

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2022

N° 60

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention DES Médecine Générale

Par

Cyrielle CABART

Née le 10 juillet 1994 à Rambouillet

Étude des attentes des médecins de premier recours en matière de communication
avec une équipe d'éducation thérapeutique

Étude qualitative auprès des médecins prescripteurs du dispositif PRECCOSS

Présidente de thèse : Professeur Sylvie ROSSIGNOL

Directrice de thèse : Docteur Corinne BILDSTEIN

**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET
SCIENCES DE LA SANTÉ**

Edition FEVRIER 2022
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Helene Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPo CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPo CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RPo CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPo NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRPo CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cyto-génétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRPo NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPo CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPo CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRPo CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRPo NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Remy P0008	NRPo CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRPo NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPo CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RPo CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPo NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RPo CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPo NCS	• Pôle de Geriatrie - Service Evaluation - Geriatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : geriatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPo NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRPo NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRPo CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPo NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPo CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPo NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPo CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPo NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRPo NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPo CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPo NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPo NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPo NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPo CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPo CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRPo NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRPo NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRPo CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPo CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPo CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hop. de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RPo CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RPo NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique: gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPo CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRPo NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPo NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPo CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hop. Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPo CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRPo NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPo NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRPo NCS	• Pôle d'Oncologie-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RPo CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRPo NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPo NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPo CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRPo NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRPo CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRPo CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPo CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPo CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPo CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RPo NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRPo NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRPo NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPo NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RPo CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAUHAC Benoit P0078	NRPo CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPo CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRPo NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPo CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPo NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Med.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPo NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPo NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPo CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPo CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPo CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RPo NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRPo CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRPo NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RPo CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRPo NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPo NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RPo CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRPo NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RPo NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRPo NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRPo NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBCM	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPo NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRPo NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRPo CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRPo CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRPo CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRPo NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RPo CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRPo NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRPo NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPo CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPo CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire-EA7295 / Fac.	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPo NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPo CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RPo NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPo CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRPo NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRPo NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRPo NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RPo CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRPo NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPo CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRPo NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle HépatO-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP0 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/HautePierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de HautePierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sebastien P0125	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'HépatO-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Romeo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de HautePierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gerald P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-Andre P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de HautePierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRODER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'HépatO-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital HautePierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de HautePierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Geriatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Geriatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPo NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HU 	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPo CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre 	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSP : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Po : Pôle RPo (Responsable de Pôle) ou NRPo (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPo CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Hépatodigestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête-Cou - Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

MO142				
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire	
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie : Radiothérapie	
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale : pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale	
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)	
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)	
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option clinique)	
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire	
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie	
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)	
Mme CEBULA Helene M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie	
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie : Radiothérapie (option biologique)	
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)	
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire	
CLERE-JEHL Raphael M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation	
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité medico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire	
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire	
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale	
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)	
Mme DINKELACKER Vera M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie	
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire	
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie	
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé	
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie	
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)	
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)	
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique	
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)	
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)	
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)	
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)	
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire	
HJBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire	
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)	
Mme KEMMEL Veronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire	
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)	
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Readaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Readaptation	
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire	
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)	
LAVALUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire	

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
HERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie : transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie : hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie : Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle medico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Haute-pierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie medico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Sterilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cecile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Medico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Medico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans** (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2019 au 31 août 2022)
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2021 au 31 août 2024)
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancerologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et readaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et readaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WATTIEZ Amaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Legende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.69.55.07.08
 - HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
 - HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molère - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
 - **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
 - **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68
- CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00
- C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00
- E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25
- Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24
- IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Dédicaces et remerciements

A Madame la Professeure Sylvie Rossignol, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail.

C'est un honneur que vous présidiez mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Yannick Schmitt, je te remercie d'avoir accepté aussi rapidement de participer au jury de cette thèse. Je te remercie également pour tes enseignements et conseils en tant que tuteur qui ont enrichi ma pratique.

A Monsieur le Docteur Alexandre Feltz, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail de thèse, de vous être rendu disponible pour l'évaluer et participer à ce jury.

A Madame le Docteur Corinne Bildstein, merci d'avoir dirigé cette thèse. Je te suis reconnaissante de toute la bienveillance que tu m'as apportée lors de ce travail. Merci pour ta réactivité, tes encouragements et tous tes conseils pour le mener à bien.

A Madame le Docteur Noémie Mutzig, merci de m'avoir accompagnée au début de ce travail et de m'avoir fait découvrir le dispositif PRECCOSS.

Aux médecins qui ont accepté de participer à ce travail, merci d'avoir pris le temps de me recevoir. Nos échanges ont été très enrichissants et m'ont permis de faire aboutir cette thèse.

A toute l'équipe PRECCOSS, merci pour votre accueil et votre dynamisme. Nos échanges m'ont permis de mieux cerner le sujet de ce travail. J'espère que les résultats vous seront utiles dans l'avenir du dispositif.

A Monsieur le Docteur Christophe Stenger, merci pour ton soutien et tes conseils pendant ces trois années d'internat. Merci de m'avoir fait confiance pour l'un de mes premiers remplacements, riche en expériences !

A tous mes maîtres de stage, merci pour votre enseignement, votre accompagnement et votre partage d'expérience qui a fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

A tous mes co-externes dijonnais et mes co-internes alsaciens, grâce à vous ce long chemin des études de médecine n'aura été marqué que de bons souvenirs. Quelle aventure !

A Monsieur le Docteur Jean Barthod, mon « médecin de famille ». Vous êtes le médecin qui m'a fait dire dès mon plus jeune âge « Quand je serai grande, je veux être Docteur ! ». J'espère pouvoir partager la passion de ce métier aussi longtemps que vous, merci de l'exemple que vous m'avez donné.

A ma maman, merci de m'avoir donné tout l'amour nécessaire pour que je m'épanouisse. Merci pour ton soutien sans faille tout au long de mes études mais aussi dans ma vie personnelle et sportive. Merci pour toutes tes relectures de ce travail de thèse.

A ma mamie, merci pour tout ce que vous m'avez transmis avec papy. Merci pour ta bienveillance et tes encouragements à chaque grande étape, personnelle, professionnelle ou sportive de ma vie.

A mon Bibou, merci pour ton soutien, ta patience, la confiance en moi que tu me donnes et l'amour que tu me portes.

A ma Jumelle Blonde, merci pour ton soutien pendant nos longues heures de révision, pour nos échanges de pratique, tous plus enrichissants les uns que les autres. Merci d'être la meilleure binôme que je puisse imaginer. A toutes nos aventures passées et à venir.

A Amandine, merci pour ta présence à mes côtés de la 2^{ème} année de médecine à la fin de l'internat. Les deux petites dijonnaises qui sont venues goûter aux tartes flambées et aux bretzels ! J'espère pouvoir continuer à partager de bons moments en ta compagnie.

A tous mes amis, Haut-Savoyards, Bourguignons, Francs-Comtois et expatriés à l'Ouest de notre beau pays, merci pour votre bonne humeur et tous ces magnifiques souvenirs en votre compagnie.

Papy, je te dédie ma thèse, ton Petit Cœur va bientôt être Docteur...

TABLE DES MATIÈRES

INDEX DES TABLES ET ILLUSTRATIONS	19
ABRÉVIATIONS	20
INTRODUCTION	22
1. La médecine de premier recours, au cœur de l'éducation thérapeutique	22
1.1. Education thérapeutique, définition et concept.....	22
1.1.1. Définition	22
1.1.2. Cadre législatif	22
1.1.3. Concept.....	23
1.1.4. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité.....	25
1.1.5. L'éducation thérapeutique en pédiatrie	26
1.2. Médecine de premier recours, définition et place dans l'éducation thérapeutique	28
1.2.1. Définition	28
1.2.2. Cadre législatif	29
1.2.3. Place dans l'éducation thérapeutique.....	29
2. Le dispositif PRECCOSS, acteur de la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile	31
2.1. Surpoids et obésité infantile, un enjeu de santé publique	31
2.1.1. Définitions.....	31
2.1.2. Epidémiologie	32
2.1.3. Etiologies et facteurs de risque.....	34
2.1.4. Prise en charge.....	35
2.2. Présentation du dispositif PRECCOSS	38
2.2.1. L'historique	38
2.2.2. L'équipe	39
2.2.3. L'organisation	39
2.2.4. La communication	42

3. Problématique et objectifs de l'étude	42
3.1. Problématique.....	42
3.2. Objectifs.....	43
MÉTHODOLOGIE	44
1. Choix de la méthode	44
1.1. Etude qualitative	44
1.2. Entretiens individuels semi-directifs	44
2. Guide d'entretien	45
3. Analyse	46
4. Population d'étude	46
4.1. Echantillonnage.....	46
4.2. Analyse des caractéristiques de la population d'étude.....	47
RÉSULTATS	50
1. Perception de la communication actuelle	50
1.1. Une communication globalement satisfaisante... mais à améliorer	50
1.2. Les points positifs	51
1.2.1. Le courrier suite à l'inclusion	51
1.2.2. Le courrier en cas de perdu de vue	52
1.2.3. Le Plan Personnalisé de Soins	52
1.3. Les points négatifs.....	53
1.3.1. Le manque de réactivité.....	53
1.3.2. L'absence de contact direct avec l'équipe.....	53
1.4. L'adressage des patients.....	54
2. Attentes en matière de communication autour du patient	55
2.1. Communication reçue du dispositif.....	55
2.1.1. Les informations attendues	55

2.1.2.	Mode de communication	58
2.1.3.	Fréquence de communication	59
2.2.	Communication émise au dispositif	60
2.2.1.	Contenu de l'information	60
2.2.2.	Quand ressentent-ils le besoin de communiquer ?	61
2.2.3.	Comment souhaitent-ils communiquer ?.....	62
2.3.	Volonté d'implication	63
2.3.1.	Pourquoi ne pas souhaiter s'impliquer ?.....	63
2.3.2.	Pourquoi vouloir s'impliquer davantage ?.....	64
2.3.3.	Les solutions imaginées pour une meilleure implication des médecins prescripteurs	65
2.4.	Concertation pluridisciplinaire.....	66
2.4.1.	Pourquoi ne pas souhaiter participer à des réunions pluriprofessionnelles ?	67
2.4.2.	Quels seraient les avantages à participer aux réunions pluriprofessionnelles ?	67
2.4.3.	Et en pratique ?.....	68
3.	Attentes en matière de communication autour du dispositif.....	68
3.1.	Contenu de l'information	69
3.2.	Moyen de diffusion de l'information.....	69
3.3.	Quand communiquer ?.....	70
4.	Freins à une coopération optimale.....	70
4.1.	Le temps.....	70
4.2.	La rémunération.....	71
	DISCUSSION	73
1.	Les biais.....	73
1.1.	Biais internes.....	73
1.1.1.	Les informateurs	73
1.1.2.	L'investigateur.....	73

1.2. Biais externes	74
1.3. Biais liés à l'analyse	74
2. Les résultats	74
2.1. La perception de la communication actuelle	74
2.2. La communication autour du patient	76
2.3. La communication autour du dispositif	80
2.4. Les freins à une coopération optimale	81
CONCLUSION	83
ANNEXES	87
Annexe 1 Courbes de poids, de taille et de corpulence chez les filles et les garçons âgé de 1 à 18 ans (modèle carnet de santé 2018).....	87
Annexe 2 Ordonnance de prescription du dispositif PRECCOSS	88
Annexe 3 Programme Personnalisé de Soins.....	89
Annexe 4 Guide d'entretien	91
Annexe 5 Demande d'accès, auprès de la Maison Sport Santé, à la liste des médecins prescripteurs du dispositif PRECCOSS	94
Annexe 6 Mail aux médecins prescripteurs	95
Annexe 7 Courrier d'inclusion.....	96
Annexe 8 Clé USB contenant les verbatims des entretiens anonymisés	
BIBLIOGRAPHIE	97
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR	101

INDEX DES TABLES ET DES ILLUSTRATIONS

Tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques des praticiens interrogés et des entretiens.....	49
---	----

Figures

Figure 1 : Courbe de corpulence chez les filles de 0 à 18 ans	32
Figure 2 : Schéma des modes d'inclusion dans le dispositif PRECCOSS.....	39
Figure 3 : Schéma du parcours d'un enfant dans le dispositif PRECCOSS.....	41
Figure 4 : Présentation des trois thématiques principales issues de l'analyse des entretiens	50

ABRÉVIATIONS

AP : Activité physique

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

CDOS : Comité Départemental Olympique et Sport

CINFO : Centre Intégré Nord-Francilien de l'Obésité

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CR Sport pour Tous : Comité Régional Sport pour Tous

CSO : Consultation Suivi Obésité

ETP : Education Thérapeutique du Patient

GIP : Groupement d'Intérêt Public

HAS : Haute Autorité de la Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire

HUS : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IMC : Indice de Masse Corporelle

IOTF : International Obesity Task Force

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé

IURC : Institut Universitaire de Réadaptation Clémenceau

MFGE : Mutualité Française Grand Est

MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale

MTMV : Modification Thérapeutique du Mode de Vie

ODE : Obésité et Diabète de l'Enfant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PEC : Prise en charge

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Programme National de Nutrition Santé

PPS : Projet Personnalité de Soins

PRECCOSS : Prise en Charge Coordinée des Enfants Obèses et en Surpoids

RCPO : Réseau de Cardio Prévention Obésité

REDOM : Réseau Diabète Obésité Maladies cardiovasculaires

RéPPOPs : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

UGECAM : Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses de l'Assurance Maladie

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (En français : Fonds des Nations unies pour l'enfance)

INTRODUCTION

1. La médecine de premier recours, au cœur de l'éducation thérapeutique

1.1. *Education thérapeutique, définition et concept*

1.1.1. Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en 1996 (1) comme visant à « aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». Elle doit être en permanence au cœur de la prise en charge de chaque patient. L'ETP doit avoir pour but d'aider les patients à « comprendre leur maladie et leur traitement » pour « améliorer leur qualité de vie ». La Haute Autorité de Santé (HAS) précise que c'est un « processus continu » (2).

1.1.2. Cadre législatif

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 a permis de donner une réalité juridique et un cadre législatif à l'ETP. Ainsi, l'article L. 1161-1 (3) définit l'ETP comme faisant partie du parcours de soin. L'article L. 1161-2 (3) rappelle, quant à lui, que « les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national » mais également que « ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé » et enfin qu'« ils sont proposés par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé ».

Selon la HAS, il existe environ 2 700 programmes d'ETP sur le territoire français, autorisés par les Agences régionales de Santé (ARS) (4). Suite à la loi HPST, ils ont élaboré un guide méthodologique d'auto-évaluation afin d'aider chaque équipe d'ETP à évaluer ses pratiques pour s'améliorer et anticiper les évaluations quadriennales (4). Peu importe les champs d'action du programme d'ETP, les critères de qualité sont les mêmes. Le patient doit être au centre de l'ETP par le respect de ses attentes, de sa culture, etc. Pour cela, il est nécessaire d'impliquer le patient dans la construction du programme qui lui est propre. L'ETP doit être incluse à part entière dans la prise en charge du patient et tenir

compte des facteurs environnementaux, sociaux et psychologiques propres à chaque individu. Comme précisé ci-dessus, l'ETP est un processus continu, les programmes mis en place doivent donc s'adapter en permanence à l'évolution du patient et de sa maladie. L'ETP s'inscrit dans une prise en charge à long terme. Enfin, elle doit être dispensée par des professionnels formés spécifiquement à sa mise en œuvre. L'ETP est multi-professionnelle et interdisciplinaire (5).

1.1.3. Concept

Le concept d'ETP naît dans les années 70. En 1972, le Dr Léona MILLER démontre son efficacité principalement en rééducation fonctionnelle et réadaptation (6). Ce n'est qu'à partir des années 1990 que l'ETP est de plus en plus considérée et employée. Elle connaît actuellement un réel essor en Europe.

L'ETP peut être proposée à tout patient présentant une maladie chronique ainsi qu'à ses proches (7). Dans une démarche d'ETP, les professionnels de santé peuvent s'impliquer et intervenir à différents niveaux selon leur position dans le parcours de soins du patient mais aussi selon leur niveau de compétence. L'information sur la possibilité d'intégrer un programme d'ETP peut être réalisée par tous les professionnels de santé prenant en charge un patient atteint d'une maladie chronique. En revanche, la réalisation de cette ETP ne peut être faite que par un professionnel ou une équipe pluridisciplinaire formé(e) à l'ETP. Le suivi de l'implication du patient, de sa motivation, son retour d'expérience tout au long du processus et après la fin de sa prise en charge peut également être réalisé par tout professionnel le prenant en charge dans le cadre de sa maladie chronique (7).

L'ETP s'organise autour d'activités diverses et variées qui ont toutes pour objectif de faire prendre conscience au patient de sa maladie tant sur un plan psychologique que social et concret.

