurs je bafouille [...]

Aller leur dire qu'ils alimentent pas bien leur enfants... Parce que même si on le dit pas comme ça, même si c'est un discours qui est... c'est comme ça qu'ils le ressentent. Je trouve que c'est encore, les dévaloriser [...] Ici, ben l'hospitalité fait que quand les gens vont se voir les uns les autres, au moment des fêtes, c'est comme ça, on va se rendre visite. Et puis on peut débarquer à l'improviste. Et si, moi quand les gens m'invite à manger à midi, si je ne bois que de l'eau c'est comme si vous refusiez une très bonne bouteille de vin.

-En touchant à l'alimentation des gens, on touche à leurs liens en fait ... ?

-Voilà, donc c'est leur insertion dans la communauté. Et ça, ça a été extrêmement difficile et sensible. [...]

Et quand on entend les parents étrangers, qui disent, les africains, qui disent que ce qu'ils font à manger c'est pas bon, parce que c'est trop gras. Et qu'il vaut mieux faire du Steak et du Haricot vert, je me dis, mais « on marche sur la tête ». Parce que là, c'est en plus un sentiment de dévalorisation de leur culture.[...]

[...] attention avec les enfants, quand ils rencontrent un professionnel de santé, la seule chose dont on lui parle c'est de son poids, et probablement, que cet enfant a envie de parler de ce qu'il aime, de ses copains, de ses difficultés à l'école, de ses difficultés avec ses parents »

- Dans vos consultations de suivis c'était ça ? Vous avez focalisé sur le poids ?

- ...Mais je sais même pas dire qu'un enfant est en surpoids. Comment on dit ça, sans dévaloriser l'enfant. C'est tellement important. C'est tellement important un enfant pour un parent. Parce que c'est une critique qu'on fait à l'enfant. Et une critique qu'on fait à leur manière de l'avoir élevé. On a beau dire que non... » Dr. J

Dans ces extraits de l'entretien, le médecin aborde différents moments de la consultation de prise en charge de l'obésité dans lesquels un discours normatif purement médical pourrait

entraver le lien entre le soignant et le soigné. Le médecin se trouve mal-à-l'aise car ses « petits conseils » pourraient ne pas tenir compte des composantes familiales culturelles, communautaires qu'il maîtrise souvent mal. Cela constitue un moment délicat où le praticien est mal à l'aise, prend le risque de stigmatiser, dénigrer l'éducation des parents, les composantes culturelles, communautaires liées à l'alimentation.

La façon dont le médecin aborde l'obésité est variable. Certains se réfèrent d'un côté à leurs vécus, représentations, et expérience ou alors rapportent clairement des éléments d'approches propres à l'entretien motivationnel et à l'éducation thérapeutique à « *partir du besoin que les gens expriment* » entretien n°3. La majorité des médecins interrogés adopte donc une approche prudente, conscients du « rôle de grand stigmatisateur » que pourrait avoir le médecin vis-à-vis des patients obèses (35).

4.2.2 *Le lien mère-enfant fragilisé*

« Moi c'est de ...ça commence de 5-6 ans jusqu'à 12 ans. Ils (les enfants) ont rien à dire. Si le parent décide qu'il y va, il y va. C'est les parents qui sont réticents. Les mamans surtout. Parfois les pères sont impuissants. C'est la mère qui gère les achats, la cuisine [...]

C'est des problèmes tellement délicats de remise en question de tout un mode de vie. La mère euh, très culpabilisée aussi. C'est ça le problème hein. Vous êtes en train de lui dire qu'il faut soigner l'enfant, mais que, la responsable de tout ça c'est elle en vérité. En grande partie. Après c'est comme ça qu'elle est perçue.» entretien n°7

« En général les parents viennent pour autre chose et les parents disent « oui, au fait, on trouve qu'il est en surpoids » ou c'est moi qui constate et qui amorce la discussion. » entretien n°1

En pédiatrie, la relation thérapeutique est triangulaire : elle implique le médecin, les parents et l'enfant. Dans l'idéal chaque partie va œuvrer dans le sens de la guérison.

La responsabilité maternelle est pointée du doigt par les médecins. La mère est souvent identifiée comme celle qui cuisine, gère les achats alimentaires. Les entretiens sont quasi-systématiquement orientés vers elle lorsqu'il est question d'alimentation. Les pères sont rarement cités voire décrits comme « impuissants » (entretien n°7).

Un autre informateur ironise notamment sur le rôle protecteur du parent vis-à-vis du sport chez l'enfant obèse : « *et puis qu'il bouge pas trop ça pourrait lui faire mal* » entretien n°6

Le médecin posant le diagnostic d'obésité comme maladie sait qu'il va perturber l'équilibre familial.

4.2.3 Selon le genre et l'âge de l'enfant

Le médecin à l'impression d'être plus ou moins entendu par les familles selon le genre et l'âge de l'enfant.

On note des redondances dans les représentations des familles liées au sexe et à l'âge des enfants, et pour lesquelles les médecins se sentent en difficulté :

« j'ai vraiment le sentiment de... avant 6 ans, d'avoir jamais comme motif de consultation « je viens parce que mon enfant est trop gros ». Jamais. Alors que le motif de « mon enfant est trop maigre », il vient cent fois plus que l'inverse »
entretien n°6

« Ça dépend aussi de l'âge mais disons chez les petits enfants, les enfants vraiment en surpoids c'est pratiquement pas résolvable par nous-mêmes. » entretien n°4

« ouai l'ado, le collégien, il est super concerné par ça et ça serait vraiment de pouvoir les inclure dans PRECCOSS. On peut imaginer des choses autour de ça.

Autant le petit de deux ans, là c'est compliqué c'est plutôt les parents qui voient pas du tout l'intérêt de ce qu'on se préoccupe de leur enfant qui, de leur bébé qui est bien potelé comme il faut, euh voilà. Puis après les primaires c'est un petit peu intermédiaire, souvent les parents sont –déjà, là- plus concernés. Les enfants : c'est plus les filles puis après un peu les garçons, à l'école primaire. » entretien n°8

La famille est peu accessible à la prise en charge sur le versant du surpoids et obésité, lorsqu'il s'agit d'un nourrisson, d'un très jeune enfant.