La finalité de l'ETP est de faire acquérir au patient des compétences d'autosoins et d'adaptation (7). Cette acquisition passe par la modification thérapeutique de mode de vie (MTMV) qui inclut l'évaluation du comportement alimentaire, l'explication des bénéfices attendus de la pratique d'une

activité physique ainsi que le développement de compétences psychosociales aboutissant à un changement de comportement. Ces trois paramètres sont très importants dans la plupart des maladies chroniques. Il est donc important d'aider le patient à les appréhender (8).

Pour s'intégrer à la prise en charge thérapeutique, l'ETP doit être un complément aux autres traitements et soins sans qu'elle puisse en être dissociée. La prise en charge doit être coordonnée entre les différents acteurs (échanges multiprofessionnels, identification des rôles de chacun) tout en faisant participer le patient à chaque étape de l'élaboration de son programme personnalisé. Les outils permettant une bonne coordination entre les différents acteurs sont principalement les synthèses aux différentes étapes du processus ainsi que la mise à disposition de chacun du programme individuel (7).

Un système d'information performant est donc indispensable.

La HAS propose une planification en quatre étapes afin de donner une cohérence dans l'intervention des différents professionnels (9) :

- Elaboration d'un diagnostic éducatif (prenant en compte l'environnement et les attentes du patient).
- Définition d'un programme personnalisé de soins (PPS) avec des priorités d'apprentissage.
- Planification et mise en œuvre de séances d'ETP individuelles et collectives.
- Réalisation d'une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme lors d'un bilan final individuel.

La HAS précise également qu'une coordination des interventions et des professionnels est indispensable tout comme la bonne transmission des informations.

La transmission de l'information passe à la fois par la rédaction de synthèses à disposition de tous les professionnels prenant en charge le patient dans le cadre de sa maladie chronique et/ou l'organisation de concertations pluriprofessionnelles (9) mais aussi par l'information du patient et de ses proches sur les soins proposés via la réalisation d'une brochure par exemple. Lorsque la brochure est utilisée

comme moyen de communication elle doit rappeler plusieurs grands principes autour de la maladie : le dépistage, la prévention, les stratégies diagnostiques et thérapeutiques, les étapes de l'éducation thérapeutique ainsi que ses objectifs, et enfin, les soins auto-prodigués (10).

1.1.4. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité

L'obésité est l'une des affections pour laquelle l'éducation thérapeutique a permis une grande avancée dans la prise en charge. Lorsque l'OMS, citée ci-dessus, parle de « comprendre leur maladie et leur traitement » pour « améliorer leur qualité de vie », cela s'applique dans la prise en charge de l'obésité en aidant le patient à mettre en place des modifications thérapeutiques de son mode de vie et à acquérir des compétences psycho-comportementales.

Souvent, l'obésité n'est pas identifiée comme une pathologie par les patients ce qui rend sa prise en charge complexe. L'obésité est une pathologie qui intrique à la fois un dysfonctionnement du comportement alimentaire mais aussi une dimension psycho-affective qu'il faut prendre en charge de manière concomitante. Les différents aspects de cette pathologie expliquent la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire apportée par l'éducation thérapeutique.

Avant le développement de l'éducation thérapeutique, la prise en charge de l'obésité résultait le plus souvent, en premier lieu, en quelques conseils « diététiques » de la part du médecin la diagnostiquant donnant lieu à des régimes alimentaires restrictifs. L'objectif donné au patient était alors la perte de poids. Grâce à l'éducation thérapeutique, cette prise en charge a pu s'améliorer et ses objectifs ne se cantonnent plus à la simple perte de poids comme le souligne le Professeur Olivier ZIEGLER dans son article « Education thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse : synthèse et propositions » (11) publié dans la revue *Obésité* qui retrouve également la « qualité de vie somatique, psychique et sociale » (11) comme objectif à la prise en charge de l'obésité tout comme la meilleure connaissance et observance des traitements des comorbidités.

En effet, cette nouvelle approche dans le traitement de l'obésité permettrait une adaptation plus durable du mode de vie des patients obèses (11).

Ainsi, l'éducation thérapeutique dans l'obésité s'articule autour de trois axes de prise en charge : cognitivo-comportemental, diététique et l'activité physique (12). De multiples études dont celle du Dr Stéphanie GAILLARD dans son article « Un nouveau programme d'éducation thérapeutique pour les patients obèses » (12) publié dans la Revue Médicale Suisse, ont montré que les prises en charge combinant ces trois axes étaient plus efficaces que si les trois approches étaient mises en place séparément.

1.1.5. L'éducation thérapeutique en pédiatrie

La définition de l'éducation thérapeutique par l'OMS est la même pour les adultes et les enfants. Cependant, comme nous pouvons l'imaginer, des adaptations doivent être faites dans sa mise en application en fonction du public concerné.

Le Dr Cécile GODOT souligne trois particularités de l'éducation thérapeutique en pédiatrie dans son entretien pour le Centre d'Education du Patient a.s.b.i. (13).

La première chose à prendre en compte est que l'enfant n'est pas capable de se gérer seul tous les jours. Son entourage est par conséquent à prendre en compte. Il est nécessaire d'impliquer toutes les personnes le prenant en charge à tout moment de son quotidien (parents, grands-parents, enseignants...). Ainsi, lors de la réalisation du diagnostic éducatif, il est normalement nécessaire de tenir compte des besoins du patient. Lorsque le patient est un enfant, il faudra tenir compte à la fois des besoins de l'enfant mais également de ceux de son entourage afin de s'adapter au mieux à son environnement.

Ensuite, il y a la pédagogie, c'est-à-dire s'adapter au niveau de compréhension de l'enfant à la fois dans les explications concernant sa maladie mais aussi au niveau des ateliers proposés au cours du programme d'éducation thérapeutique (temps de concentration des enfants moins important que celui des adultes par exemple).

Enfin, le vécu de l'enfant est également très important à prendre en compte. Le Dr GODOT va même jusqu'à préciser que le rôle de l'équipe d'éducation thérapeutique sera de « l'accompagner jusqu'à

son passage à l'âge adulte » (13). C'est dans cette particularité que l'éducation thérapeutique en pédiatrie se différencie le plus de celle de l'adulte car elle sera en constante évolution et adaptation en fonction de l'avancée en âge de l'enfant et des grandes étapes de sa vie, telles que l'entrée à l'école ou les premiers voyages scolaires par exemple.

Un des enjeux de l'éducation thérapeutique en pédiatrie est de définir le rôle de chacun des acteurs (enfant, parents, etc.). Il est important de rester vigilant quant à une répartition des tâches adaptée à chacun afin d'éviter des situations de surprotection de l'enfant, où il ne sera que spectateur de ses soins, ou au contraire des situations où trop de responsabilités lui seraient laissées.

Comme le précise le Dr Nadia TUBIANA-RUFFI dans son article « Education thérapeutique des enfants et adolescents atteints de maladie chronique » (14), l'adolescence est une période charnière dont les enjeux entrent en conflit avec l'exigence que réclame la prise en charge d'une maladie chronique. Il faut alors être vigilant à la dégradation de l'observance thérapeutique et mettre en place des techniques pédagogiques adaptées afin d'y faire face.

Il est très important que les équipes d'éducation thérapeutique puissent s'adapter à l'enfant, c'est-à-dire à son âge mais surtout à sa maturité et à son degré d'autonomie. Pour cela, les intervenants doivent suivre une formation spécifique à l'ETP en pédiatrie (15). Cette formation supplémentaire nécessaire montre à quel point l'ETP chez l'enfant est différente de chez l'adulte.

Comme pour les adultes, le programme d'ETP de l'enfant doit être évalué ainsi que l'acquisition de connaissances concernant sa maladie. Plusieurs équipes ont mis au point une technique d'évaluation pédagogique. Cécile MARCHAND développe le concept de cartes conceptuelles (16). Cette technique est également utilisée dans le milieu scolaire. C'est une méthode graphique qui permet de hiérarchiser les connaissances de l'enfant et ainsi évaluer son évolution. Ce concept est très apprécié par les enfants

lors de sa mise en application et est très instructif à la fois pour les parents et pour les équipes d'ETP qui l'utilisent.

Pour finir, il est important de souligner que l'ETP dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité en pédiatrie est un processus qui s'inscrit dans la durée visant à modifier les habitudes de vie, pas uniquement de l'enfant, mais de toute sa famille (17).

1.2. Médecine de premier recours, définition et place dans l'éducation thérapeutique

1.2.1. Définition

Les soins de premier recours sont également appelés « soins primaires » et correspondent à la traduction du concept anglais « primary care ».

C'est avec la Déclaration d'Alma-Ata en 1978 que les soins primaires commencent à être portés à la connaissance de tous. Leurs grands principes y sont énoncés : « justice sociale, droit à une meilleure santé pour tous, participation et solidarité ». Une première définition est alors proposée : « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels [...], rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer [...]. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé » (18).

Cette première définition a été corrigée, modifiée, reformulée à maintes reprises au fil du temps ce qui mena l'OMS, aidée de l'UNICEF, à donner une nouvelle définition, à l'aube du 21^{ème} siècle, simple et universelle : « Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations » (19).

La HAS a, quant à elle, cherché à encore mieux cerner le concept, victime de multiples interprétations en France (20). Certains le rapprochaient de la notion de coordination des soins, n'impliquant que le médecin généraliste tandis que d'autres l'assimilent à l'organisation du système de santé et à ses acteurs qui travaillent en coordination dans l'objectif de répondre aux besoins de santé de la collectivité. Ce rapport de la HAS s'appuie sur l'analyse du Dr Gérard POUROURVILLE (20) dans laquelle il explique que les soins primaires reposent sur l'ensemble des services de santé de première ligne. Ces services de santé comprennent la médecine générale mais aussi d'autres spécialités médicales, telles que la pédiatrie libérale, les soins dentaires et orthoptiques, les soins infirmiers, kinésithérapiques...

Le médecin de santé primaire, aussi appelé de premier recours, est le médecin pouvant apporter une réponse rapide à une majorité des patients pour une grande partie des questions en matière de santé. C'est à la fois le premier contact du patient avec le système de santé mais aussi son référent qui coordonne sa prise en charge lorsque celle-ci se veut plus complexe et spécialisée.

1.2.2. Cadre législatif

Le Code de la Santé Publique définit l'accès aux soins primaires dans son article L. 1411-11 (21).

Quatre axes composent les soins de premier recours selon cet article :

- « La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ».
- « La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ».
- « L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ».
- « L'éducation pour la santé ».

1.2.3. Place dans l'éducation thérapeutique

Dans son rapport de 2009 sur « l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours » (22), le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) propose d'élargir les champs d'action de l'éducation thérapeutique, jusqu'ici très hospitalo-centré, et ainsi de remettre les médecins de premier

recours, notamment le médecin traitant, au centre de la démarche d'ETP. Les professionnels du soin de premier recours (médecins, IDE...) sont effectivement les mieux placés pour intervenir au plus tôt dans la maladie chronique du patient. Ils sont au cœur de son suivi. Le médecin de premier recours peut, par sa proximité avec le patient, évaluer régulièrement l'indication et surtout la motivation à la participation à un programme d'éducation thérapeutique. Pour pouvoir l'évaluer, les professionnels de santé doivent être mieux formés à l'éducation thérapeutique. Enfin, pour évoluer, l'ETP ne doit pas rester uniquement hospitalière et se développer en ambulatoire.

Un an plus tard, le rapport Jacquat de 2010 (23) propose un programme de mise en application des recommandations établies par le Haut Conseil de la Santé Publique suite à l'introduction de l'ETP à la loi HPST. Il réintègre le médecin traitant au centre de l'éducation thérapeutique en lui donnant pour mission principale dans ce domaine d'orienter le patient en temps voulu vers un programme d'ETP adapté ainsi que d'assurer le suivi du patient dans cette démarche. Il précise que cette démarche nécessite que « les médecins soient régulièrement informés de l'offre existante ». La communication des programmes d'ETP sur leur existence et le contenu de leurs actions est primordiale pour aider les médecins de premier recours à orienter au mieux leurs patients.

Pour sortir l'ETP du milieu hospitalier et la développer en ambulatoire, le Dr Denis JACQUAT propose de s'appuyer sur les pôles et maisons de santé. Il met en avant les capacités de travail transversales en équipe des professionnels y travaillant ainsi que la présence de locaux adaptés à la mise en place des activités d'ETP. Ces nouvelles offres de santé étant construites au cœur du territoire, au plus près de patients, leur situation en fait un lieu favorable au développement des programmes d'ETP en ambulatoire.

La formation et l'information des médecins de premier recours sont très importantes pour qu'ils puissent mieux orienter leurs patients mais aussi assurer un meilleur suivi et une meilleure coordination une fois qu'un de leurs patients participe à un programme d'ETP. La nouvelle offre de

soin proposée par les maisons de santé est totalement adaptée à la pratique de l'ETP en ambulatoire qui se veut plus accessible pour les patients.

2. Le dispositif PRECCOSS, acteur de la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile

2.1. Surpoids et obésité infantile, un enjeu de santé publique

2.1.1. Définitions

L'OMS définit le surpoids et l'obésité comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse dans les tissus adipeux, pouvant engendrer des problèmes de santé » (24).

Le Centre Intégré Nord Francilien de l'Obésité (CINFO) recommande de peser, mesurer et reporter les valeurs dans le carnet de santé sur les courbes dédiées (Cf. Annexe 1) minimum trois fois par an jusqu'à l'âge de 2 ans puis minimum deux fois par an (25).

Le paramètre de choix pour le diagnostic du surpoids et de l'obésité est l'indice de masse corporelle (IMC). Il permet de suivre la corpulence du patient et notamment des enfants. Il correspond au rapport « Poids en kg / (Taille en m)² ». Il est également important de reporter ces chiffres dans le carnet de santé sur la courbe dédiée (Cf. Annexe 1). Chez l'enfant, toutes les courbes doivent s'interpréter en fonction de l'âge et du sexe.

Chez l'adulte, nous parlons de surpoids lorsque l'IMC est supérieur ou égal à 25 kg/m² puis d'obésité lorsque l'IMC est supérieur ou égal à 30 kg/m². Chez l'enfant, les seuils sont plus complexes, la courbe de corpulence est alors indispensable.

La HAS définit le seuil du surpoids infantile comme un IMC supérieur ou égale au 97^e percentile et l'obésité comme un IMC supérieur ou égal au seuil IOTF-30 (26). Le seuil IOTF-30 correspond à la courbe atteignant un IMC égal à 30 kg/m² à l'âge de 18 ans.

La courbe ci-dessous explicite bien ces seuils (26) :

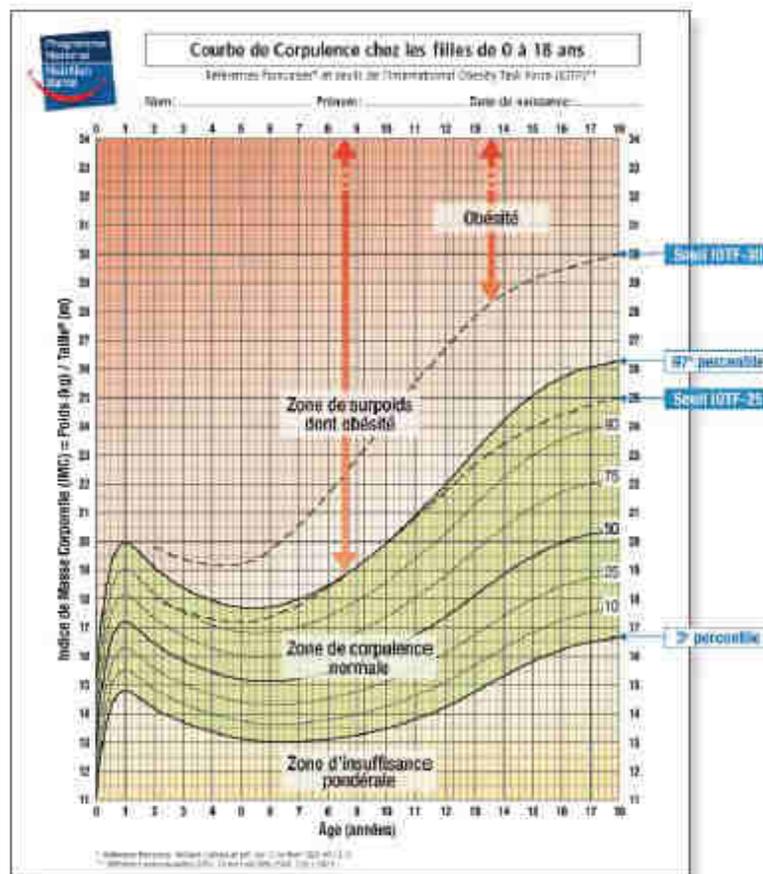


Figure 1 : Courbe de corpulence chez les filles de 0 à 18 ans

Un suivi régulier permet de détecter un rebond d'adiposité précoce, facteur de risque d'obésité à l'âge adulte. Au cours de la croissance, la corpulence de l'enfant varie. Son IMC va augmenter jusqu'à l'âge d'un an puis diminuer jusqu'à ses 6 ans avant d'entamer à nouveau une ascension progressive jusqu'en fin de croissance. Cette remontée de l'IMC observée à 6 ans est appelée « rebond d'adiposité ». Celui-ci est qualifié de précoce lorsqu'il est observé avant l'âge de 6 ans. La HAS déclare que, selon plusieurs études (26), plus ce rebond est précoce, plus le risque d'obésité à l'âge adulte est important.

2.1.2. Epidémiologie

A l'échelle mondiale, en 2020, le constat de l'OMS est très inquiétant (27). Le nombre de cas d'obésité aurait triplé depuis 1975. En 2016, 1,9 milliard d'adultes sont en surpoids dont 650 millions sont

obèses. La même année, 38 millions d'enfants de moins de 5 ans et 340 millions d'enfants et adolescents de 5 à 19 ans sont en surpoids ou obèses.

A l'échelle européenne, selon le dernier rapport de l'OMS sur l'obésité infantile présenté en mai 2021 à Copenhague (28), un tiers des enfants âgés de 6 à 9 ans serait atteint de surpoids ou d'obésité (surveillance de 36 états membres européens entre 2015 et 2017). Plus précisément, 29% des garçons et 27% des filles âgés de 6 à 9 ans souffriraient de surpoids ou d'obésité dont, respectivement 13% et 9% d'obésité seule. Les pays méditerranéens sont les plus touchés avec 40% des enfants de cette tranche d'âge atteints. Les pays d'Asie centrale, quant à eux, ont la plus faible prévalence avec 5 à 12% des enfants en surpoids ou en obésité (29).

En France, un sondage mené fin 2020 a été réalisé dans le cadre d'une enquête épidémiologique sur le surpoids et l'obésité. Il s'agit de l'enquête ObéPi-Roche (30). Un échantillon de 2 229 Français âgés de moins de 18 ans a été interrogé. Dans la catégorie des enfants de 2 à 7 ans, 34% sont en surpoids ou obèses, parmi eux 18% sont obèses. Pour les enfants et adolescents âgés de 8 à 17 ans, 21% sont en situation de surpoids ou d'obésité dont 6% sont obèses. Chez les jeunes en surpoids ou obèses âgés de 8 à 17 ans, 62% sont des garçons, 57% ont au moins un parent lui-même en surpoids ou obèse et 75% sont issus de catégories socio-professionnelles « populaires » (ouvriers, employés, chômeurs, ...).

Enfin, l'Alsace arrive en 2^{ème} position au niveau national concernant la prévalence de l'obésité des personnes âgées de plus de 15 ans, soit 17,8% (31). L'ORS Alsace précise que 7,4% des enfants de 5 à 6 ans sont obèses selon les chiffres du recensement effectué en 2008-2009.

Le Dr Alexandre FELTZ, médecin généraliste strasbourgeois, adjoint au maire chargé de la santé, à l'initiative du dispositif sport santé sur ordonnance, complète ces chiffres lors d'une interview menée fin 2019 (32). La prévalence du surpoids et de l'obésité infantile en Alsace serait deux à trois points supérieure à la moyenne nationale (prévalence de 18% dont 5% en obésité) pour les jeunes de 13-

14 ans. Lui aussi souligne les inégalités de prévalence selon la classe socio-professionnelle dont ces jeunes sont issus.

2.1.3. Etiologies et facteurs de risque

Le surpoids et l'obésité infantile résultent dans la majorité des cas d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques (33). En effet, l'évolution des modes de vie a entraîné des changements dans l'alimentation mais également dans l'activité physique des enfants. Les loisirs sont désormais beaucoup plus sédentaires (télévision, jeux vidéo, ...) et l'alimentation grasse, salée et sucrée est économiquement plus accessible qu'une alimentation équilibrée. Ces nouveaux hobbies favorisent également le grignotage gras et sucré (bonbons, chips...). Il a également été prouvé dans différentes études (33) que le manque de sommeil était une cause de surpoids et d'obésité, l'hormone régulant l'appétit étant produite pendant le sommeil. Toutefois, bien qu'une grande majorité des enfants soit exposée à ces différents facteurs de risque, ils ne sont pas tous en surpoids ou obèses. Il est maintenant bien établi que l'hérédité joue un rôle dans l'apparition du surpoids et de l'obésité. En effet, selon plusieurs études (34), le risque de développer une obésité peut être multiplié jusque par quatre en fonction du profil génétique. Les gènes responsables de l'obésité s'exprimeraient majoritairement au niveau du cerveau (mécanisme de récompense, addiction, régulation hormonale).

Dans de très rares cas, le surpoids et l'obésité sont d'origine génétique ou endocrinienne mais la surcharge pondérale est alors accompagnée d'autres symptômes.

Nous avons déjà pu évoquer ci-dessus de nombreux facteurs de risque de surpoids et d'obésité, tels que le surpoids ou l'obésité chez l'un des deux parents ou les deux, le rebond d'adiposité précoce et les difficultés socio-économiques familiales. Nous pouvons y ajouter le manque de sommeil et le temps passé devant les écrans.

Il existe également des facteurs de risque psychologiques (25) comme la dépression ou les troubles du comportement alimentaire (boulimie...). La prise de certains médicaments (antiépileptiques, corticoïdes, antipsychotiques, ...) est également un facteur de risque de surpoids ou d'obésité infantile.

Enfin, certaines particularités liées à la grossesse ont été identifiées comme des facteurs de risque. Ainsi, un diabète gestationnel mais aussi une prise de poids trop importante pendant la grossesse ou un surpoids de la mère en début de grossesse favoriseraient l'apparition d'un surpoids ou d'une obésité chez l'enfant. De plus, une corrélation a été faite entre un poids de naissance élevé (supérieur ou égal à 4 kg) et la présence d'un surpoids ou d'une obésité vers l'âge de 6 ans (20% contre 8% des enfants ayant un poids de naissance inférieur à 2,5 kg) (33).

2.1.4. Prise en charge

Selon un article du Lancet de 2016 (35), 14% de la mortalité toute cause confondue en Europe serait imputable au surpoids et à l'obésité. En effet, la surcharge pondérale accroît le risque de maladies cardiovasculaires, métaboliques, respiratoires ou encore articulaires. Certains cancers semblent aussi être favorisés par le surpoids ou l'obésité.

D'après le rapport de la HAS de 2011 sur le surpoids et l'obésité infantile (26), l'obésité dans l'enfance serait prédictive de l'obésité à l'âge adulte : « La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 à 50% avant la puberté, de 50 à 70% après la puberté ».

Face à ces constatations, la nécessité de dépister et de prendre en charge le plus précocement possible le surpoids et l'obésité infantile est évidente.

La HAS préconise de se baser sur les principes de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile (26). Elle définit plusieurs niveaux de prise en charge.

Le premier recours est la prise en charge par le médecin référent de l'enfant (médecin généraliste ou pédiatre) lorsque l'enfant ne présente pas de comorbidité et que le contexte psychosocial est favorable. Une cotation spécifique a d'ailleurs été mise en place par la CPAM en 2017 (36), intitulée CSO pour « Consultation Suivie Obésité ». Elle peut être cotée deux fois par an pour le suivi et la coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans à risque d'obésité. Elle valorise ce type de consultation à 46 euros.

Lorsque tous ces critères ne sont pas réunis ou que la prise en charge de premier recours a échoué, le médecin référent peut alors orienter l'enfant en deuxième recours vers les dispositifs territoriaux offrant une prise en charge multidisciplinaire en réseau, le médecin de premier recours restant acteur en devenant le coordonnateur du parcours de soins de l'enfant.

Enfin, en troisième recours, la HAS préconise une prise en charge spécialisée en milieu hospitalier.

La prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile ne doit pas avoir pour but la perte de poids mais plutôt de le stabiliser ou de ralentir sa progression pendant la poursuite de la croissance. La prise en charge ne doit donc pas être uniquement d'ordre diététique mais doit également inclure l'activité physique en luttant contre la sédentarité, la mise en place d'un rythme de vie adapté, notamment sur le sommeil, et enfin prendre en compte les difficultés psychosociales à la fois des enfants et des parents. Dans cette démarche, il est important de s'appuyer sur les compétences psycho-comportementales de l'enfant et de les développer. Cette notion assez récente, évoquée pour la première fois par l'OMS dans les années 90 (37), est aujourd'hui considérée comme l'un des principaux facteurs de bonne santé mentale et de bien-être physique. Le terme « compétence psycho-comportementale » regroupe trois catégories de compétences : sociale, cognitive et émotionnelle. Ces compétences peuvent être développées chez l'enfant grâce à des ateliers psycho-éducatifs afin de favoriser leur bien-être physique et psychique.

Suite au lancement du premier Programme National de Nutrition Santé (PNNS) en 2001, plusieurs réseaux de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile ont vu le jour tant au niveau national que local. Les plus connus sont les réseaux RÉPPOPs (Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique) créés à partir de 2003. Ce sont des réseaux ville-hôpital prenant en charge les jeunes âgés de 2 à 18 ans souffrant de surpoids ou d'obésité et assurant la coordination territoriale des soins (38). Ces réseaux sont essentiellement financés par l'Etat et l'Assurance Maladie.

En parallèle des réseaux RÉPPOPs, d'autres réseaux à l'échelle locale ont vu le jour dans toute la France afin de répondre au mieux à l'accroissement de la demande de prise en charge de cette affection.

L'Alsace, et plus particulièrement la ville de Strasbourg, dispose de ressources exceptionnelles dans ce domaine en comparaison aux autres villes françaises.

Dans le Haut-Rhin, une branche du réseau RÉPPOPs a été créée en 2009, l'association ODE. Ce réseau d'éducation thérapeutique prend en charge les jeunes haut-rhinois âgés de 2 à 25 ans souffrant de surpoids/obésité, de diabète ou d'asthme (39). Le suivi est coordonné entre les professionnels du réseau (médecin, éducateur physique, diététicienne, psychologue, ...) et le médecin référent de l'enfant (généraliste ou pédiatre) qui a pour mission de suivre l'enfant sur le plan médical tous les trois mois en l'absence de comorbidité de l'enfant.

Dans le Bas-Rhin :

- Le réseau REDOM est un programme d'éducation thérapeutique pour les adultes souffrant d'obésité, de diabète ou de maladies cardiovasculaires (40). Ils ont développé en 2013 le REDOM-Jeunes afin d'élargir leur prise en charge aux enfants et adolescents en surpoids ou obèses jusqu'à 18 ans (41). Ce réseau est financé principalement par l'ARS.
- Le RCPO (Réseau Cardio Prévention Obésité) développe depuis 2018 une branche RCPO-Jeunes prenant en charge les jeunes de 3 à 18 ans atteints de surpoids ou d'obésité. Cette branche du réseau est financée par l'ARS (42).
- Le dispositif PRECCOSS (Prise En Charge Coordinée des Enfants Obèses et en Surpoids de Strasbourg) a été créé en 2014 par la ville de Strasbourg et prend en charge les enfants et adolescents âgés de 3 à 18 ans souffrant de surpoids ou d'obésité (43). Il est financé à la fois par la ville de Strasbourg et par l'ARS.

Ces trois derniers dispositifs ont une répartition géographique spécifique avec leurs propres territoires d'intervention qui couvrent toute l'Alsace. En effet, REDOM intervient plutôt sur le Nord Alsace jusqu'à Geispolsheim tandis que RCPO intervient plus sur le Sud Alsace. PRECCOSS, quant à lui, exerce son activité au sein de la ville de Strasbourg.

2.2. Présentation du dispositif PRECCOSS

2.2.1. Historique

Suite au Contrat Local de Santé de la Ville de Strasbourg, une réflexion a été menée de 2012 à 2014 pour améliorer la prise en charge des enfants strasbourgeois en surpoids ou obèses ainsi que pour rendre l'activité physique plus accessible aux enfants et permettre une évolution des comportements alimentaires des enfants et de leur famille.

Cette réflexion a permis le lancement, en mai 2014, du dispositif PRECCOSS offrant une prise en charge gratuite du surpoids et de l'obésité infantile. Trois quartiers prioritaires avaient été identifiés, le Neuhof, HautePierre et la Cité de l'III. Les enfants de ces trois quartiers âgés de 3 à 12 ans dépistés en surpoids ou en obésité par leur médecin traitant (généraliste ou pédiatre), la santé scolaire ou la Protection Maternelle Infantile (PMI) pouvaient être inclus.

En 2016, le dispositif a pu s'étendre à l'ensemble de la ville de Strasbourg. Puis, en juin 2019, il s'est ouvert aux adolescents âgés de 12 à 18 ans. Actuellement, il existe trois lieux de consultation où tous les jeunes strasbourgeois de 3 à 18 ans en surpoids ou obèses peuvent se rendre : HautePierre, Neuhof et Esplanade.

En décembre 2019, l'ARS donne l'autorisation au programme d'éducation thérapeutique PRECCOSS tandis qu'en parallèle un rapprochement avec le Sport Santé sur Ordonnance se met en place pour donner naissance en juin 2020 au Groupement d'Intérêt Public (GIP) Maison Sport Santé de Strasbourg. Les membres fondateurs du GIP sont au nombre de seize : le conseil départemental du Bas-Rhin, la ville de Strasbourg, Biovalley France, Institut Siel Bleu, IREPS, CDOS 67, CR SPORT POUR TOUS, France ASSOC SANTE, Office des Sports, Ligue contre le cancer, Unis vers le sport, MGEN, MFGE, UGECAM, IURC et les HUS.

Entre mars 2014, date de la création du dispositif, et décembre 2020, 747 enfants ont été inclus dans le dispositif PRECCOSS (44).

2.2.2. L'équipe

L'équipe se compose de plusieurs professionnels de santé mais pas uniquement. Le dispositif dispose d'une infirmière coordinatrice, d'une diététicienne, d'une psychologue, de deux éducateurs sportifs et d'une secrétaire. Depuis janvier 2019, un poste de médecin référent a été créé.

2.2.3. Organisation

Tout enfant âgé de 3 à 18 ans, résidant à Strasbourg et présentant un surpoids ou une obésité peut être adressé à PRECCOSS par son médecin traitant, qu'il soit généraliste ou pédiatre. Si le dépistage du surpoids ou de l'obésité a été réalisé par les services de PMI ou de Santé scolaire, ces derniers orientent l'enfant initialement chez leur médecin traitant qui pourra les adresser au dispositif.



Figure 2 : Schéma des modes d'inclusion dans le dispositif PRECCOSS

Le médecin traitant remplit l'ordonnance de prescription du dispositif (Cf. Annexe 2) accompagnée d'un certificat médical pour les activités physiques et sportives. C'est ensuite à la famille de prendre contact avec le secrétariat afin de fixer un rendez-vous d'inclusion.

L'inclusion était collective avant la COVID-19. Malgré tout, cette demi-journée permettait aux familles de rencontrer les différents professionnels et de se voir présenter le dispositif par l'infirmière coordinatrice. A la fin de cette rencontre, une synthèse était réalisée afin d'élaborer un Suivi Personnalisé de Santé (SPS) et un rendez-vous de suivi est fixé.

L'inclusion est aujourd'hui individuelle : l'enfant accompagné de ses parents rencontre tour à tour l'infirmière ou le médecin, l'éducateur sportif, la psychologue et la diététicienne. Suite à une réunion pluriprofessionnelle, un Programme Personnalisé de Soins (PPS) (Cf. Annexe 3) est réalisé et envoyé au médecin prescripteur.

Par la suite, l'enfant, accompagné de sa famille, participe aux différents ateliers collectifs ainsi qu'aux consultations individuelles avec les professionnels du dispositif.

Un bilan intermédiaire est réalisé par l'infirmière coordinatrice à six mois du début de la prise en charge afin d'effectuer les ajustements nécessaires. Un bilan final est réalisé à un an afin d'évaluer si l'enfant doit continuer à participer au dispositif ou non. En cas de poursuite, un nouveau Programme Personnalisé de Soins est élaboré afin de proposer de nouveaux objectifs.

Actuellement, la durée de prise en charge prévue par le dispositif est de maximum deux ans.