Pour les praticiens, la perception du « beau bébé bien dodu » par les familles les freine dans leur prise en charge. L'embonpoint est perçu comme signe de bonne santé. Quand il est pathologique ceci est difficile à expliquer aux parents. Au contraire, chez le nourrisson, la crainte de la maigreur est très présente.

Chez les jeunes filles, les parents solliciteraient plus facilement leur médecin. Il est question de risques d'exclusion par exemple à l'école, ou dans l'avenir.

*« Mais euh je pense que c'est, par exemple si on reprend le « ouai si c'est t'es trop grosse- par exemple si t'es une petite fille- tu trouveras pas de mari »
entretien n°9*

Dans le cas des jeunes garçons en surpoids, les médecins sont freinés dans leur démarche par l'aspect « bien portant » ou « fort » attribué à la corpulence de l'enfant. Ça n'est pas le cas si l'obésité est très importante.

« Le garçon qui est en surpoids, il est grand il est costaud (le médecin rapporte ce qu'il a parfois entendu des familles en consultation)... » entretien n°3

Ces différences de genre ne sont plus constatées à l'adolescence. Les médecins estiment être plus facilement sollicités par les familles à cet âge-là.

Les problèmes dans la famille vont perturber aussi le soin de l'enfant en surpoids : c'est le cas des familles enchevêtrées, « la mère qui élève seule l'enfant ».

5. Médias, Industrie agroalimentaires

Les médecins ont le sentiment que leurs actions sont limitées aussi à cause de l'offre alimentaire et de la promotion de conduites alimentaires obésogènes. Certains considèrent que les messages de santé publique notamment du PNNS (par exemple « 5 fruits et légumes par jour » ...) ne sont qu'un « bruit de fond » bien connu de leurs patients et estiment que cela est insuffisant.

« Dans la vie courante ce que j'avais face à ces conseils, c'était la pub. Les panneaux de publicité qui disaient « mangez des Mars, vous serez tellement plus heureux », « mangez des céréales au petits déjeuner, c'est bien », et puis quand on est bien rebondi c'est que tout va bien dans la vie, voilà c'est ... (rires). C'est un message très très fort qui est très fort et permanent [...] J'avais l'impression que mes petits conseils, c'étaient des petits conseils par rapport à une injonction au bonheur alimentaire, « consommez, vous verrez ! » entretien n°6

« Après les gens savent, ils sont abreuvés à la télé des messages euh buvez de l'eau, machin, euh, « cinq fruits et légumes », ils le savent en fait. Ben quelque part c'est quelque chose du bruit de fond de santé pub qui quand même est un peu intégré. Ils savent très bien que manger des Curlys ou des carottes c'est pas pareil. Ils sont pas idiots nos patients. Mais peut-être quand ça vient de la part d'un professionnel de santé de santé il y a aussi un poids. Euh (Rires) c'est le mot. Qui peut, peut-être s'ils avaient encore un doute ou s'ils étaient dans cette réflexion, qui peut, peut-être, les appuyer dans un début de démarche. » Entretien n°10

DISCUSSION

1 Biais internes

1.1 Les informateurs

La population des informateurs comportait uniquement des praticiens exerçant la médecine générale. Hors, les familles consultent aussi des pédiatres en ambulatoires et certains d'entre eux participent à l'inclusion d'enfants à PRECCOSS. Cela constitue un biais de sélection car les sondés risquent de n'avoir pas les caractéristiques de l'ensemble des médecins prescrivant le programme.

Trois des médecins interviewés connaissaient personnellement les acteurs du programme. Dans un sens, cela a pu inhiber les informateurs dans la formulation d'expériences négatives à l'égard du programme.

Comme en témoigne le faible nombre d'appels ayant donné suite à des entretiens, l'accès aux médecins généralistes était difficile. La difficulté portait surtout sur le temps qu'ils souhaitent accorder à ce type d'étude. Les entretiens les plus courts étaient ceux pour lesquels les praticiens ont souhaité me recevoir entre deux consultations. Comme souligné dans l'interprétation de nos résultats, ce « manque de temps » disponible hors-consultation leur pose aussi problème pour assurer une prise en charge satisfaisante de leurs patients.

1.2 L'investigateur

Etant moi-même médecin remplaçant en médecine générale, on peut présumer que les praticiens interrogés ont plus facilement accepté de prendre du temps, se livrer sur leur pratique et leur opinions, à un futur confrère, plutôt qu'à un interrogateur externe à leur domaine. Appartenir au milieu médical peut aussi entraîner un biais de confirmation d'hypothèses, ou de présupposés liés à la propre expérience du chercheur sur le sujet. Pour

atténuer ce biais, les questions étaient ouvertes et orientaient le moins possible les médecins interrogés.

J'effectuais ici ma première enquête qualitative par entretiens semi-directifs. L'inexpérience liée à cet exercice peut constituer un biais dans le recueil et l'analyse des informations.

Le directeur du travail de thèse, médecin généraliste et adjoint à la santé à la mairie de Strasbourg, a participé à la promotion et la création du programme PRECCOSS. J'ai donc veillé à préserver une objectivité systématique dans la formulation des questions du guide d'entretien, dans la manière de mener ces entretiens et dans l'analyse exhaustive des données recueillies.

2 Biais externes

Les entretiens présentiels ont eu lieu dans tous les cas au sein des cabinets médicaux des médecins (salle de consultation, ou salle de réunion). Des facteurs sans lien avec le sujet ont perturbé le déroulement de 5 entretiens sur 10 : réception d'un appel téléphonique, interruption temporaire par un autre médecin. Cela a pu détourner l'attention de l'informateur sur le sujet et nuire à la qualité de l'entretien.

La présence d'un dictaphone n'a pas semblé distraire les informateurs, si ce n'est lors d'un entretien à un moment où l'informateur critiquait négativement le programme. Le rappel de l'anonymat des informateurs lors de la présentation des données a pu permettre de rassurer les praticiens.

3 Biais liés à l'analyse

Dans ce type d'enquête, on peut s'interroger quant à la part de subjectivité de l'analyse effectuée par l'investigateur. Pour limiter cela dès le début de l'analyse, nous avons effectué –sur deux entretiens– un double codage avec une autre interne de médecine générale effectuant elle-même une étude qualitative s'adressant à des médecins

généralistes (cf. annexe CD-ROM). Le croisement de nos codages ne montrait pas de différence significative.