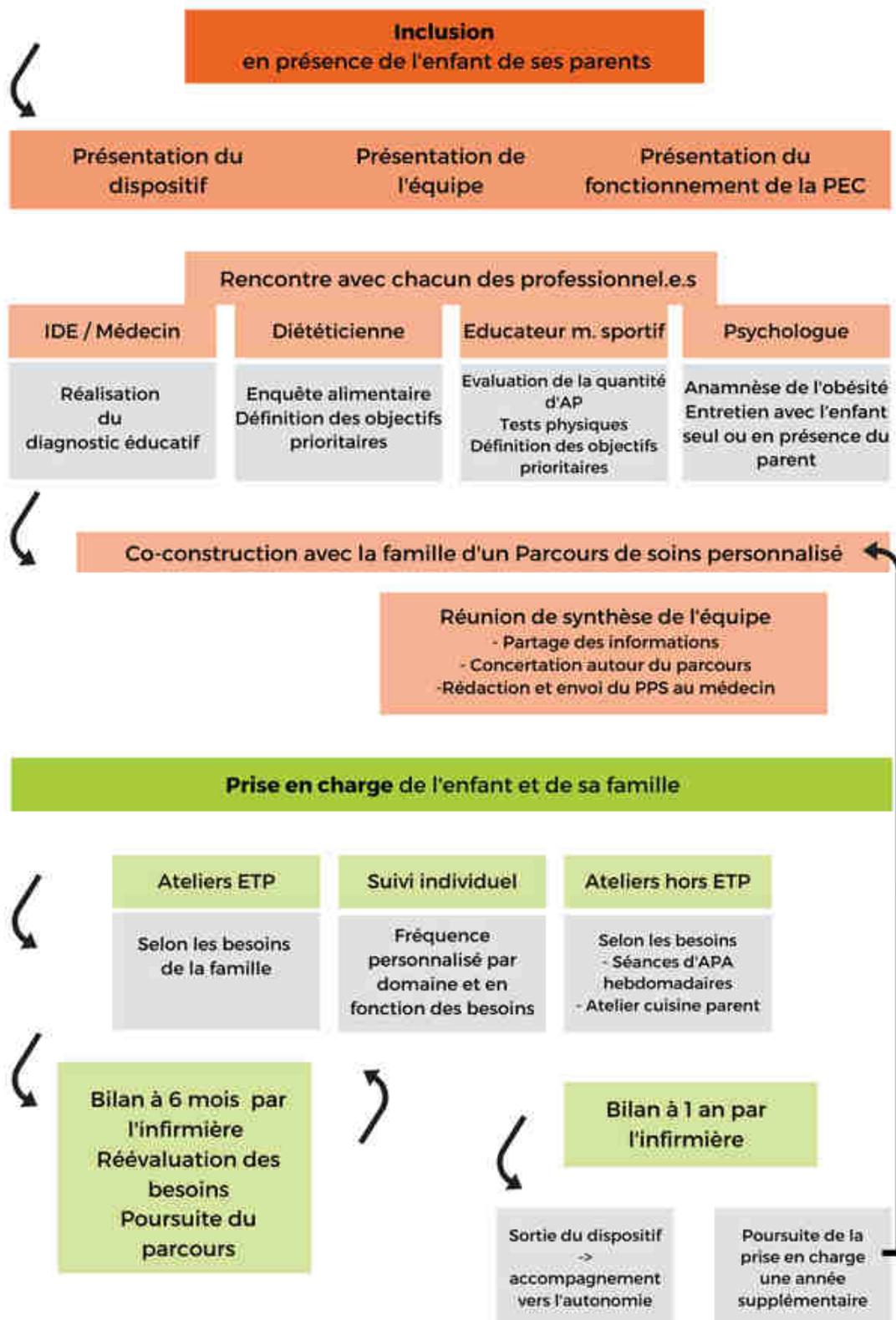


Figure 3 : Schéma du parcours d'un enfant dans le dispositif PRECCOSS

2.2.4. Communication

En 2020, 66% des prescripteurs du dispositif PRECCOSS étaient des médecins généralistes contre 31% de pédiatres. 0,7% des prescriptions a été réalisé par un médecin de PMI et pour 2,3% des prescriptions, le prescripteur était inconnu (44). La communication entre le dispositif et ces médecins prescripteurs est très importante, d'autant plus qu'il est prévu que ce soit eux qui poursuivent le suivi médical de l'enfant, le médecin du dispositif ne se substituant pas au médecin de l'enfant.

Il est actuellement prévu par le dispositif qu'un courrier soit envoyé au médecin prescripteur pour l'informer de l'inclusion de l'enfant, accompagné du PPS. Un courrier de synthèse doit être adressé à l'issue de la prise en charge. Ces échanges se faisaient par voie postale jusqu'à très récemment. Actuellement, l'équipe travaille à la mise en place d'une communication avec les professionnels de santé par messagerie sécurisée, Apicrypt, mais aussi via un nouveau logiciel, LIGO ETP qui utilise également une messagerie sécurisée.

Il est également prévu une communication d'ordre plus général lors des évolutions du dispositif. Des flyers et affiches sont distribués dans tous les cabinets médicaux dont au moins l'un des praticiens est recensé comme prescripteur du dispositif PRECCOSS.

3. Problématique et objectifs de l'étude

3.1. Problématique

Plusieurs thèses, quantitatives et qualitatives, ont été réalisées sur le dispositif afin de l'évaluer et de permettre d'y apporter des axes d'amélioration. La thèse du Dr Thomas GEROMIN en 2017 (45) sur les pratiques des médecins généralistes dans le dispositif PRECCOSS a mis en évidence que les médecins interrogés soulignaient le manque de retour formel (courrier, compte-rendu, ...) concernant le suivi des enfants qu'ils adressaient au dispositif. La discussion avec ces médecins mettait également en avant leur manque de connaissance concernant les pratiques au sein du dispositif. Le Dr GEROMIN explique également que l'équipe de PRECCOSS aimerait réussir à mobiliser plus de médecins prescripteurs à participer à leurs réunions de synthèse pluridisciplinaires.

Malgré tout ce qui est prévu par le dispositif en matière de communication avec les médecins prescripteurs, celle-ci semble pouvoir être améliorée. La question se pose de savoir comment ces médecins prescripteurs (généralistes et pédiatres) souhaitent améliorer la communication avec l'équipe d'éducation thérapeutique du dispositif PRECCOSS ?

3.2. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de recueillir les attentes en termes de communication des médecins prescripteurs du programme d'éducation thérapeutique PRECCOSS avec l'équipe.

L'objectif secondaire de cette étude est d'identifier les freins à une coopération optimale entre les médecins prescripteurs et l'équipe du programme d'éducation thérapeutique PRECCOSS.

MÉTHODOLOGIE

1. Choix de la méthode

1.1. Etude qualitative

Il n'est pas possible de répondre à toutes les questions de recherche par une étude quantitative. La méthode qualitative est complémentaire et permet de traiter des problématiques plus subjectives, d'évaluer des phénomènes sociaux, des opinions, des sentiments ou encore des croyances (46).

Cette méthode implique de se rendre sur le terrain pour interroger les acteurs du thème de l'étude.

L'étude qualitative est particulièrement adaptée à ma problématique puisque le critère principal d'étude est subjectif, les attentes des médecins prescripteurs. Cette méthode est également adaptée car elle permet d'aller à la rencontre de ces médecins prescripteurs qui sont les premiers concernés, donc les principaux acteurs du thème étudié, la communication avec le dispositif PRECCOSS.

1.2. Entretiens individuels semi-directifs

La méthodologie la plus adaptée à cette question de recherche est l'étude par focus groupes. Elle consiste à réunir plusieurs personnes faisant partie de la population, ici des médecins prescripteurs, afin qu'ils puissent débattre de la problématique. Cette méthode permet, grâce à la dynamique de groupe, de stimuler les points de vue différents de chacun par la discussion. Le caractère collectif de l'entretien permet de donner plus de poids aux résultats que lors d'entretiens individuels (47).

Cependant, après de nombreux appels pour solliciter les médecins prescripteurs du dispositif PRECCOSS à participer à ce type de réunion, il s'est avéré très compliqué, voire même impossible, de réunir un nombre satisfaisant de médecins au même moment pour un entretien collectif dont la durée moyenne est évaluée la plupart du temps à deux heures.

Il a été nécessaire de réenvisager la méthodologie et l'entretien individuel semi-directif a semblé être le plus adapté à la fois à la problématique étudiée et aux contraintes professionnelles de la population

d'étude. L'entretien individuel permet tout de même de recueillir les opinions des médecins prescripteurs en les rencontrant directement sur leur lieu d'exercice.

L'entretien semi-directif permet de recueillir les points de vue des médecins interrogés concernant plusieurs thèmes établis en amont et regroupés dans un guide d'entretien. Ces médecins sont une véritable source d'informations concernant la thématique. Les thématiques sont abordées sous forme de questions ouvertes, ce qui permet une véritable liberté dans leurs réponses.

Les entretiens ont été enregistrés à la fois par un dictaphone de la marque Olympus et par un smartphone, après recueil du consentement oral de la personne interrogée. Deux médecins ont refusé d'être enregistrés, leur entretien a donc été recueilli par une prise de notes la plus exhaustive possible. Les entretiens enregistrés ont été retranscrits en verbatims manuellement sur le logiciel Microsoft Word.

2. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été établi à partir des questions que se pose l'équipe d'éducation thérapeutique du dispositif PRECCOSS et des pistes d'amélioration retrouvées dans la littérature. Il a ensuite été validé par ma directrice de thèse.

Il comprend trois thèmes principaux :

- La perception de la communication actuelle.
- Les attentes en matière de communication autour du patient.
- Les attentes en matière de communication autour du dispositif.

Il est composé de trois questions principales et de huit sous-questions associées à des questions de relance (Cf. Annexe 4).

La retranscription et l'analyse des entretiens ont été réalisées en parallèle de la collecte des données afin d'améliorer le guide d'entretien au fil des rencontres avec les différents médecins interrogés.

3. Analyse

Une analyse des entretiens inspirée de la théorisation ancrée (48) a été réalisée. Elle s'est déroulée en trois étapes.

La première étape a été l'analyse ouverte qui a consisté en la sélection, dans les retranscriptions ou prises de notes, de tous les verbatims considérés comme importants en les étiquetant de manière thématique afin d'en extraire des étiquettes expérientielles. Une analyse théorique des étiquettes expérientielles a ensuite été réalisée afin d'identifier des propriétés. Enfin, des catégories ont été construites dans le but d'organiser les propriétés identifiées. Cette première étape a été réalisée après chaque entretien avant de réaliser le suivant. Ma directrice de thèse, le Dr Corinne BILDSTEIN, a réalisé une analyse ouverte de deux des quinze entretiens de façon indépendante afin de limiter la subjectivité de mon analyse en effectuant une triangulation de nos résultats.

Dans un second temps, l'analyse a été menée de manière axiale en articulant les catégories et les propriétés issues des différents entretiens, autour d'axes porteurs de sens.

Enfin, la dernière étape a été l'analyse intégrative qui a permis de faire émerger un modèle explicatif en intégrant les différents axes.

Ces étapes, décrites de manière linéaire, ont en réalité été réalisées de manière itérative avec un va-et-vient constant entre la réalisation des entretiens, leur retranscription et les différentes étapes de codage et d'analyse.

L'arrêt de l'inclusion dans l'étude a été déterminé par la saturation des données obtenues, c'est-à-dire lorsqu'aucun nouvel élément n'apparaissait dans les réponses données lors des entretiens.

4. Population d'étude

4.1. Echantillonnage

Afin de répondre à la problématique, tous les médecins de premier recours (généralistes et pédiatres) recensés comme prescripteurs du programme ont été inclus.

Après avoir rédigé une demande d'accès à la liste des médecins prescripteurs du dispositif auprès de la Maison Sport Santé (Cf. Annexe 5), un document Excel comprenant les noms des 279 médecins recensés comme prescripteurs du programme a été fourni. Ce fichier donnait accès au numéro de téléphone et au mail professionnels de la plupart des médecins. Un mail (Cf. Annexe 6) de présentation du sujet et de la problématique a été envoyé aux médecins dont l'adresse mail était disponible.

Le logiciel en ligne de randomisation RANDOM.ORG a été utilisé afin de randomiser les 279 médecins prescripteurs numérotés de 1 à 279 par ordre alphabétique dans le fichier Excel. Cette randomisation a été réalisée dans le but d'appeler les médecins prescripteurs dans un ordre aléatoire. Pour les appels, les numéros de téléphone professionnels disponibles sur le fichier Excel étaient utilisés. Lorsqu'un numéro n'était pas disponible sur ce fichier, il était recherché sur Internet via le moteur de recherche Google. Lorsque le médecin n'était pas disponible, un message était laissé à la secrétaire ou sur le répondeur afin d'être rappelée.

4.2. Analyse des caractéristiques de la population d'étude

J'ai sollicité les médecins prescripteurs dans l'ordre de leur randomisation. J'ai arrêté de les solliciter lorsque j'ai atteint une saturation des idées suite au quinzième entretien.

Sur 85 sollicitations :

- 50 sont restées sans suite.
- 10 praticiens étaient retraités.
- 10 praticiens ont refusé de me rencontrer, certains par manque de temps, d'autres ne se sentant pas concernés par la question de recherche.
- 15 praticiens ont accepté de participer.

Les 15 entretiens ont été réalisés entre le 19 août 2021 et le 27 octobre 2021. Ils se sont déroulés de manière individuelle, en présentiel, sur le lieu d'exercice de chaque praticien. La durée moyenne des entretiens était d'environ 21 minutes.

Dans une étude qualitative, la représentativité de l'échantillon n'est pas recherchée puisque l'objectif n'est pas de généraliser les résultats mais de trouver de nouvelles pistes de réflexion ou concepts.

Cependant, on constate que la population d'étude est assez variée. Sur 15 praticiens interrogés, 4 sont pédiatres et 11 sont médecins généralistes soit 27% de pédiatres et 63% de médecins généralistes, chiffres se rapprochant des statistiques de répartition des spécialités des médecins prescripteurs du dispositif PRECCOSS évoquées plus haut. Huit femmes et sept hommes, dont la moyenne d'âge est de 50 ans, installés depuis 3 à 35 ans (soit une moyenne de 18 années d'installation) composent cette population. Les médecins interrogés déclarent prescrire le dispositif PRECCOSS en moyenne cinq fois par an (de 1 à 20 par an selon les praticiens). Leurs modes d'exercice sont aussi variés, cabinet de groupe, exercice individuel ou encore maison de santé.

Entretien	Sexe	Spécialité	Nombre d'années d'installation	Mode d'exercice	Durée d'entretien	Nombre d'adressages PRECCOSS/an
1	Femme	Médecine générale	14 ans	Cabinet de groupe	17'24	1 à 2
2	Femme	Médecine générale	7 ans	Maison de santé	28'26	20
3	Femme	Pédiatrie	24 ans	Cabinet de groupe	16'43	Ne sait pas
4	Homme	Médecine générale	4 ans	Exercice individuel	17'30	1 à 2
5	Homme	Médecine générale	35 ans	Cabinet de groupe	22'46	4 à 5
6	Femme	Médecine générale	20 ans	Exercice individuel	14'34	3
7	Homme	Médecine générale	31 ans	Exercice individuel	9'23	4
8	Femme	Pédiatrie	4 ans	Exercice individuel	35'	4 à 5
9	Homme	Médecine générale	9 ans	Exercice individuel	12'59	2 à 3
10	Femme	Pédiatrie	19 ans	Exercice individuel	15'50	20
11	Homme	Pédiatrie	30 ans	Cabinet de groupe	24'55	1 à 2
12	Femme	Médecine générale	15 ans	Cabinet de groupe	14'57	3
13	Femme	Médecine générale	26 ans	Exercice individuel avec une collaboratrice	13'43	2 à 3
14	Homme	Médecine générale	25 ans	Cabinet de groupe	40'	1 à 2
15	Homme	Médecine générale	3 ans	Exercice individuel	22'48	1

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des praticiens interrogés et des entretiens

RÉSULTATS

L'analyse qualitative réalisée selon la méthode présentée ci-dessus a permis de mettre en évidence trois thématiques pour répondre à l'objectif principal de l'étude :

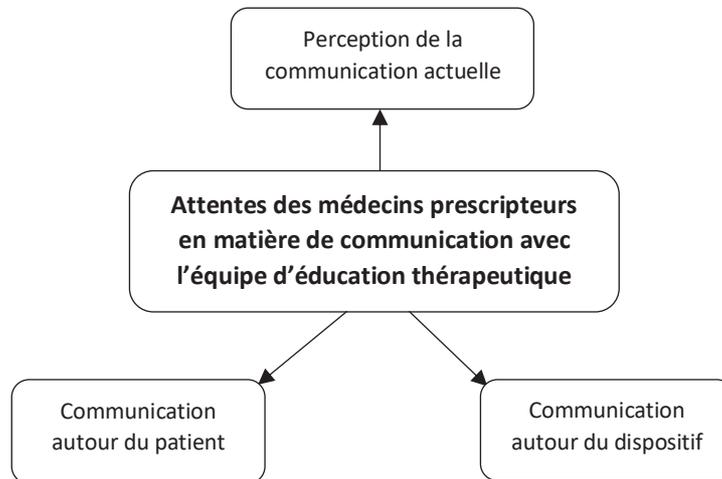


Figure 4 : Présentation des trois thématiques principales issues de l'analyse des entretiens

L'analyse avait également pour objectif secondaire de déceler les freins à une coopération optimale entre l'équipe du dispositif PRECCOSS et les médecins prescripteurs.