D'autre part une triangulation des données a permis de limiter la part de subjectivité et de renforcer la qualité de l'analyse en croisant les résultats avec une étude abordant le même thème. Ceci n'était cependant pas possible pour l'objectif primaire, mais seulement pour l'objectif secondaire. Pour ce faire, j'ai comparé les résultats obtenus avec ceux de la thèse de Thibaut Rustenholz sur les difficultés des médecins généralistes à prendre en charge des enfants en surpoids et obèses de 3 à 12 ans en Alsace du Nord(23).

4 Les résultats

4.1 PRECCOSS est une aide à la coordination

Le dispositif est perçu par les médecins comme un soutien. Les résultats de l'étude mettent en valeur une facilitation de leur travail concernant la coordination du parcours de soins pour l'enfant en surpoids ou obèse. Cela souligne les difficultés des médecins à effectuer le travail de coordination des soins ambulatoires requis par la HAS. Cependant la question d'une rémunération pour ce temps de travail de « médecin-pivot » se posait.

Une autre étude sur le rôle de coordinateur du médecin généraliste confirme ces difficultés que rapportent les médecins à orienter(30,36).

Rappelons que pour une maladie d'origine multifactorielle comme l'obésité, et en dehors d'un réseau de soins pluridisciplinaire disponible en ambulatoire, le médecin qui veut déléguer la prise en charge, aura soit la possibilité de laisser le patient organiser lui-même son parcours de soin, soit de le guider vers les acteurs de soins disponibles en consultation libérale ou en consultation hospitalière. Les praticiens interrogés déplorent ces deux solutions car elles leur semblent limitées. En effet le cout d'un diététicien, ou d'un psychologue en ville n'est pas négligeable et non remboursé par la sécurité sociale. D'autre part, guider le patient dans son parcours de soins implique un temps de coordination (courriers, appels etc...) parfois long, alourdissant encore la charge de travail de la consultation.

Quant à la consultation à l'hôpital, hormis la « césure hiérarchique symbolique traditionnelle » entre généralistes et hospitaliers (37), les interrogés déplorent des délais de rendez-vous trop longs, et ont l'impression que le cadre hospitalier est « peu adapté à la vie courante de l'enfant ». Les entretiens montrent que les généralistes réservent la prise en charge hospitalière plutôt pour les cas d'obésité les plus sévères.

Comment valoriser l'acte de coordination et d'orientation des soins effectué par les médecins ? Des nouveaux modes de rémunérations tentent de répondre à cette attente mais ne concernent pour l'instant que les maisons et pôle de santé pluridisciplinaires.

4.2 Des effets du programme sur la pratique des médecins :

Les entretiens suggèrent que l'existence du programme et la possibilité de le prescrire pourrait inciter le médecin à être plus systématique et plus volontaire notamment dans le dépistage et l'abord diagnostique du surpoids et de l'obésité. Cela pourrait constituer un effet « motivant » indirect du programme dans la pratique du médecin qui, lorsqu'il bénéficie d'une offre de soins adaptée à ses besoins va d'une part le proposer à ses patients mais d'autre part tenter d'améliorer sa pratique à son niveau. Et peut-être sortir d'un certain fatalisme concernant le pronostic de l'obésité. Etant donné le grand nombre de réseaux de santé mis en place en France ces dernières années, il serait intéressant de comparer les pratiques des médecins participants et des non-participants pour savoir s'il existe un effet réel de ces programmes sur leur pratique.

Les praticiens interrogés se disaient limités concernant l'éducation thérapeutique du patient et les conseils à donner aux familles. Un médecin s'appuyait en consultation sur un tract du dispositif PRECCOSS dédié aux familles. D'autres médecins évoquaient la nécessité de mise à jour de leurs connaissances sur l'obésité infantile. En dehors d'une aide à la coordination des soins et au suivi de l'obésité, le programme PRECCOSS pourrait-il redonner confiance aux médecins dans leur pratique, voire permettre à ce qui le souhaitent de se former, d'actualiser leurs connaissances sur les modalités de prise en charge de l'obésité infantile ?

4.3 Faire évoluer les motifs de consultations en médecine générale

Si l'on s'intéresse aux motifs de consultation pédiatriques en médecine générale, selon une étude de la DRESS, elles sont majoritairement justifiées par des infections bénignes (ORL, voies respiratoires etc...) (21). Elles concernent rarement la prévention et lorsque c'est le cas, il s'agit surtout de la prévention vaccinale. En plus des consultations obligatoires de l'enfant jusqu'à 6 ans, une consultation spécifique semestrielle dédiée au suivi de l'obésité de l'enfant de 3 à 12 ans est mise en place depuis 2017. Il serait intéressant d'évaluer en pratique la faisabilité et le contenu de ce type de consultation.

Certaines familles auraient pris connaissance de PRECCOSS par effet de bouche-à-oreille et viendraient consulter spécifiquement le médecin pour en faire bénéficier leur enfant en surpoids. L'existence de tels dispositifs pourrait donc contribuer à légitimer le rôle de « préventologue » du médecin généraliste et de faire évoluer les motifs de consultations chez le médecin généraliste.

4.4 Génération de médecins en réseau de santé

Deux médecins installés depuis peu pointent du doigt la différence de pratique qu'il peut y avoir entre deux générations de médecins. D'un côté les médecins avec un abord plutôt normatif et autoritaire de la prise en charge ; comme par exemple des restrictions alimentaires, des recommandations précises pas ou peu individualisées. De l'autre côté des médecins utilisant les « outils » à disposition pour effectuer une approche individuelle, centrée sur le patient et son environnement.

Il y aurait donc un changement dans les modes de pratiques qui varient selon les générations de médecins. Les médecins plus jeunes seraient-ils plus sensibilisés à ces questions de prévention ? Et seraient-ils plus dans le besoin de s'appuyer sur des réseaux de soins ambulatoires ?

Les réseaux de santé ne sont pas si récents. Ils ont été institutionnalisés depuis la loi Kouchner de 2002, et existaient déjà auparavant. Selon un rapport de l'IGAS de 2006 sur le contrôle et l'évaluation du fond d'aide à la qualité des soins de ville et de la dotation de développement des réseaux, la proportion des médecins généralistes participant à ces réseaux de santé est très limitée (28).

D'autre part, ce phénomène de différence de pratique entre générations est en contradiction avec notre étude dont la population étudiée comporte des médecins de toutes les tranches d'âges qui utilisent des réseaux de santé.

Le travail en réseau de santé des médecins généralistes n'a donc à priori pas d'aspect « générationnel ».

4.5 Résultats attendus et difficultés d'évaluation

Les médecins interrogés lors de la période 2016-2017 ont pour certains un recul de 3 ans sur le programme. Ils y participent sans pour autant constater de résultats sur le poids. Certains mettent en avant la qualité de vie, les changements des modes de vie concernant l'alimentation et/ou l'activité physique. Ils incriminent pour la plupart un manque de recul, ou la nécessité d'un investissement à plus long terme. Cela questionne sur la durée de suivi de l'enfant par le programme (en théorie 3 ans) ; mais aussi sur les critères d'évaluation des bénéfices qu'apportent de tels dispositifs.

Une revue de la littérature d'études randomisées sur les interventions en soins primaires contre l'obésité infantile insistait sur l'importance d'actions rapprochées sur le long terme, avec un suivi de l'IMC, de l'observance, et du nombre de patients perdus de vue mais aussi d'évaluer la satisfaction des familles, afin de mieux cerner les effets de tels dispositifs et de les améliorer (38).

La plupart de ces données sont reportées dans les rapports d'activité annuels de PRECCOSS(28). On constate dans notre étude que les médecins n'ont pas pris connaissance de ces rapports.

L'adhésion des patients et leur « observance » du programme importe beaucoup aux médecins interrogés. Ils ont le sentiment que le programme ne parvient que très peu à faire prendre conscience du problème de santé qu'est l'obésité bien qu'il « crée de la conscience ». L'enquête de Noémie Mutzig auprès de 17 familles bénéficiaires du programme PRECCOSS notait sur différents entretiens l'apport du dispositif dans le changement vers des habitudes de vie plus favorable à la santé (nutrition, activité physique, sommeil)(39).

4.6 L'appropriation du programme et ses limites

Les médecins généralistes interrogés définissent le dispositif PRECCOSS comme un moyen d'orienter le patient. Il y a ceux qui vont poursuivre le suivi des familles en parallèle du programme et tenter de centraliser les informations qualifié de « médecin-pivot ». Puis ceux que l'on peut qualifier « médecin de famille-coordonateur » qui accompagnent, montrent l'itinéraire, mais respectent l'autonomie du patient(30). Ces derniers déclaraient ne plus s'occuper ensuite du suivi de l'enfant. Ils sont aussi ceux qui avaient le moins connaissance des professionnels du dispositif et de leur travail. Alors que les médecins « pionniers », qui ont participé notamment à l'inauguration du programme relançaient régulièrement les familles en consultation après leur inclusion dans le programme. Dans tous les cas les médecins déploraient des patients perdus de vue ou un manque de retour de l'équipe.

Il semble utile de préciser que les entretiens avec l'équipe PRECCOSS faisaient aussi apparaître des difficultés pour contacter les médecins généralistes.

La qualité des échanges entre médecins libéraux et professionnels de santé du dispositif est donc un élément important dans la qualité de la prise en charge de l'enfant au long cours.

Ce temps d'échange était pourtant perçu comme nécessaire par l'équipe et les médecins. Les médecins pointaient du doigt le manque de temps disponible dans leur pratique. L'un des médecins interrogés était réticent à accorder un temps de concertation pour lequel il n'était pas rémunéré. L'envoi de comptes rendus formalisés, réguliers, complétés par chaque acteur du programme sont désormais systématiques.

En pratique les échanges lors du suivi patient sont plutôt unilatéraux avec des envois de compte-rendu par l'équipe vers le médecin et pas l'inverse. Celui-ci va simplement prescrire le programme et ne donne pas d'autres informations. Somme toute, le médecin généraliste ne modifie pas profondément sa manière de travailler et conserve son autonomie dans son travail. En effet les médecins expriment souvent leur refus de s'investir dans le suivi autrement qu'en prescrivant car ils invoquent un manque de temps ou de rémunération pour la concertation, le travail en équipe.

Il semble important de noter qu'il existe dans le paysage sanitaire actuel une multitude de réseaux de santé mais aussi des associations diverses dont la répartition est plutôt hétérogène sur le territoire. C'est par exemple le cas des réseaux RÉPPOP qui ne sont présents que sur certains départements. Il existe aussi des réseaux liés à d'autres pathologies que l'obésité (maladie neurodégénératives, diabète, cancers etc...) dont un grand nombre fait appel à une collaboration plus ou moins étroite avec le médecin généraliste. Paradoxalement cette multiplication de réseaux pourrait s'avérer contre-productive puisque le médecin voire le patient ne sauraient plus comment s'orienter. D'autant qu'il n'existe pas vraiment de catalogue de ces réseaux de santé. L'enquête qualitative de l'anthropologue Aline Sarradon-Eck sur les réseaux de soins informels, retrouve aussi ces difficultés des professionnels de santé à travailler ensemble.

Enfin, la recherche d'autonomie du médecin dans sa pratique (volontés de maîtrise de la décision thérapeutique, du libre choix de ses partenaires, de relation privilégiée avec son patient etc...) est en contradiction avec son idéal de travail pluridisciplinaire. Cela crée un cloisonnement entre professionnels de santé. La prise en charge risque alors d'être le résultat d'actions superposées plutôt que d'un travail coordonné pour le patient (30) (40).

4.7 Les difficultés de prise en charge de l'obésité infantile en médecine générale

La promotion et l'éducation pour la santé doivent être favorisées par les médecins généralistes par une intervention appropriée et efficace. C'est une des caractéristiques de la médecine générale selon la WONCA, l'organisation mondiale des médecins généralistes(29).