1. Perception de la communication actuelle

1.1. Une communication globalement satisfaisante... mais à améliorer

De prime abord, lorsque la question sur leur ressenti concernant la communication actuelle leur est posée, la majorité des médecins interrogés répond qu'elle est satisfaisante.

« *Je vois pas vraiment de problème* » (entretien n° 10).

« *La communication est pas si mauvaise* » (entretien n°11).

« *Pour moi ça me suffit* » (entretien n°4).

Un seul médecin interrogé exprime sa méconnaissance spontanément.

« *C'est vrai qu'on a peu d'info* » (entretien n°3).

C'est en leur demandant de décrire cette communication plus en détail que certains points leur apparaissent comme à améliorer.

« *Je pense qu'on peut améliorer les choses effectivement* » (entretien n°11).

1.2. Les points positifs

1.2.1. Le courrier suite à l'inclusion (Cf. Annexe 7)

Le courrier qui leur est adressé les informant que l'enfant a bien été inclus semble être l'élément le plus important aux yeux des 13 médecins interrogés ayant reçu ce courrier. En effet, sur les 15 personnes interrogées, 2 déclarent ne rien avoir reçu avant le bilan final.

La raison de l'importance de ce courrier d'inclusion qu'ils évoquent tous est qu'il leur permet de savoir que les familles ont fait la démarche de se tourner vers le dispositif PRECCOSS. Cette information est, selon eux, capitale dans leur prise en charge car cela leur permet de reprendre le sujet en connaissance de cause lors de la consultation suivante : s'ils n'ont pas reçu ce courrier, ils réinsistent sur l'importance de la prise en charge du surpoids ou de l'obésité de l'enfant ; s'ils ont reçu ce courrier, ils encouragent l'enfant et sa famille dans leur démarche et peuvent recueillir leur ressenti.

« *Ça voulait pour moi dire ben c'est cool parce que t'en as parlé aux parents et pis eux ils ont fait la démarche, ils sont allés sur place et oui il va être pris en charge* » (entretien n°1).

« *Donc effectivement j'ai vu qu'elle avait été prise en charge et donc j'étais contente parce que c'est arrivé plusieurs fois que je remplisse un dossier mais que les... finalement les familles n'y aillent pas* » (entretien n°13).

« *Des fois ils reviennent, ils ont fait le truc, ils en parlent même pas. Ils disent rien et du coup on fait pas attention, on passe au travers [...] mais ils en parlent pas forcément spontanément* » (entretien n°9).

« *Alors après les parents me disent ce qu'ils veulent et si j'avais pas de retour je saurais pas si c'est vrai, s'ils ont pris le rendez-vous, si le rendez-vous a été tardif, est-ce que eux ont tardé à prendre le rendez-vous* » (entretien n°6).

« Nous on adresse les gens mais après on peut pas aller vérifier forcément [...] c'est comme pour tout, on donne une ordonnance pour une prise de sang à un patient, c'est pas pour autant qu'il va aller la faire » (entretien n°1).

1.2.2. Le courrier en cas de perdu de vue

Deuxième communication très appréciée même si moins citée par les médecins interrogés, le courrier reçu lorsque le patient ne se présente plus aux ateliers proposés par le dispositif PRECCOSS.

Encore une fois, cette information leur permet de reprendre les choses en consultation avec l'enfant et sa famille, en questionnant sur le pourquoi de cet abandon. Ils expriment aussi le fait que cela permet de rattraper certains patients afin qu'ils reprennent leur suivi au sein du dispositif. Selon eux, l'information des perdus de vue permettrait d'éviter une rupture totale du suivi.

« C'était une communication si les personnes quittaient le dispositif et qu'ils avaient plus de nouvelles » (entretien n°9).

« On nous communique aussi sur le fait que ça fait trois mois qu'il est pas revenu [...] si on sait qu'ils y sont pas allés, on peut peut-être rattraper les choses » (entretien n°11).

1.2.3. Le Plan Personnalisé de Soins

Même si très peu des personnes interrogées le nomme, beaucoup en parlent sans le savoir. En effet, la plupart le décrit comme un compte-rendu initial. Seuls 2 des 15 médecins citent le « Plan Personnalisé de Soins », 4 autres en parlent comme un courrier très instructif sur ce qui est prévu pour l'enfant. Cela leur communique des informations sur la prise en charge et encore une fois ils peuvent en reparler plus concrètement avec l'enfant afin de savoir ce qui leur plaît ou non, ce qui semble leur convenir le mieux. Cette discussion avec l'enfant et sa famille leur permet ensuite d'adapter leur discours et leur prise en charge, surtout lorsque l'enfant sort du dispositif.

Cela semble également leur servir pour les autres enfants qu'ils souhaiteraient adresser. Ils se servent des informations des PPS de leurs précédents patients pour donner des exemples de prise en charge aux parents et enfants qu'ils souhaitent adresser. Cela leur donne des arguments plus concrets.

« Ça s'appelle plan personnalisé de soins initial... qui est bien détaillé, bien complet... bah c'est pas mal » (entretien n°1).

« Ils nous disent ce qu'ils ont mis en place » (entretien n°11).

« Alors j'ai plus les dernières lettres en tête mais ils mettent ce qui est prévu » (entretien n°3).

1.3. Les points négatifs

1.3.1. Le manque de réactivité

Plus de la moitié des médecins interrogés se plaint du manque de réactivité concernant les retours écrits du dispositif. L'intervalle entre le moment où ils adressent leur patient et le premier retour du dispositif leur semble très long et les laisse dans le flou sur la prise en charge de leur patient. Les avantages évoqués positivement lors de la réception d'un courrier lors de l'inclusion sont ici évoqués de manière négative car pendant un long moment ils ne savent pas si leur patient a fait la démarche ou non. Ils craignent que ce manque de réactivité entraîne un retard de prise en charge.

« Le fait de pas avoir de retour rapide de PRECCOSS, avec moi je ne sais pas si les parents y sont allés [...] donc c'est vrai qu'il y a un manque de réactivité » (entretien n°6).

« Donc il y a un grand temps qui se passe jusqu'à ce qu'on ait des nouvelles » (entretien n°12).

« Là bah finalement je les envoie dans le tuyau et puis au bout d'un an ou deux je reçois une lettre en me disant bah elle est passée par chez nous [...] bon pendant ce temps-là elle a pris 10 kg » (entretien n°5).

1.3.2. L'absence de contact direct avec l'équipe

Quelques médecins prescripteurs se plaignent de ne pas connaître les membres de l'équipe d'éducation thérapeutique. Plus particulièrement, ils regrettent de ne pas avoir de contact direct avec l'équipe. Cela semble provoquer chez eux un sentiment de méconnaissance du dispositif dans sa globalité. Il en ressort qu'ils ont l'impression d'être moins convainquant lorsqu'ils proposent le dispositif aux familles car rien n'est concret pour eux.

« Je ne me souviens pas avoir eu de personne directement au téléphone [...], je ne connais pas du tout les intervenants » (entretien n°13).

« Là maintenant je ne connais plus personne à PRECCOSS [...], cela donne une sensation de délitement qui n'est pas bonne pour l'image du dispositif » (entretien n°2).

A noter tout de même que trois médecins sont satisfaits de la présentation du dispositif qu'ils ont reçue via des flyers.

« J'ai eu au départ l'information [...] c'était par courrier, des petits flyers que j'ai reçus. Voilà c'est comme ça que j'ai eu vent d'eux » (entretien n°4).

« Ces dépliants je trouve qu'ils étaient bien, qu'ils sont bien faits » (entretien n°10).

1.4. L'adressage des patients

Comme nous l'avons évoqué lors de la présentation du dispositif ci-dessus, il existe un formulaire d'adressage type à disposition des médecins prescripteurs. Cependant, sur les huit médecins ayant abordé la manière dont ils adressent leur patient au dispositif, seuls trois utilisent le formulaire. Les autres adressent un courrier classique.

Pour ceux adressant un courrier, certains ne savaient pas qu'un formulaire existait alors que d'autres en avaient oublié l'existence.

« On remet le courrier aux patients, on leur donne l'adresse et après souvent c'est un peu flou » (entretien n°12).

« La communication elle s'est bornée à leur fournir le numéro et un petit courrier » (entretien n°14).

Pour ceux utilisant le formulaire, ils en sont globalement satisfaits, évoquant son caractère synthétique et pratique. Le seul reproche qui lui est fait concerne le partage d'informations médicales. En effet, il n'est pas prévu de rubrique spéciale pour mentionner les antécédents importants de l'enfant et même

s'ils pourraient trouver la place de les mentionner, la question du secret médical se pose, ne sachant pas à qui est adressé ce formulaire (personnel administratif ou professionnel de santé ?).

« Une ordonnance PRECCOSS, une ordonnance type là que j'ai et donc je mets... j'ai pas beaucoup de renseignements médicaux en fait là-dessus » (entretien n°10).

« Pour moi la fiche est plutôt bien faite, si ce n'est [...] en fait y a pas une place pour dire attention il est asthmatique. Après ça pose toujours la question du secret médical » (entretien n°15).

2. Attentes en matière de communication autour du patient

2.1. Communication reçue du dispositif

Pour ce thème, les réponses des praticiens ont été analysées en trois sous-parties : les informations concrètes désirées, le moyen de communication à utiliser pour les transmettre et leur fréquence de transmission.

2.1.1. Les informations attendues

❖ *L'inclusion*

Lorsque le thème de leurs attentes en matière d'informations reçues de la part du dispositif était abordé, les médecins interrogés sont à nouveau revenus largement sur l'inclusion de l'enfant dans le dispositif. Cette information, si elle était systématiquement fournie en cas d'inclusion, leur permettrait de savoir si leur prescription a bien été suivie. Dans le cas contraire, ils pourraient en rediscuter avec la famille et réinsister sur l'intérêt de la prise en charge par le dispositif PRECCOSS.

« C'est vrai que c'est plutôt intéressant et rassurant quand euh si on adresse et qu'on a un retour » (entretien n°1).

« Est-ce que les gens ils y sont bien inscrits entre guillemets, ou est-ce qu'ils ont bien contacté PRECCOSS » (entretien n°10).

« Juste pour me dire qu'il s'est présenté » (entretien n°11).

❖ *Les perdus de vue*

Encore une fois, les praticiens sont revenus sur une information également assez importante à leurs yeux, savoir si leur patient ne se présente plus aux activités ou rendez-vous fixés par le dispositif. Si l'information leur était communiquée assez rapidement, il leur semblerait possible de pouvoir les remotiver à participer en reprenant cela en consultation.

« un retour disant « machin est perdu de vue » par exemple » (entretien n°2).

« Ah oui c'est fondamental » (entretien n°3).

« qu'on puisse essayer de les relancer encore un temps [...] quand ils ont entamé le cycle et qu'ils se présentent pas à quelques rendez-vous, qu'on soit prévenu éventuellement pour les relancer » (entretien n°9).

❖ *La prise en charge*

La totalité des médecins prescripteurs rencontrés souhaite avoir des informations sur ce qui est proposé à l'enfant et à sa famille, ce qui a été mis en place afin de pouvoir reprendre la question du surpoids ou de l'obésité à la lumière de ces informations. Ils veulent connaître les activités proposées ainsi que les professionnels que les enfants vont ou ont rencontrés. Savoir ce qui a été fait ou proposé leur permettrait également d'avoir un discours allant dans le même sens que celui dispensé par les intervenants du dispositif PRECCOSS.

« Oui voilà les activités proposées, les professionnels » (entretien n°13).

« Savoir ce qu'ils proposent effectivement et ce qu'ils ont accepté de faire. Ça permet aussi après de reprendre le dossier et d'avoir des arguments de base pour pouvoir discuter » (entretien n°7).

« Comment on prend en charge l'enfant parce que moi je vous envoie quelqu'un, après il est accueilli par qui, comment, dans quel contexte » (entretien n°14).

« Mais je trouve que c'est d'autant plus intéressant après pour nous pour réinteragir avec les parents et l'enfant quand on les revoit, si on a un suivi et on sait où ça en est, parce que sinon on a que les retours des parents » (entretien n°1).

« *Qu'on ait un premier bilan de ce qu'ils ont bien mis en place, qu'on puisse aller dans le même sens* » (entretien n°11).

❖ *La motivation de l'enfant et l'implication des parents*

Les médecins interrogés se montre très intéressés par le ressenti de l'équipe concernant la motivation de l'enfant lors de sa participation aux activités mais aussi quant à l'implication des parents dans la prise en charge de leur enfant. Pour eux, c'est un bon indicateur de la raison pour laquelle la prise en charge dans le dispositif ne marcherait pas. Ils pourraient également en tenir compte dans leur prise en charge future en cas de perdu de vue ou à la sortie du dispositif.

« *L'équipe aussi pourrait nous dire le gamin est insupportable, il participe à rien* » (entretien n°1).

« *Est-ce que les parents entendent ce qu'on leur dit ?* » (entretien n°8).

« *Un index de motivation ?* » (entretien n°9).

« *Moi c'est la participation qui m'intéresse [...] bah oui évidemment ça marche pas parce que vous avez fait semblant d'y aller. Y a des gens qui font semblant* » (entretien n°5).

« *Oui bien sûr, s'ils sentent qu'il y a des difficultés familiales* » (entretien n°13).

« *Et ouais l'implication de la famille parce ça c'est important* » (entretien n°6).

❖ *Données cliniques*

C'est sur ce point que les avis divergent le plus. En effet, certains praticiens souhaitent recevoir des données cliniques, telles que le poids ou l'IMC, alors que d'autres considèrent que c'est à eux de les mesurer en consultation. On remarque que les praticiens considérant que c'est à eux de mesurer ces données sont également ceux qui ont prévu de revoir les enfants spécifiquement pour leur surpoids ou leur obésité tandis que ceux qui souhaitent avoir cette information ne prévoient pas forcément de revoir l'enfant lors d'une consultation dédiée. Ces données sont considérées par la plupart comme un marqueur de la réponse au dispositif.

« *Me dire où il en est par rapport au poids* » (entretien n°3).

« Bah ce qui est surtout important c'est la progression du poids et de la taille, des informations très concrètes en fait » (entretien n°12).

« Les IMC ça me paraît évident » (entretien n°5).

« Parce qu'après le suivi par exemple de l'indice de masse corporelle, c'est à nous de le faire » (entretien n°15).

« Bah moi je les revois. A la rigueur ça peut être noté [...] mais ça voilà, je peux le maîtriser » (entretien n°6).

2.1.2. Mode de communication

❖ Numérique ou papier ?

Plusieurs modes de communication ont été évoqués par les médecins interrogés. Concernant la communication régulière classique, il en ressort que la voie numérique par messagerie sécurisée telle qu'Apicrypt est préférée aux courriers papier par voie postale. Le numérique est considéré comme un gain de temps dans le traitement du compte-rendu lors de l'intégration au dossier.

« Je pense que le courrier sécurisé ça permet d'avoir, nous, des documents directement accessibles, de les avoir sur l'ordinateur aussi tout de suite sans avoir besoin de les scanner » (entretien n°7).

« Bah par mail hein, on a Apicrypt, je pense que c'est plus simple Apicrypt. Parce que c'est classé tout de suite, pas besoin de scanner et pis le rentrer [...] le papier y doit disparaître dans les prochaines années ! » (entretien n°11).

« Oui oui messagerie sécurisée c'est bien » (entretien n°6).

Un autre moyen de communication écrit a été évoqué à deux reprises, le carnet de santé.

« Le carnet de santé. Je considère que c'est un outil de communication déjà assez simple et si PRECCOSS mettait un mot dans le carnet de santé ça serait déjà vachement bien » (entretien n°2).

❖ *« Il faut simplifier la communication » (entretien n°11)*

Le terme répété par tous les praticiens est « simplification ». Ils veulent une information synthétique et standardisée. Ils ne veulent pas perdre de temps à lire des détails inutiles à leur prise en charge, cela les mènerait à ne lire que les conclusions donc une perte de temps aussi pour l'équipe d'éducation thérapeutique qui aurait rédigé un contenu qui ne serait jamais lu. Plusieurs médecins interrogés ont également évoqué le souhait d'avoir un interlocuteur dédié qu'ils peuvent en retour contacter personnellement par mail afin de simplifier les échanges.

« un interlocuteur dédié à qui on peut s'adresser [...] par mail parce que par téléphone c'est moins pratique » (entretien n°11).

« Un formulaire standardisé de résumé de consultation mais très court » (entretien n°11).

« Donc c'est un courrier bref... Un courrier type » (entretien n°15).

« Même trois lignes, tant que c'est intéressant pour le suivi de l'enfant » (entretien n°8).