Les médecins interrogés ont tous essayé de prendre en charge eux-mêmes les familles, mais ils reconnaissent des contraintes en consultation face à ce diagnostic, et sont fatalistes quant aux résultats. Les freins exprimés par nos médecins interrogés dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantiles sont confirmés de façon assez unanime par d'autres travaux sur le sujet. C'est le cas de la revue de la littérature de Matthieu BURGER qui identifie le cadre inadapté de la consultation, le manque de connaissances et de formation, et les sentiments d'inefficacité personnelle du praticien(41). Plus localement, l'étude qualitative menée par Thibaut Rustenholz concernant les difficultés des médecins généralistes d'Alsace du Nord dans le surpoids et l'obésité des enfants de 3 à 12 ans, retrouvait de nombreuses contraintes similaires à notre étude, notamment celles liées aux praticiens, aux familles et la relation médecin-malade(42).

Les praticiens de notre étude étaient fatalistes quant à la portée de leur travail vis-à-vis de changement des habitudes de vie dans les familles d'enfants en surpoids ou obèses. L'étude de Hélène Unterfinger sur les représentations parentales de cette pathologie confirme

l'intérêt des familles concernant les recommandations de leur médecin. Il jouerait un rôle clé dans la prise de conscience de la gravité du problème et dans l'amorce d'une prise en charge (43). Des évaluations futures sont donc nécessaires, afin d'évaluer la qualité du discours des praticiens en consultation, concernant le surpoids et l'obésité de l'enfant.

Les informateurs de notre étude déploraient tous le manque de temps en consultation lorsque le motif de surpoids et d'obésité de l'enfant était abordé. Selon une étude de la DREES, la durée moyenne d'une consultation avec un enfant de moins de 16 ans est de 14 minutes(44). Il faut déjà préciser les consultations peuvent comporter plusieurs motifs différents. De plus, les maladies chroniques ou la prévention ne sont pas des raisons fréquentes pour consulter son médecin. En 2007, l'activité de prévention chez l'enfant ne représentait qu'une séance sur huit. Les familles se déplacent chez le médecin le plus souvent pour des pathologies bénignes aiguës (ex : infections des voies respiratoire hautes) (44). Dans le cas de l'obésité, ou du surpoids, ceci est rarement un motif de consultation et le médecin lorsqu'il met en évidence la pathologie, rencontre des difficultés à reconvoquer l'enfant pour établir un suivi.

Dans l'état actuel des choses, sur le terrain, le format d'une consultation de médecine générale semble peu compatible à la prise en charge de cette pathologie.

Les consultations de contrôle obligatoires ou recommandées sur le carnet de santé, ou encore celles plus spécifiques du suivi de l'obésité de l'enfant peuvent être une opportunité pour aborder ce sujet.

Il y a des contradictions entre les attentes des politiques de santé envers les MG et leurs capacités à y répondre. Chaque nouvelle recommandation souligne le rôle du médecin généraliste en amont des pathologies. Ceci renforce l'intérêt et le rôle de la médecine générale dans le système de soins, mais le cadre de la consultation libérale est relativement inchangé, laissant les médecins se débattre comme ils peuvent sur le terrain comme le

souligne l'article de la sociologue Géraldine Bloy sur l'échec des messages préventifs en Médecine générale (45).

CONCLUSION :

L'étude qualitative par entretiens compréhensifs menée avec des médecins généralistes participant au programme de prise en charge coordonnée d'enfants obèses et en surpoids à Strasbourg (PRECCOSS) a permis de mieux cerner les opinions des médecins et leur manière d'intégrer ce dispositif dans leur pratique.

Les praticiens interrogés sont peu convaincus de l'efficacité des moyens qu'ils déploient pour lutter contre le surpoids et l'obésité infantile. Leurs propos incriminent trois grandes entités freinant leur prise en charge : le « médecin », « la famille », « les médias et l'industrie agro-alimentaire » :

- Le médecin se perçoit comme un frein dans la prise en charge car il s'estime « mal équipé » et peu légitime à s'occuper des familles d'enfant(s) obèse(s). Il doute de ses connaissances et de sa formation qu'il juge insuffisantes concernant la nutrition, les conseils relatifs à l'activité physique, ou de l'éducation thérapeutique. Bien qu'investi de sa mission de thérapeute, on constate que le généraliste est limité par des modalités propres à la consultation de médecine libérale. En effet, l'entretien avec le patient est trop court, rarement dédié à la promotion de la santé, et encore moins à la prévention du surpoids ou l'obésité de l'enfant. La prise en charge de cette pathologie est pluridisciplinaire et nécessite de la coordination, rôle qui revient dans les faits au médecin généraliste. Il s'agit par exemple d'appels téléphoniques, de prise de rendez-vous, de rédaction de courriers etc... Et cela implique d'alourdir le « fardeau administratif » sous lequel les médecins généralistes croulent déjà.
- La famille est décrite comme un facteur limitant la prise en charge principalement par sa perception non médicale du surpoids et de l'obésité. Le médecin

peine à convaincre du caractère pathologique de la corpulence d'enfants, parfois perçus par leur(s) parent(s) comme bien-portants. La perception de l'image corporelle de l'enfant est complexe, liée au milieu social, à la culture, aux croyances de la famille ou encore l'âge et le sexe de l'enfant. Le généraliste va questionner des modes de vies, des comportements alimentaires et sédentaires « obésogènes » et cela sous-entend de réadapter, voire perturber et menacer l'équilibre familial, le lien mère-enfant.

- Les médias et l'industrie agro-alimentaire semblent aux médecins plus à même de modifier les comportements de leur patient. Ils estiment que leurs « petits conseils » n'y suffiront pas. Le programme PRECCOSS leur paraît aller dans le « bon sens » mais reste insuffisant voire utopique face à la place trop importante dans le commerce des aliments à faible valeur nutritive, trop sucrés ou trop riches en matières grasses et le martèlement publicitaire incitant à les consommer.

Malgré ses opinions plutôt défaitistes sur le sujet, le médecin généraliste se considère de fait comme un des acteurs principaux sur le terrain, pour éduquer, prévenir, dépister, traiter le surpoids et l'obésité de l'enfant.

Le dispositif de santé PRECCOSS a suscité de l'espoir chez les médecins participants et il est vécu comme un soutien dans leur travail. Il semble en effet correspondre à l'idéal qu'ils se font du traitement du surpoids et de l'obésité de l'enfant : une approche personnalisée, en équipe pluridisciplinaire, sur le long terme.

Les entretiens suggèrent que la mise à disposition de l'outil PRECCOSS pour le médecin pourrait avoir pour effet indirect de l'inciter à mesurer et peser plus systématiquement l'enfant en consultation. D'autre part l'existence même du

programme lui donne l'impression d'être plus « entendu » et soutenu dans les discours de promotion de la santé qu'il tient habituellement.

Le programme est utilisé surtout comme un moyen d'orientation qui permet de lever des obstacles pour le médecin et le patient. Il permet par exemple au généraliste de déléguer la coordination des soins. Le coût élevé de l'accès à certains spécialistes, diététiciens, psychologues, coach sportifs ou encore l'isolement de certains quartiers constituent des obstacles à l'accès aux soins. Le médecin a désormais dans son carnet d'adresse un accès aux soins gratuit et à proximité à offrir à ses patients. La prescription du programme par le médecin est donc perçue comme simple, pratique et adaptée à leur mode d'exercice des soins primaires.

On distingue deux attitudes distinctes des médecins qui ont adressé leur patient à PRECCOSS. Certains vont se désinvestir du suivi une fois la prescription remise au patient et « se débarrasser du problème ». L'autre partie des médecins estiment que leur tâches restent les mêmes vis-à-vis du patient inclus dans PRECCOSS et ne changent pas leur modalités de prise en charge.

L'appropriation de ce programme dans leur consultation a ses limites, et ne modifie en rien leur autonomie professionnelle, ni leur mode d'exercice libéral. Le dispositif PRECCOSS ne parvient pas encore à décloisonner le système des soins en ville. La prise en charge du patient semble être le fruit d'action superposées qui ne parviennent pas ou peu à s'articuler entre elles.

Ce cloisonnement est notable lorsqu'il est question pour les médecins de consacrer un temps d'échange et de communication avec l'équipe PRECCOSS autour des familles incluses. Bien qu'ils attribuent au travail d'équipe un intérêt certain pour le patient, les médecins ne sont pas enclins à l'intégrer dans leur

pratique. L'absence d'un temps dédié et rémunéré prévu à cet effet est clairement pointée du doigt.

Les entretiens révèlent une méconnaissance parfois importante chez les médecins du travail effectué par l'équipe PRECCOSS. Cela peut conduire à des tensions, et à de l'incompréhension de ce qui est fait ou pas. A terme, le risque est de voir les médecins se désinvestir progressivement du dispositif. Du côté de l'équipe, l'envoi systématique de courriers formalisés à chaque étape du programme pourrait permettre de maintenir un lien -bien qu'unilatéral- sur le suivi à long terme des enfants.

Le médecin généraliste constitue donc un élément essentiel mais fragile au sein du dispositif PRECCOSS. La réflexion sur le travail en équipe pluridisciplinaire est indispensable pour la pérennité du programme et doit aussi s'adapter aux modalités de la pratique du médecin.

Les recommandations sur l'obésité et le surpoids de l'enfant ne cessent d'orienter la prise en charge en amont de la pathologie notamment dans le dépistage précoce et la prévention. Elles donnent à la médecine générale une place prédominante mais ne tiennent pas suffisamment compte de la faisabilité sur le terrain. La reconnaissance récente du statut de « médecin traitant de l'enfant » et l'introduction de la consultation semestrielle spécifique du suivi de l'enfant en surpoids ou obèse entre 3 et 12 ans sera-t-elle suffisante à faire évoluer la discipline ?

Si l'on veut poursuivre l'évaluation du dispositif PRECCOSS et saisir la complexité de la prise en charge de l'enfant en surpoids ou obèse dans le système de soins actuel, des études sont nécessaires afin d'évaluer l'implication des patients et leurs représentations de la maladie.

VU

Strasbourg, le 29 mai 2018

Le président du Jury de Thèse
(signature)

Professeur Alain PRADIGNAC

VU et approuvé

Strasbourg, le 11 JUIN 2018

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
(signature)

Professeur Jean SIBILIA

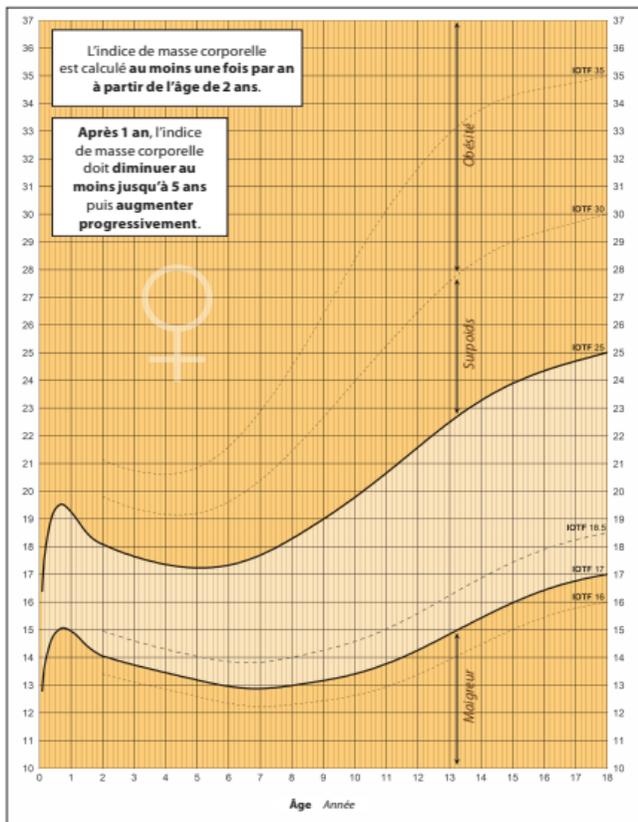


Abréviations :