❖ *Et en cas « d'urgence » ?*

Si l'équipe d'éducation thérapeutique est confrontée à une situation complexe ou nécessite des informations de manière assez rapide, le fait d'être contacté exceptionnellement par téléphone par le médecin du dispositif ne semble pas les déranger pour la majorité.

« Je veux dire bon le médecin juge utile de le faire, il peut m'appeler et il y a aucun problème, ah oui oui » (entretien n°5).

2.1.3. Fréquence de communication

Lorsque ce point est abordé, quelques praticiens rappellent que l'obésité est une pathologie chronique qui se prend en charge sur le long terme. Une communication trop rapide n'est donc pas forcément appropriée pour apprécier l'évolution. Cependant, ils sont unanimes sur une fréquence de communication trimestrielle. Cette fréquence serait, pour eux, un bon compromis pour à la fois pouvoir apprécier les progrès de l'enfant mais aussi ne pas mettre trop de temps à réagir en cas de problème dans la prise en charge.

« De toute façon l'obésité ça s'inscrit dans le long terme [...] j'ai pas besoin d'avoir un retour 15 jours après » (entretien n°11).

« Pas toutes les semaines... je veux dire tous les trimestres ça me paraît raisonnable » (entretien n°7).

« C'est un bilan trimestriel court » (entretien n°1).

« Tous les trois mois peut-être ça permettrait quand même de juger un petit peu » (entretien n°13).

« Ça serait bien un bilan dans les trois premiers mois » (entretien n°6).

2.2. Communication émise au dispositif

Pour cette partie, l'analyse des entretiens a mis en évidence trois axes de réponse : le contenu de l'information que les médecins prescripteurs souhaiteraient transmettre, à quel moment souhaiteraient-ils les transmettre et par quel moyen.

2.2.1. Contenu de l'information

❖ *Les antécédents médicaux*

Les praticiens trouvent tous très important de communiquer à l'équipe d'éducation thérapeutique et plus particulièrement au médecin du dispositif les antécédents médicaux des enfants, notamment ceux qui peuvent être utiles à leur prise en charge.

« Si j'ai un obèse qui a une rectocolite ulcéreuse bah c'est sûr que je le mettrai » (entretien n°14).

« Moi en tout cas si je juge qu'il y a un élément pathologique en plus, j'essayerai de mettre une copie du truc, hein, voilà. Là les troubles du sommeil... » (entretien n°5).

« antécédents, surpoids familial, hypertension artérielle, enfin ce qu'on peut réunir, c'est déjà une base » (entretien n°11).

❖ *Le contexte social ou familial*

Lorsque le contexte social et/ou familial de l'enfant est particulier et que les praticiens jugent qu'il pourrait avoir un lien avec le surpoids ou l'obésité du patient ou interférer dans la prise en charge, ils aimeraient pouvoir en informer l'équipe du dispositif PRECCOSS.

« Si vraiment il y a un souci familial majeur, alors c'est mon rôle d'en parler directement avec le médecin coordinateur ou l'équipe » (entretien n°1).

« Après les détails sur les difficultés sociales, le plus souvent je pense pas vraiment à les mettre [...] je pourrai rajouter une ou deux lignes par rapport à ça » (entretien n°4).

« Bah c'est vrai que peut-être les situations particulières... ouais on pourrait peut-être les signaler, ouais » (entretien n°12).

❖ Les données biométriques

La communication de données biométriques a également été évoquée. Ces données regroupent les résultats biologiques mais aussi les chiffres de poids, taille et IMC mesurés lors d'une consultation de suivi de médecine générale ou de pédiatrie.

« à la limite dans un formulaire standardisé : visite ce jour, poids, taille, IMC, ils ont la courbe, on a la courbe » (entretien n°11).

« Ça peut être intéressant de leur communiquer un bilan... on a déjà fait un bilan thyroïdien, on a déjà fait un dosage du cholestérol » (entretien n°11).

2.2.2. Quand ressentent-ils le besoin de communiquer ?

S'ils souhaitent communiquer les antécédents médicaux et le contexte social particulier de l'enfant lors de l'adressage, c'est surtout en cas « d'urgence », si un souci apparaît lors du suivi de l'enfant que les médecins interrogés souhaitent communiquer avec le dispositif.

« Bah disons que quand il y a un souci, je fais un courrier » (entretien n°3).

« Je pense qu'on peut essayer d'établir un contact si jamais on voit qu'il y a des problèmes particuliers » (entretien n°7).

2.2.3. Comment souhaitent-ils communiquer ?

❖ *L'adressage*

Même si le formulaire d'adressage existant convient très bien aux praticiens qui l'utilisent, ils sont tout de même contrariés par la question du secret professionnel pour la communication des antécédents médicaux mais aussi par le regard de la famille qui pourra lire le formulaire si le contexte social est précisé. Plusieurs idées ont été émises, notamment celle d'un formulaire d'adressage par Internet, donc communiqué via une messagerie sécurisée. D'autres parlent tout simplement d'adresser un courrier type via le patient comme pour tout autre spécialiste.

« En règle générale on communique via le patient » (entretien n°15).

« Soit je fais un courrier que je remets au patient en même temps que je lui remets son ordonnance de PRECCOSS soit je peux contacter par mail en disant voilà vous allez voir tel enfant, sachez que le contexte est le suivant » (entretien n°1).

« Rédiger une lettre type avec les antécédents » (entretien n°4).

« Prendre rendez-vous par mail [...] et laisser les coordonnées du patient par mail et que ce soit le dispositif qui rappelle ouais ça ça peut être pas mal » (entretien n°12).

« Bah je pense qu'il faut les communiquer par mail parce que quand on les donne aux patients ça peut être mal vécu. Donc des informations confidentielles ouais de médecin à médecin tout simplement » (entretien n°12).

« On pourrait avoir un formulaire d'adressage sur Internet » (entretien n°11).

❖ *Un contact téléphonique*

Pour signaler un souci important pour la prise en charge de l'enfant, un contact téléphonique semble être privilégié par les médecins interrogés. En effet, l'urgence de la situation peut expliquer ce besoin de communiquer de manière directe avec le médecin du dispositif ou un membre de l'équipe.

« Si on peut le contacter, donc c'est-à-dire avoir un numéro de téléphone qu'on utilise très épisodiquement pour avoir un contact direct parce qu'il y a un problème particulier » (entretien n°7).

« *Moi ça m'irait d'avoir un numéro de téléphone à joindre en cas d'urgence* » (entretien n°8).

« *Bah c'est-à-dire que oui le téléphone c'est bien quand c'est urgent* » (entretien n°13).

❖ *Des échanges par messagerie sécurisée*

En dehors des urgences, les praticiens souhaiteraient échanger principalement par mail, par messagerie sécurisée, afin de préserver le secret médical mais aussi pour des questions de facilité pour eux. Certains médecins ne savaient pas qu'ils pouvaient à la fois recevoir des courriers mais aussi en envoyer via la messagerie sécurisée Apicrypt mais ils sont prêts à faire la démarche de s'y former afin de faciliter la communication.

« *L'idée de la messagerie sécurisée [...] c'est pas bête un écrit qui serait plus avec messagerie sécurisée, oui ça c'est une bonne idée* » (entretien n°10).

« *Quoi que moi j'échange pas sur Apicrypt. Je reçois des... enfin comme tous les généralistes je reçois les comptes-rendus mais j'écris à personne. Ça doit pas être bien compliqué* » (entretien n°15).

« *Peut-être juste une adresse mail qui fait qu'on peut échanger par mail* » (entretien n°12).

« *Moi je pense qu'un mail Apicrypt c'est mieux* » (entretien n°11).

2.3. Volonté d'implication

L'analyse des entretiens a permis de montrer que la volonté d'implication était très médecin-dépendante. En effet, même si une majorité des médecins souhaite être plus impliquée dans la prise en charge de leur patient, certains ne souhaitent pas s'impliquer au-delà de l'adressage. Les raisons de ces avis divergents seront abordées avant d'exposer les diverses solutions proposées afin d'impliquer davantage les médecins prescripteurs dans la prise en charge des enfants adressés.

2.3.1. Pourquoi ne pas souhaiter s'impliquer ?

Les médecins interrogés exprimant clairement le fait de ne pas vouloir s'impliquer dans la prise en charge de leur patient évoquent principalement le manque de temps. Il ressort également de l'analyse de ces entretiens un sentiment de ne pas être apte à le faire, c'est-à-dire ne pas être formé à cette

prise en charge. Certains médecins pensent que de n'avoir qu'un seul lieu de suivi pour cette pathologie est plus facile pour les familles. Enfin, le principe de délégation de tâche lors de l'adressage à un dispositif quel qu'il soit est également mis en avant.

« Parce que discuter 30 minutes de ces questions-là... pff je le fais pas [...] et puis j'ai pas le temps de parler de tout ça et de parler dans des mots que eux puissent comprendre » (entretien n°4).

« Mais moi je ne me substitue pas à PRECCOSS et je vais pas les repeser tous les mois ou des choses comme ça » (entretien n°3).

« Le positionnement du libéral lors de la collaboration avec PRECCOSS, si c'est que du recrutement ça me pose aucun souci » (entretien n°14).

« Donc le problème [...] ils vont pas me ramener leur même tous les mois ou tous les trois mois pour le peser [...] moi après ça me fait des lapins parce que comme ils veulent pas revenir bah du coup le créneau est pris et j'ai perdu du temps » (entretien n°5).

« Ça me prendrait trop de temps » (entretien n°9).

« Et puis je pense aussi peut-être que c'est plus simple pour le patient de savoir qu'il va à tel endroit [...] je pense que c'est plus cohérent que tout se passe au même endroit » (entretien n°1).

2.3.2. Pourquoi vouloir s'impliquer davantage ?

Les praticiens souhaitant s'impliquer davantage dans une prise en charge commune avec le dispositif mettent en avant le fait de ne pas vouloir être destitué de leur rôle central et privilégié de médecin traitant (pédiatre ou généraliste). Le fait d'être plus impliqué leur permettrait d'avoir une relation médecin-patient plus forte. Cela permettrait également, selon eux, de « rattraper » les patients qui commencent à se désinvestir de leur prise en charge. La motivation du patient et de sa famille pourrait également être impactée de manière positive, le regard du « médecin de famille » étant très important pour certaines familles.

« Je pense qu'il faut qu'on travaille ensemble, [...] ou alors on refile le bébé [...] mais si on veut avoir un suivi et une collaboration, je pense qu'il faut qu'il y ait des échanges... dans les deux sens » (entretien n°7).

« Ça permet d'avoir la main un petit peu sur les choses [...] je trouve qu'il y a une motivation plus importante du patient ou de la famille, bah quand derrière il faut revenir pour une consultation, y a un suivi, on se sent quand même plus impliqués » (entretien n°6).

« C'est toujours un peu désagréable de se sentir shunté [...] nan mais c'est sûr que tant qu'à faire je préfère le suivre » (entretien n°15).

« Oui tout à fait ça permettrait d'avoir un suivi dans la durée » (entretien n°13).

« C'est une difficulté des dispositifs, c'est quand on se sent dépossédé [...] moi je trouve que je dois rester au centre de la prise en charge » (entretien n°2).

« Pouvoir féliciter un gamin qui a perdu du poids, qui adhère au dispositif, renforcer le dispositif par ce lien que nous on a et qu'il puisse me transmettre sa fierté [...] je trouve que c'est fort et que ça améliore la prise en charge en général » (entretien n°2).

« Finalement quand on envoie dans un réseau quelque part on a délégué [...] il faudrait qu'on serre les gens entre PRECCOSS et nous... il faudrait qu'il y ait quelque chose qui se passe, que les gens se sentent pris en charge » (entretien n°5).

2.3.3. Les solutions imaginées pour une meilleure implication des médecins prescripteurs

Plusieurs aménagements de la prise en charge et de la communication entre le dispositif et eux ont été imaginés par les médecins interrogés.

❖ *Un suivi standardisé*

Les praticiens souhaiteraient que la prise en charge et le suivi soient standardisés pour tous les enfants, que la fréquence des rendez-vous auprès d'eux concernant spécifiquement le surpoids ou l'obésité soit établie dès l'inclusion de l'enfant dans le dispositif. Ils souhaiteraient également une

standardisation du discours, c'est-à-dire pouvoir tenir les mêmes propos que l'équipe du dispositif afin de renforcer l'adhésion de l'enfant et des familles.

« Bah peut être que les patients et les parents au départ ils signent une espèce de charte de la prise en charge, et que les rendez-vous soient pris d'avance aussi [...] que le rythme soit établi, clair et standardisé » (entretien n°12).

« Une recommandation qui serait commune, c'est-à-dire un schéma commun de suivi [...] leur donner des préconisations qui pourraient être de temps en temps pas compatibles » (entretien n°11).

❖ *Un système de « cahier patient »*

Si les médecins prescripteurs faisaient partie intégrante de la prise en charge au sein du dispositif, il faudrait également faciliter les échanges, le partage d'informations dans les deux sens. Plusieurs médecins ont imaginé un système de fiches synthétiques transmises du dispositif au médecin et inversement via le patient. L'idée de mettre en place un cahier dont le patient aurait la charge pour le responsabiliser et dans lequel tous les intervenants communiqueraient sur leur suivi a été évoqué plusieurs fois et très bien accueillie par les praticiens qui n'y avaient pas pensé.

« Le patient y vient de la part de PRECCOSS avec la fiche à remplir avec euh voilà tension artérielle, IMC, quelques infos [...] et puis il le retourne » (entretien n°15).

« Oui une fiche ou un cahier qui serait propriétaire du patient et qui irait de l'un à l'autre [...] je pense que ça impliquerait le patient » (entretien n°12).

« Un formulaire standardisé de résumé de consultation mais très court » (entretien n°11).

2.4. Concertation pluridisciplinaire

L'intérêt que les médecins portent à être conviés à des réunions de concertation pluriprofessionnelle par l'équipe d'éducation thérapeutique du dispositif PRECCOSS a pu être analysé. Il en ressort que la majorité des praticiens ne souhaite pas l'être. Cependant, quelques médecins ont montré de l'intérêt à être conviés.

2.4.1. Pourquoi ne pas souhaiter participer à des réunions pluriprofessionnelles ?

La principale raison évoquée par les médecins qui ne sont pas intéressés par ces réunions est le manque de temps, l'impossibilité de les intégrer à leur emploi du temps. Certains ont également avoué ne pas y trouver d'intérêt.

« *Dans l'idée oui, dans la pratique... enfin c'est pas gérable...* » (entretien n°6).

« *Je peux pas m'investir assez pour participer aux réunions* » (entretien n°10).

« *C'est difficile dans mon emploi du temps* » (entretien n°12).

« *Ce serait intéressant mais j'ai pas le temps* » (entretien n°9).

« *Moi je suis pas plus demandeuse que ça de participer aux réunions pour mes patients* » (entretien n°1).

2.4.2. Quels seraient les avantages à participer aux réunions pluriprofessionnelles ?

Quelques médecins interrogés se sont néanmoins montrés intéressés par le fait d'être conviés à ces réunions. Le fait de connaître l'équipe mais aussi de se faire connaître leur paraît fondamental pour créer une base de communication. Pouvoir participer au bilan de leur patient serait également très enrichissant et les échanges facilités par cette proximité qu'offre la communication lors de ce type de réunion. Ces réunions pourraient selon eux être également un temps d'échange sur leur pratique et leur collaboration.

« *Moi je pense la communication... faudrait peut-être faire des réunions régulières avec les médecins intéressés dans des contextes de vraie vie* » (entretien n°14).

« *Connaître un peu les équipes... on dit tellement de choses de vive voix... dans un courrier vous mettez 5% de ce que vous pourriez dire* » (entretien n°14).

« *Il n'y a pas qu'eux (ndlr : les membres de l'équipe PRECCOSS) qui doivent faire l'effort de nous connaître, c'est aussi à nous de faire l'effort* » (entretien n°8).

« En fait ce que j'aimerais surtout c'est qu'on ait du temps de synthèse [...] ça nous permettrait aussi d'apprendre des uns des autres [...] où on parle d'enfants suivis mais également de comment on pourrait faire pour mieux travailler ensemble » (entretien n°2).

2.4.3. Et en pratique ?

Les médecins intéressés ont également parlé de la manière dont ils souhaiteraient que cela soit mis en place. La visioconférence semble être le moyen le plus adapté à leur pratique. Concernant la fréquence des rencontres, une fois par an, plutôt en milieu de suivi de leur patient, est la fréquence qui leur conviendrait au vu de l'analyse des entretiens.

« En zoom ça va, je le ferai, c'est vrai qu'on a pas souvent le temps de se déplacer, mais en zoom ça va » (entretien n°8).

« Une fois par an ça me semble bien, plus ça me semble beaucoup [...] au bout de six mois de suivi par exemple » (entretien n°3).

« En visio je pense, c'est plus simple » (entretien n°13).

« Peut-être une fois un truc en visio [...] un point annuel, voilà. Mais voilà, jamais je me déplacerai pour ça je pense » (entretien n°15).

3. Attentes en matière de communication autour du dispositif

La problématique de cette thèse s'intéressait également à la communication autour du dispositif PRECCOSS, c'est-à-dire la communication sur le dispositif, ses actions et son équipe.

L'analyse des quinze entretiens a permis de mettre en évidence les attentes des médecins prescripteurs interrogés.

Une première analyse a été réalisée sur le contenu des informations qu'ils souhaiteraient recevoir.

Une autre analyse a ensuite été menée sur les moyens de diffusion de ces informations et enfin une dernière analyse sur la fréquence de réception de ces informations.

3.1. Contenu de l'information

Il ressort de cette analyse que les praticiens se considèrent plutôt bien informés sur le dispositif. Malgré tout, ils souhaiteraient mieux connaître l'équipe et les activités proposées afin de pouvoir mieux en parler aux patients.

« Je connais le fonctionnement, donc c'est pas la peine qu'on m'explique à moi » (entretien n°5).

« Après moi je le connais. Je sais qu'il prend en charge des enfants et des adolescents en surpoids, ça me suffit largement » (entretien n°14).

« Le nom des personnes et les activités, j'ai pas forcément besoin de beaucoup plus puisque je connais le dispositif » (entretien n°2).

« Après l'information qu'on a envie d'avoir c'est voilà comment ça se passe, quel type d'activité [...] pour le vendre un peu aux parents quoi » (entretien n°15).

« Un trombinoscope de l'équipe » (entretien n°11).

3.2. Moyens de diffusion de l'information

Encore une fois, les avis divergent sur le sujet mais deux moyens de communication sont privilégiés : les mails et l'organisation de « réunions de présentation ». Les mails sont plébiscités pour leur facilité de traitement par les praticiens. Les réunions quant à elles présentent l'avantage de pouvoir à la fois être informé des nouveautés mais également de rencontrer l'équipe et d'autres médecins prescripteurs occasionnellement.

« Bah oui par mail ça fonctionne quand même pas mal » (entretien n°13).

« Par mail ça prend pas très longtemps à le lire » (entretien n°1).

« Je pense que la communication doit se faire par Internet » (entretien n°11).

« Ils disent voilà ce qu'on fait, voilà combien on a inclus de personnes et qu'il y ait les coachs qui soient présents, les responsables de la mairie qui sont à l'origine de ce projet [...] je serais content d'assister à la réunion » (entretien n°15).

« Au cours d'une réunion » (entretien n°14).

« *Organisation de réunions, quelqu'un qui passe pour expliquer* » (entretien n°5).

« *Je verrai bien un genre de portes ouvertes [...] qu'on puisse venir sur place pour voir aussi comment ça se passe* » (entretien n°10).

3.3. Quand communiquer ?

La fréquence souhaitée dépend principalement du mode de communication. La réception de mails peut s'envisager à chaque nouveau changement important dans l'organisation du dispositif tandis que l'organisation de réunions, demandant une plus grande disponibilité du praticien, ne doit pas être aussi fréquente, une fois par an semble être le rythme le plus adapté à leurs attentes.

« *Ouais dès qu'il y a quelque chose de nouveau plutôt* » (entretien n°9).

« *En cas de gros changements* » (entretien n°6).

« *Oui voilà une fois ou deux dans l'année pour les choses importantes* » (entretien n°13).

« *Dès qu'il y a quelque chose de nouveau [...] pour moi je préfère au fur et à mesure qu'une fois par an avec quinze mille informations* » (entretien n°1).

« *Si une fois dans l'année ils organisaient une soirée, un événement avec un peu... où les gens se présentent* » (entretien n°15).

4. Freins à une coopération optimale

L'objectif secondaire de cette étude était de déceler les freins à une coopération optimale entre les médecins prescripteurs et l'équipe d'éducation thérapeutique. L'analyse des entretiens a permis de faire ressortir deux principaux freins.

4.1. Le temps

Un terme qui revient dans la quasi-totalité des entretiens est « chronophage ». En effet, les praticiens interrogés sont souvent très intéressés pour améliorer leur communication, leurs relations, leur coopération avec le dispositif mais expliquent manquer de temps pour le faire au mieux. Dans la notion de temps il y a également l'organisation de leur emploi du temps qui, selon eux, ne peut pas forcément

s'adapter de manière optimale à celui d'un dispositif tel que PRECCOSS. Certains praticiens tempèrent tout de même leurs propos en se rappelant qu'ils n'adressent pas énormément d'enfants par an au dispositif.

« Je pense que c'est trop chronophage [...] enfin moi personnellement je vois pas quand je peux caser ça dans mon emploi du temps » (entretien n°12).

« Franchement c'est un problème de temps » (entretien n°7).

« C'est chronophage. C'est chronophage » (entretien n°15).

« J'ai pas le temps pour bien faire mon boulot alors s'il faut rajouter ça... » (entretien n°5).

« Après moi je suis quelqu'un qui manque de temps » (entretien n°4).

« Ça me prendrait trop de temps... bah après faut voir le nombre de personnes que je mets dedans aussi » (entretien n°9).

« Je pense qu'on a beaucoup de travail administratif mais, merde... on n'en suit quand même pas non plus 50 000 qui vont au réseau PRECCOSS » (entretien n°11).

4.2. La rémunération

Le deuxième frein identifié par l'analyse des entretiens est l'absence de valorisation de leur consultation dans le cadre d'un suivi conjoint avec le dispositif PRECCOSS. En effet, les médecins interrogés considèrent qu'une consultation de suivi nécessite une expertise particulière dans le domaine du surpoids et de l'obésité mais également prend davantage de temps pour la même cotation qu'une consultation classique de médecine générale. De plus, tout le travail administratif qu'engendrerait un suivi conjoint serait probablement traité en dehors des heures de consultation et serait donc du temps de travail non rémunéré.

« Et puis après faut pas oublier que tout ça c'est du temps pas rémunéré » (entretien n°12).

« Chez vous ce que je trouve c'est pas valorisé la prise en charge PRECCOSS, elle est pas valorisée chez le médecin traitant [...] voyez, personne ne fait les choses gratuitement » (entretien n°14).

« Peut-être que PRECCOSS devrait voir avec la Caisse Primaire comment elle pourrait négocier la prise en charge d'une consultation PRECCOSS préalable... ça pourrait motiver les troupes je pense »
(entretien n°14).

DISCUSSION

1. Les biais

1.1. *Biais internes*

1.1.1. Les informateurs

Le faible taux de réponses positives aux nombreuses sollicitations effectuées témoigne de la difficulté d'accès aux médecins de premier recours. Nous pouvons donc supposer que les médecins prescripteurs du dispositif PRECCOSS s'étant montrés intéressés pour participer à cette étude étaient également les plus impliqués dans l'adressage de leurs jeunes patients en surpoids ou obèses au dispositif. Il est donc probable que leurs réponses aient été influencées par cet engagement vis-à-vis du programme.

Un médecin interrogé connaissait personnellement les acteurs du dispositif PRECCOSS ce qui a pu brider certaines de ses réponses, notamment concernant les ressentis négatifs à l'égard du programme.

1.1.2. L'investigateur

Lors des entretiens, j'étais interne de médecine générale en fin de cursus, effectuant en parallèle depuis environ un an des remplacements en médecine générale. Les praticiens se sont sans doute montrés plus disponibles pour aider une future consœur dans son travail de recherche que s'ils avaient été sollicités par un investigateur externe.

Le fait que les informateurs et l'investigateur soient issus du même milieu, le milieu médical, peut engendrer un biais de confirmation d'hypothèses ou de présuppositions lié à l'expérience personnelle de ce dernier. Ce biais a été atténué par la formulation de questions ouvertes lors des entretiens de manière à orienter le moins possible les informateurs.

Ce travail était mon premier exercice d'étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs. Mon manque d'expérience a pu engendrer un biais de recueil et d'analyse des informations.

Ma directrice de thèse est la médecin référente du dispositif PRECCOSS. J'ai donc porté une attention particulière à préserver l'objectivité des questions de mon guide d'entretien, ainsi que dans la façon de diriger les entretiens et dans l'exhaustivité de l'analyse de ces derniers.

1.2. Biais externes

Tous les entretiens se sont déroulés en présentiel au sein des cabinets médicaux des praticiens interrogés. Des facteurs extérieurs sans aucun lien avec le sujet ont perturbé le déroulement des entretiens tels que la réception d'appels téléphoniques ou l'intervention de leur secrétaire. Ces interventions extérieures lors des entretiens ont pu couper le praticien dans sa réflexion ou casser le rythme de l'interview.

1.3. Biais liés à l'analyse

Les études qualitatives posent la question de la subjectivité dans l'analyse des résultats effectuée par le chercheur. Comme évoqué dans la méthodologie, nous avons cherché à limiter cette part de subjectivité par la réalisation d'un double codage sur deux des quinze entretiens avec ma directrice de thèse. Après croisement de nos codages, aucune différence significative n'était retrouvée.

2. Les résultats

2.1. La perception de la communication actuelle

Comme l'avait rapporté le Dr Thomas GEROMIN dans son travail de thèse (45), les médecins prescripteurs du dispositif PRECCOSS ne sont pas entièrement satisfaits de la communication existante entre eux et le dispositif. Cependant, les médecins interrogés spécifiquement sur cette communication trouvent que certains échanges déjà mis en place sont intéressants. Grâce à leur participation à ce travail de recherche, la communication existante pourra peut-être être améliorée et les aspects négatifs de cette communication évoqués pourront sans doute être corrigés.

Les trois points très appréciés des praticiens sont le courrier reçu à l'inclusion, le courrier reçu en cas de perdu de vue et le plan personnalisé de soins. Néanmoins, tous les médecins prescripteurs ne semblent pas recevoir ces informations de manière systématique ce qui est considéré comme problématique selon eux. Le délai de réception de ces informations est également considéré comme trop long.

On peut donc penser que ce qui pose un problème aux médecins interrogés et, par conséquent, probablement à la majorité des médecins prescripteurs, est le « flou » régnant autour de cette communication. Une systématisation de la communication pourrait donc être envisagée. Comme évoqué dans l'introduction, le dispositif semble déjà prévoir cette communication systématique. L'information du prescripteur pourrait être améliorée en établissant un calendrier des courriers que le dispositif PRECCOSS s'engage à envoyer au cours du suivi de chaque enfant adressé. Les praticiens pourraient ainsi considérer que l'absence de communication de la part du dispositif concernant leur patient équivaut au fait que le patient n'ait pas encore fait la démarche de s'inscrire au dispositif.

A l'inverse, les prescripteurs pourraient communiquer la liste des enfants qu'ils ont adressés afin que le dispositif PRECCOSS fasse un retour, par exemple deux fois par an, en disant lesquels sont venus et lesquels n'ont jamais fait la démarche.

L'absence de visibilité du programme personnalisé de soins pose également question. Les praticiens ne semblent pas, pour la majorité, avoir la connaissance de ce dernier alors qu'il est l'un des grands concepts du parcours d'ETP prévu par la HAS (9). Les praticiens prescripteurs manquent probablement de formation concernant le concept récent d'ETP. En effet, une formation sur la prise en charge des enfants en surpoids et obèses en ETP existe et est indispensable dans les prises en charge conjointes entre les médecins de premier recours et les réseaux REPPPOP et ODE mais n'est pas obligatoire pour celles avec le dispositif PRECCOSS. L'incitation à la réalisation de cette formation ou la dispensation d'une information par le dispositif PRECCOSS sur les fondements de l'ETP pourrait s'avérer utile et également améliorer le ressenti des médecins prescripteurs du dispositif concernant la communication

mais aussi la prise en charge de leur patient. A noter que ce ressenti pourrait également être amélioré par une plus grande proximité entre l'équipe d'éducation thérapeutique et les médecins prescripteurs : mieux connaître l'équipe pour mieux connaître le dispositif.

Enfin, la méconnaissance de l'ordonnance de prescription du dispositif pose également un problème. Trop peu de médecins l'utilisent. Si elle peut être améliorée, en y ajoutant notamment un espace où renseigner les antécédents du patient, une meilleure communication de la part du dispositif sur son existence et sur sa destination devrait être repensée par l'équipe d'éducation thérapeutique du dispositif PRECCOSS afin de rassurer les prescripteurs sur la question du secret médical.

2.2. La communication autour du patient

Outre les trois communications préexistantes dont les axes d'amélioration ont été évoqués ci-dessus (inclusion, perdu de vue, PPS), la motivation du patient et de sa famille est également une donnée très intéressante que la HAS préconise d'évaluer régulièrement par tout acteur de la prise en charge du patient (7). Un index de motivation, comme proposé par l'un des médecins interrogés, pourrait être mis en place. Ce dernier, en plus de permettre aux praticiens de retravailler cette motivation en consultation avec le patient, et donc potentiellement de diminuer le nombre de perdus de vue, pourrait également être un très bon indicateur d'échec. Il serait en effet intéressant, après sa mise en place, d'analyser la corrélation entre l'index de motivation des enfants inclus dans le dispositif et l'évolution de leur IMC ou, une donnée plus subjective, leur niveau de modification thérapeutique de mode de vie.

Les praticiens ont également évoqué la façon dont l'adressage pourrait être amélioré. Comme évoqué précédemment, il est important de repenser l'ordonnance de prescription du dispositif afin d'y intégrer les antécédents du patient. En revanche, certains praticiens ont évoqué la possibilité d'adresser cette ordonnance par mail au dispositif afin de pouvoir y présenter des problèmes sociaux sans crainte du regard des patients. Cette transmission par mail serait accompagnée des coordonnées

du patient de manière que ce soit le dispositif qui recontacte l'enfant et sa famille en vue d'une inclusion. Cette idée peut paraître bonne et surtout pratique, évitant également une errance des patients entre leur adressage et leur inclusion. Cependant, elle me paraît très compliquée à mettre en œuvre en pratique. Les familles ne seront sûrement pas joignables au premier appel, la logistique pour réitérer les appels à plusieurs reprises s'avérerait de ce fait chronophage. Il est également important de laisser le patient au cœur de sa prise en charge afin de le responsabiliser pour une meilleure prise de conscience de sa pathologie, comme le souligne la HAS dans ses critères de qualité (5). En effet, si le patient fait la démarche de lui-même, cela témoigne de sa motivation. En revanche, si le patient ne fait pas la démarche, il n'est probablement pas motivé et les résultats pouvant être attendus d'une prise en charge en ETP en seraient impactés.

La communication numérique via les messageries sécurisées est préférée par les médecins interrogés ce qui est compréhensible avec la modernisation et l'informatisation des outils de travail en médecine depuis plusieurs années. Le caractère sécurisé de ces messageries répond au critère médico-légal du secret professionnel. C'est également en adéquation avec les changements entrepris actuellement par le dispositif PRECCOSS qui a déjà commencé à communiquer via la messagerie Apicrypt et qui est en train de mettre en place l'utilisation du nouveau logiciel LIGO ETP de PULSY. Cette communication numérique s'adapte parfaitement à une communication régulière, non urgente.

Dans le cas d'informations urgentes devant être communiquées dans un sens ou dans l'autre, la communication téléphonique paraît plus adaptée. Aussi, il serait intéressant de réfléchir à la mise en place d'un interlocuteur dédié à chaque médecin prescripteur comme plusieurs l'ont évoqué. Cela faciliterait la communication mais permettrait également aux praticiens de ressentir cette proximité recherchée avec l'équipe d'éducation thérapeutique.

Plusieurs médecins interrogés rappellent à juste titre que l'obésité est une maladie chronique dont la prise en charge s'inscrit dans le long terme, temporalité également rappelée par la HAS (5) qui explique que l'ETP est un processus long qui s'adapte donc parfaitement à la prise en charge des maladies

chroniques telles que l'obésité. Le programme de prise en charge en éducation thérapeutique PRECCOSS dure de 1 an à 2 ans selon les besoins de l'enfant et de sa famille.

Par conséquent, la communication a besoin d'être régulière mais pas fréquente. Il faut déterminer une temporalité permettant d'obtenir des résultats, positifs ou négatifs, à communiquer au médecin qui adresse son patient. Les médecins interrogés ont proposé un rythme trimestriel ce qui paraît effectivement raisonnable entre le fait de pouvoir avoir une évolution à communiquer et le fait de ne pas perdre trop de temps si le patient se désinvestit du programme.

La méthode de communication est étroitement liée à la volonté d'implication des médecins prescripteurs. Cette volonté varie d'une personne à une autre comme le mentionne le Professeur Olivier ZIEGLER dans son article « Education thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse » (49) qui explique que l'implication du médecin traitant peut avoir différents niveaux selon sa disponibilité et ses compétences. Ces notions de disponibilité et de compétences sont également les deux raisons invoquées par les médecins interrogés ne souhaitant pas s'investir dans une prise en charge conjointe avec le dispositif PRECCOSS.