ANAES :	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
AP :	Activité physique
APS :	Activités physiques et sportives
BMI :	Body mass index
CIM :	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
DSM :	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques
ENNS :	Étude nationale nutrition santé
EPS :	Éducation physique et sportive
ETP :	Éducation thérapeutique du patient
HAS :	Haute autorité de santé
HTA :	Hypertension artérielle
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
IMC :	Indice de masse corporelle
INPES :	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IOTF :	International obesity task force
MUS :	Maison urbaine de santé
NMR :	Nouveaux modes de rémunération
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PMI :	Protection maternelle et infantile
PNNS :	Programme national nutrition santé
PRECCOSS :	Prise en charge coordonnée des enfants obèses et en surpoids à Strasbourg
QPV :	Quartiers prioritaires de la politique de la ville
RéPPOP :	Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique
RBP :	Recommandations de bonne pratique
RPC :	Recommandations pour la pratique clinique
SISA :	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
WONCA :	World organization of national colleges academies, and academic associations of General practioners/family physicians. (Organisation mondiale des médecins généralistes)
ZEAT :	Zone d'étude et d'aménagement du territoire
ZFU :	Zones franches urbaines

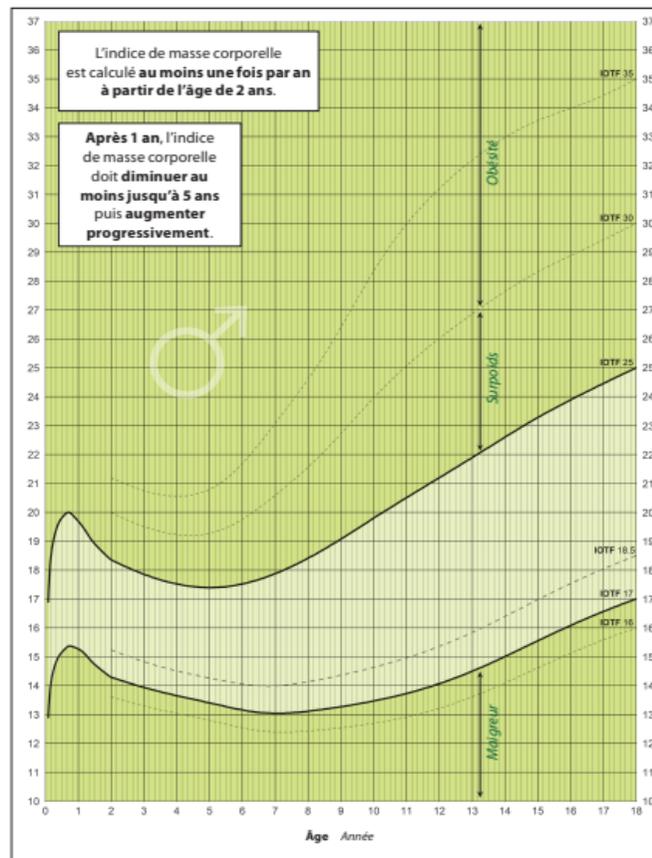
Annexe 1 Courbes de l'Indice de masse corporel des filles et des garçon dans le carnet de santé (modèle 2018)

INDICE DE MASSE CORPORELLE DES FILLES
DE 1 MOIS À 18 ANS (KG/M²)



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/M²)



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 2 : Le guide d'entretien

Thèmes du guide d'entretien

- 1) Obésité infantile et Médecine générale :
 - Expérience(s) pratique(s) du médecin
 - Ressenti du médecin
- 2) Programme PRECCOSS :
 - Implication
 - Utilisation
 - Influence dans la pratique
 - Opinions concernant le programme

Questions (en italiques sont notées des questions de relance)

- 1) Quel est votre avis//opinion sur la prise en charge des enfants en surpoids/obèse en Médecine Générale ?
Habituellement, (comment prenez-vous en charge)/ (quelle démarche adoptez-vous) devant un enfant en surpoids ou obèse ?
- 2) Pourriez-vous me parler du programme PRECCOSS ?
 - a. Comment avez-vous connu le programme PRECCOSS ?
 - b. Pourquoi avez-vous choisi de vous impliquer dans ce programme ?
 - c. Comment se passe la consultation de prescription du programme PRECCOSS ?
Relances : quel est le motif de ces consultations où vous prescrivez le programme ? La consultation de prescriptions était-elle dédiée au surpoids/obésité ? Quelle était l'ambiance de cette consultation ?
 - d. Quels retours ou changements avez-vous constaté chez les familles ?
 - e. Qu'est-ce que PRECCOSS a changé dans votre prise en charge de l'obésité infantile ?
 - f. Comment pourrait-on améliorer ce programme ?

Références bibliographiques :

1. OMS | Surpoids et obésité: définitions [Internet]. WHO. [cité 10 mai 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/fr/
2. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique - Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations de 2003) - Argumentaire scientifique. 2011 sept.
3. Brambilla P, Bedogni G, Moreno LA, Goran MI, Gutin B, Fox KR, et al. Crossvalidation of anthropometry against magnetic resonance imaging for the assessment of visceral and subcutaneous adipose tissue in children. *Int J Obes.* janv 2006;30(1):23-30.
4. Charlotte Verdot, Torres M, Salavane B, Deschamps V. Corpulence des enfants de des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude ESTEBAN et évolution depuis 2006. Mai 2017. :8.
5. Salanave B, Peneau S, Rolland-Cachera M-F, Hercberg S, Castetbon K. Stabilization of overweight prevalence in French children between 2000 and 2007. *Int J Pediatr Obes IJPO Off J Int Assoc Study Obes.* 2009;4(2):66-72.
6. DREES. L'état de santé de la population en France, Rapport 2017 - Section 6. Santé populationnelle et pathologies spécifiques - Chapitre Facteurs de risques , habitudes de vie et prévention - Surpoids et obésité chez l'enfant p.140 [Internet]. p. 436. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
7. ARS Grand Est. Projets Régionaux de Santé 2012-2017 Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine Rapport d'évaluation [Internet]. 2017 [cité 19 janv 2018]. Disponible sur:

https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/201702_Rapport_Evaluation_PRS1_GrandEst.pdf

8. Service de santé de la ville de Strasbourg. Document de Diagnostic Territorial [Internet]. Strasbourg; 2013 déc p. 62. (OSCAR Ville). Disponible sur:
<https://www.strasbourg.eu/documents/976405/1555899/0/accedd64-7185-a256-89c9-df391e7b7dab>
9. Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* août 2001;2(3):159-71.
10. Tounian P. Programming towards childhood obesity. *Ann Nutr Metab.* 2011;58 Suppl 2:30-41.
11. Wang Y, Min J, Khuri J, Li M. A Systematic Examination of the Association between Parental and Child Obesity across Countries¹²³. *Adv Nutr.* 5 mai 2017;8(3):436-48.
12. Lau EY, Liu J, Archer E, McDonald SM, Liu J. Maternal Weight Gain in Pregnancy and Risk of Obesity among Offspring: A Systematic Review. *J Obes [Internet].* 2014 [cité 15 août 2018];2014. Disponible sur:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4202338/>
13. Yessoufou A, Moutairou K. Maternal Diabetes in Pregnancy: Early and Long-Term Outcomes on the Offspring and the Concept of “Metabolic Memory”. *Exp Diabetes Res [Internet].* 2011 [cité 19 août 2018];2011. Disponible sur:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3226356/>
14. Oken E, Levitan E, Gillman M. Maternal smoking during pregnancy and child overweight. *Int J Obes* 2005. févr 2008;32(2):201-10.

15. Desai M, Beall M, Ross MG. Developmental Origins of Obesity: Programmed Adipogenesis. *Curr Diab Rep.* févr 2013;13(1):27-33.
16. Aguilar Cordero MJ, Sánchez López AM, Madrid Baños N, Mur Villar N, Expósito Ruiz M, Hermoso Rodríguez E. [Breastfeeding for the prevention of overweight and obesity in children and teenagers; systematic review]. *Nutr Hosp.* 30 nov 2014;31(2):606-20.
17. Dunton GF, Kaplan J, Wolch J, Jerrett M, Reynolds KD. Physical environmental correlates of childhood obesity: a systematic review. *Obes Rev.* 1 juill 2009;10(4):393-402.
18. Brisbois TD, Farmer AP, McCargar LJ. Early markers of adult obesity: a review. *Obes Rev.* avr 2012;13(4):347-67.
19. Elmesmari R, Martin A, Reilly JJ, Paton JY. Comparison of accelerometer measured levels of physical activity and sedentary time between obese and non-obese children and adolescents: a systematic review. *BMC Pediatr* [Internet]. 9 mars 2018 [cité 19 août 2018];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5844092/>
20. Robinson TN, Banda JA, Hale L, Lu AS, Fleming-Milici F, Calvert SL, et al. Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents. *Pediatrics.* nov 2017;140(Suppl 2):S97-101.
21. Cappuccio FP, Taggart FM, Kandala N-B, Currie A, Peile E, Stranges S, et al. Meta-Analysis of Short Sleep Duration and Obesity in Children and Adults. *Sleep.* 1 mai 2008;31(5):619-26.
22. Blaine B. Does depression cause obesity?: A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *J Health Psychol.* nov 2008;13(8):1190-7.

23. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet Lond Engl.* 3 janv 2009;373(9657):68-81.
24. Hughes AR, Sherriff A, Ness AR, Reilly JJ. Timing of Adiposity Rebound and Adiposity in Adolescence. *Pediatrics.* 13 oct 2014;peds.2014-1908.
25. Young KM, Northern JJ, Lister KM, Drummond JA, O'Brien WH. A meta-analysis of family-behavioral weight-loss treatments for children. *Clin Psychol Rev.* mars 2007;27(2):240-9.
26. Le PNNS | Manger Bouger [Internet]. [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS>
27. Plan Obésité 2010-2013 –Ministère du travail de l'emploi et de la santé - Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf.
28. Service promotion de la santé de la ville de Strasbourg. PRECCOSS - Rapport d'activité 2016. p. 80.
29. WONCA Europe. La définition européenne de la Médecine générale - Médecine de famille [Internet]. 2002 p. 7-8. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
30. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M. Etude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels. LEHA / ANAES; 2004.
31. KIVITS J, BALARD F, FOURNIER C, WINANCE M. Les recherches qualitatives en santé. ARMAND COLIN; 2016. 329 p.
32. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. ARMAND COLIN; 126 p.

33. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. De Boeck. De Boeck; 149 p. (Méthodes en sciences humaines).
34. Poulain J-P. Les enjeux de la médicalisation de l'alimentation quotidienne - Les systèmes de valeur et le développement de l'obésité. In: Sociologie de l'obésité. Presses universitaires de France. 2009. p. 277-8. (Sciences sociales et sociétés).
35. Poulain J-P. Sociologie de l'obésité. Presses universitaires de France. 2009. (Sciences sociales et sociétés).
36. Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale. PRESSES DE L'EHESP; 2010. 424 p. (Métiers santé social).
37. Bloy G, Schweyer F-X. Chapitre 14 - Les ambivalences de « généraliste-pivot » ; Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale. PRESSES DE L'EHESP; 2010. 261 p. (Métiers santé social).
38. Lenders CM, Manders AJ, Perdomo JE, Ireland KA, Barlow SE. Addressing pediatric obesity in ambulatory care: where are we and where are we going? Curr Obes Rep. juin 2016;5(2):214-40.
39. Mutzig N. Parentalité et prise en charge de l'enfant en surpoids ou obèse : Étude qualitative auprès de 17 familles strasbourgeoises bénéficiaires du dispositif PRECCOSS [Santé publique]. [Strasbourg]: Faculté de médecine de Strasbourg; 2017.
40. Sarradon A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants-soignés dans les réseaux de soins informels. Epidemiol Public Health Rev Epidemiologie Santé Publique. 2008;56S:S197-206.

41. BURGER M. Connaissances, opinions et prise en charge des patients adultes obèses ou en surpoids par les médecins généralistes occidentaux : Apports d'une revue de littérature systématique et descriptive. Strasbourg; 2017.
42. Rustenholz T. Les difficultés de prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant de 3 à 11 ans en Médecin générale [Etude qualitative par entretiens auprès de praticiens d'Alsace du Nord]. Strasbourg; 2016.
43. Unterfinger H. Surpoids et obésité de l'enfant. Représentations parentales et freins à l'évocation de cette pathologie en consultation de médecine générale. [Enquête qualitative réalisée à partir de 11 entretiens de parents dans le Bas-Rhin]. 2017.
44. Franc LV, Rosman P-F. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites in Rapport Etudes et résultats - DREES.
45. Bloy G. Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale, The failure of preventative messages and the governance of conducts in general medical practice. Sci Soc Santé. 2015;33(4):41-66.