Les recommandations du Haut Comité de Santé publique fait part de trois niveaux d'implication possibles du médecin traitant qui doit, dans tous les cas, rester le référent (22) : rôle de coordination avec une évaluation annuelle des besoins en ETP de son patient et/ou implication dans un programme de consultations structurées avec aménagement de consultations dédiées et/ou animation de séances collectives.

L'implication de chaque médecin prescripteur doit donc être pensée « à la carte ». Ainsi, un suivi conjoint pourrait être proposé aux médecins intéressés pour s'impliquer dans le suivi des patients, en standardisant ce dernier. Par exemple, le médecin prescripteur devra prévoir une consultation dédiée au surpoids ou à l'obésité de l'enfant tous les trois mois. Il pourra alors communiquer au dispositif les observations de sa consultation, notamment les données biométriques. Pour ceux ne souhaitant pas s'impliquer, nous pouvons imaginer que le médecin référent du dispositif se substitue au médecin

prescripteur pour cette consultation trimestrielle et que les observations soient, à l'inverse, transmises au médecin prescripteur.

S'il est bien rappelé, à la fois par les praticiens interrogés au cours de cette étude et par le Professeur Olivier ZIEGLER (49), que le médecin traitant doit rester au centre de la prise en charge de son patient et jouer le rôle de coordinateur, le patient doit également être acteur de sa prise en charge comme l'explique la HAS dans son rapport de juin 2007 (7). Les praticiens l'ont également évoqué en proposant la mise en place d'un « cahier patient » qui le suivrait à chacune de ses consultations ou activités d'éducation thérapeutique. Cela permettrait au patient d'être responsable de son suivi et aux différents professionnels impliqués dans sa prise en charge de communiquer facilement. Pour rendre ce moyen de communication ergonomique, il devrait être composé de fiches standardisées et synthétiques que chaque intervenant pourrait remplir rapidement tout en permettant de communiquer des informations pertinentes.

Enfin, on retrouve le manque d'attrait des praticiens pour une participation à des concertations pluridisciplinaires ce que confirme le ressenti de l'équipe du dispositif PRECCOSS rapporté dans la thèse du Dr Thomas GEROMIN (45). Ce manque d'attrait résultant principalement d'un manque de temps, si le dispositif PRECCOSS souhaite malgré tout maintenir cette possibilité de faire participer le médecin traitant référent de l'enfant à leurs réunions pluridisciplinaires, il faudrait repenser leur organisation, notamment par la mise en place de visioconférences mais aussi d'un point de vue des horaires, que ceux-ci s'adaptent au mieux au planning d'un médecin libéral. Cette possibilité pour les médecins prescripteurs de participer aux concertations pluridisciplinaires leur permettrait de mieux connaître l'équipe, d'améliorer la prise en charge des enfants en favorisant l'échange oral de plus nombreux détails mais aussi de faciliter un échange de pratiques, tous ces avantages étant recherchés par les médecins interrogés.

2.3. Communication autour du dispositif

Comme l'explique le Dr Denis JACQUAT dans son rapport de 2010 (23), il est important que les médecins traitants adressant des patients dans des dispositifs thérapeutiques soient informés afin de mieux orienter leurs patients et de réaliser une coordination performante. C'est également ce qu'il ressort de l'analyse des entretiens menés lors de notre étude : les praticiens cherchent principalement à mieux connaître l'équipe d'éducation thérapeutique et à être mieux informés sur les activités proposées aux patients afin de pouvoir mieux leur en parler. En effet, être mieux informés renforcerait leurs convictions concernant le dispositif ce qui leur permettrait d'avancer des arguments plus convaincants au patient et à sa famille pour intégrer le dispositif.

Les médecins interrogés estiment avoir besoin de recevoir une information par mail de la part du dispositif PRECCOSS à chaque changement important. Cependant, il serait nécessaire de connaître la fréquence de ces « changements importants ». En effet, dans son étude sur le recrutement des patients au sein du Réseau Santé Colmar (50), le Dr Corinne BILDSTEIN explique qu'un des freins à l'adressage dans les réseaux relevait du manque de communication avec les professionnels de santé. Si les réseaux n'informent pas assez fréquemment les prescripteurs, ces derniers peuvent « l'oublier » et par conséquent moins orienter leurs patients. Ainsi, si les changements considérés comme importants au sein du dispositif PRECCOSS ne sont pas assez fréquents, nous pouvons craindre que la communication sur le dispositif ne lui permette pas de rester au cœur de l'esprit des prescripteurs. Le Dr Corinne BILDSTEIN donne l'exemple de plusieurs réseaux communiquant de manière régulière comme le REDOM qui a opté pour une communication systématique trimestrielle par courriel.

Les praticiens interrogés sont aussi demandeurs d'une réunion annuelle pouvant prendre la forme de « portes ouvertes ». Cette idée est très intéressante. Elle permettrait aux prescripteurs de mieux connaître l'équipe d'éducation thérapeutique du dispositif mais cela pourrait également être un temps de formation et d'échanges afin d'améliorer leur prise en charge conjointe du surpoids et de l'obésité pédiatrique. Le Dr Corinne BILDSTEIN prend en exemple un autre réseau dans son étude (50), le Réseau

Santé Sud Alsace, qui organise des formations continues à destination des professionnels de santé adhérents.

2.4. Les freins à une coopération optimale

Pour s'investir davantage dans un suivi conjoint, le manque de temps est le principal frein exprimé par les médecins prescripteurs interrogés. Le manque de valorisation financière est également évoqué par les praticiens. L'argument du manque de temps est également retrouvé dans l'étude du Dr Corinne BILDSTEIN (50). Le manque de temps et la rémunération sont deux freins retrouvés dans l'étude du Dr Thomas GEROMIN (45).

Ces deux freins sont très intimement liés. En effet, la majorité des médecins prescripteurs et la totalité des médecins interrogés ont un mode d'exercice libéral, leur rémunération dépend donc de leur « rendement ».

Une consultation pour présenter l'éducation thérapeutique est une consultation longue, dans laquelle un échange entre le médecin et son patient doit être favorisé. L'éducation thérapeutique doit être un motif unique de consultation alors que les patients viennent de plus en plus avec des motifs de consultation multiples (2,6 motifs en moyenne en 2014 (51)).

Organiser une consultation dédiée au suivi du surpoids ou de l'obésité du patient dans le cadre de la prise en charge PRECCOSS pourrait être une solution à ce manque de temps ressenti par les médecins traitants. Cela leur permettrait de prendre le temps nécessaire à ce type de consultation mais également d'être rémunéré uniquement pour ce motif au même titre qu'une consultation classique de médecine générale.

Il faut néanmoins reconnaître qu'une prise en charge d'éducation thérapeutique nécessite une bonne coordination qui peut s'avérer chronophage pour le médecin référent du patient, le médecin traitant. La rémunération d'une consultation thérapeutique au même tarif qu'une consultation classique de

médecine générale peut paraître dérisoire au vu de la charge de travail engagée par le médecin coordinateur.

Certains praticiens interrogés proposaient de négocier une cotation spécifique à ce type de prise en charge avec la CPAM. Comme évoqué en introduction, depuis 2017, une cotation « Consultation Suivi Obésité » à 46 euros existe pour les enfants de 3 à 12 ans (36). Aucun des médecins interrogés n'y a fait référence.

Même si cette cotation ne résoudrait que partiellement ce frein puisqu'elle est restrictive en termes d'âge mais aussi en fréquence de consultation (deux par an), il serait intéressant de savoir si les médecins traitants impliqués dans le suivi du surpoids et de l'obésité pédiatrique et s'investissant dans des réseaux d'éducation thérapeutique ont la connaissance de cette nouvelle cotation. Si ce n'est pas le cas, c'est une information importante qui pourrait être rappelée aux prescripteurs du dispositif lors des réunions annuelles d'information si elles sont organisées à l'avenir.

Enfin, il serait pertinent d'évaluer si la volonté d'implication dans un suivi conjoint s'améliore grâce à la meilleure application de cette cotation.

CONCLUSION

Ces dernières années, la prise en charge du surpoids et de l'obésité est devenue un véritable enjeu de santé publique. Celle de l'obésité et du surpoids infantile est d'autant plus urgente que de nombreuses études ont démontré qu'une prise en charge précoce de cette pathologie chronique permettait d'en réduire la prévalence à l'âge adulte.

Le concept assez récent d'éducation thérapeutique apporte un nouvel espoir dans la prise en charge de cette maladie chronique aux lourdes conséquences pathologiques (maladies cardiovasculaires, ostéoarticulaires...). Cette nouvelle approche de la pathologie chronique met tout en œuvre pour placer le patient au centre de sa prise en charge, le responsabiliser dans le but d'aboutir à une modification thérapeutique de son mode de vie en travaillant sur son alimentation, son activité physique et ses compétences psychosociales.

L'ETP peut prendre différentes formes en pratique mais le médecin traitant reste toujours le pilier central de la prise en charge. Une communication optimale est nécessaire entre les équipes d'éducation thérapeutique et les médecins de premier recours, généralistes ou pédiatres dans le cadre du surpoids et de l'obésité infantile.

L'Alsace fait figure de mauvais élève concernant la prévalence du surpoids et de l'obésité, notamment chez les enfants. C'est dans ce contexte qu'en 2014 le dispositif PRECCOSS voit le jour afin d'offrir une prise en charge gratuite du surpoids et de l'obésité aux jeunes Strasbourgeois. Dans un souci d'évolution constante, plusieurs thèses sont réalisées sur le dispositif. L'une d'entre elles évoque la possibilité d'améliorer la communication avec les médecins prescripteurs (45).

Cette étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de quinze médecins prescripteurs du dispositif PRECCOSS entre août et octobre 2021 a été conduite afin d'approfondir les pistes d'amélioration de la communication du dispositif PRECCOSS avec les médecins y adressant leurs

patients. L'objectif principal de cette étude était de recueillir les attentes des médecins prescripteurs du dispositif PRECCOSS en matière de communication avec l'équipe d'éducation thérapeutique. Cette étude avait pour objectif secondaire d'identifier les freins à une coopération optimale entre les médecins prescripteurs et l'équipe du dispositif PRECCOSS.

L'analyse de ces quinze entretiens a fait apparaître trois thématiques considérées comme pertinentes à explorer afin de répondre aux objectifs de l'étude : l'évaluation de la communication actuelle, les attentes en matière de communication autour du patient et les attentes en matière de communication autour du dispositif.

La communication actuelle n'est pas jugée comme mauvaise mais plutôt comme étant à améliorer. Plusieurs sujets de communication sont jugés comme pertinents, tels que l'information sur l'inclusion, les perdus de vue ou encore la communication du Plan Personnalisé de Soins, fondement de l'éducation thérapeutique. En revanche, quelques points sont perfectibles selon les praticiens interrogés.

L'harmonisation et la systématisation de la communication entre l'équipe d'éducation thérapeutique et les prescripteurs semblent être les principaux axes à travailler. En effet, la systématisation éviterait le ressenti de délitement exprimé par les médecins ayant participé à l'étude. La modernisation, et notamment l'informatisation des cabinets de médecine libérale, rend la communication par messagerie sécurisée propice à des échanges réguliers entre le dispositif PRECCOSS et les médecins prescripteurs. Une communication trimestrielle semble être un rythme adapté tant à la nécessité d'être informé régulièrement des évolutions du patient qu'au temps nécessaire pour que les premières évolutions soient visibles, le surpoids et l'obésité étant une maladie chronique dont la prise en charge s'inscrit dans le long terme.

Une plus grande implication du médecin traitant dans une prise en charge conjointe avec le dispositif est vue comme une opportunité à concrétiser sa place de référent dans la prise en charge. Cependant, elle reste compliquée à mettre en place en pratique tout comme la participation à des réunions pluridisciplinaires. L'intégration du suivi spécifique d'éducation thérapeutique et de ce temps de partage pluridisciplinaire à l'organisation d'un praticien libéral et une meilleure valorisation de ce suivi par une application adéquate de la cotation Consultation Suivi Obésité pourraient être une solution.

La communication entre les différents professionnels via le patient pourrait permettre de le garder au centre de sa prise en charge et de le responsabiliser. Cela permettrait de faciliter les échanges mais également de répondre à l'un des grands principes de l'éducation thérapeutique.

Le dispositif PRECCOSS doit faire en sorte de rester au cœur des esprits de ses prescripteurs. Il faut que l'équipe communique régulièrement sur son fonctionnement. L'organisation de portes ouvertes ou de formations continues serait une solution qui permettrait également aux différents membres de l'équipe et aux médecins prescripteurs de mieux se connaître réciproquement.

Une meilleure communication entre les différents acteurs est perçue comme une possible réponse au trop grand nombre de perdus de vue. Afin de valider cette hypothèse, il serait pertinent d'analyser auprès des familles les raisons de leur abandon en cours de suivi. Il serait également intéressant d'analyser de manière quantitative l'impact d'une amélioration de la communication entre le dispositif PRECCOSS et ses prescripteurs en termes de nombre de perdus de vue.

Peu d'études évaluent la communication des réseaux d'éducation thérapeutique. Cette étude a permis d'apporter des pistes concrètes d'amélioration que le dispositif PRECCOSS pourrait essayer de mettre en application à l'avenir. Il serait intéressant de réévaluer le ressenti des médecins prescripteurs en termes de communication mais également de confiance envers le dispositif après la mise en place de ces différentes pistes.

Enfin, d'autres réseaux d'éducation thérapeutique cherchant, eux aussi, à améliorer leur communication pourraient trouver des axes de réflexion grâce à cette étude.

VU

Strasbourg, le 30/03/2022

Le président du jury de thèse

Professeur Sylvie ROSSIGNOL

VU et approuvé
Strasbourg, le 11 AVR. 2022
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

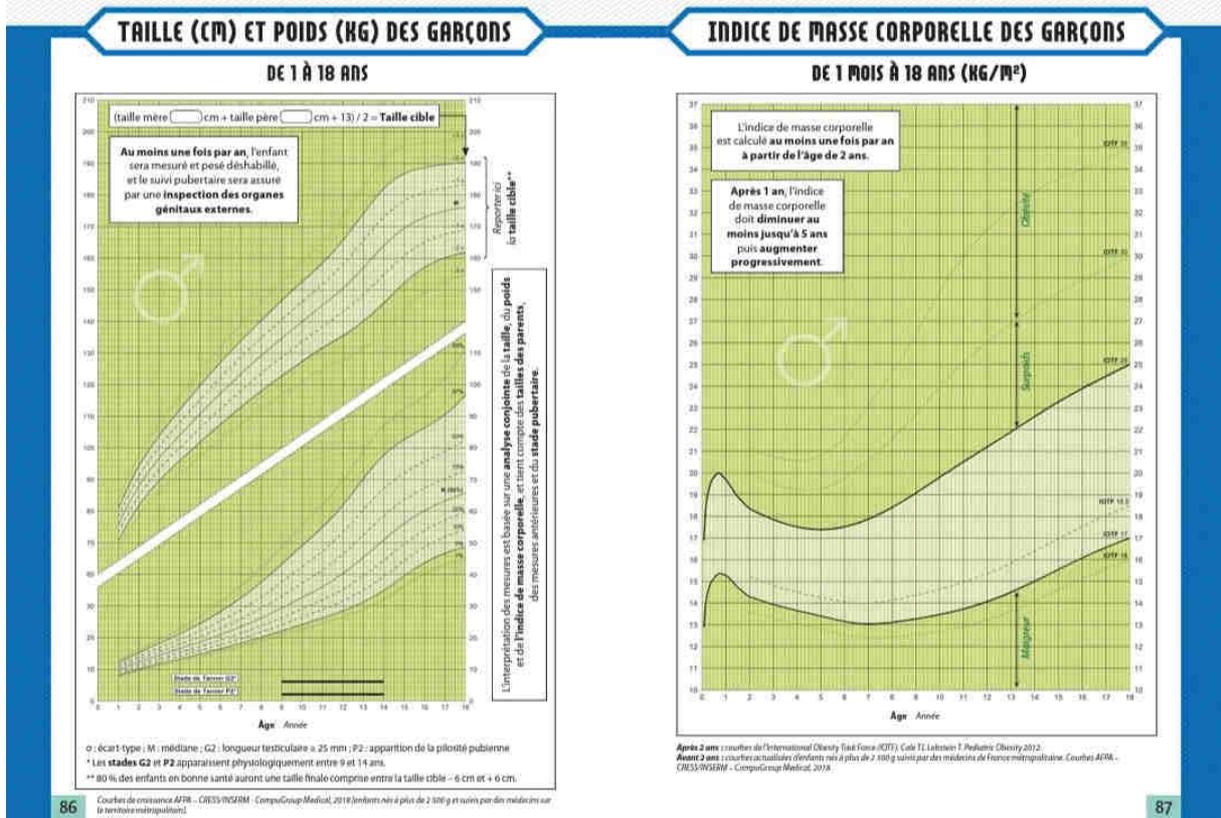
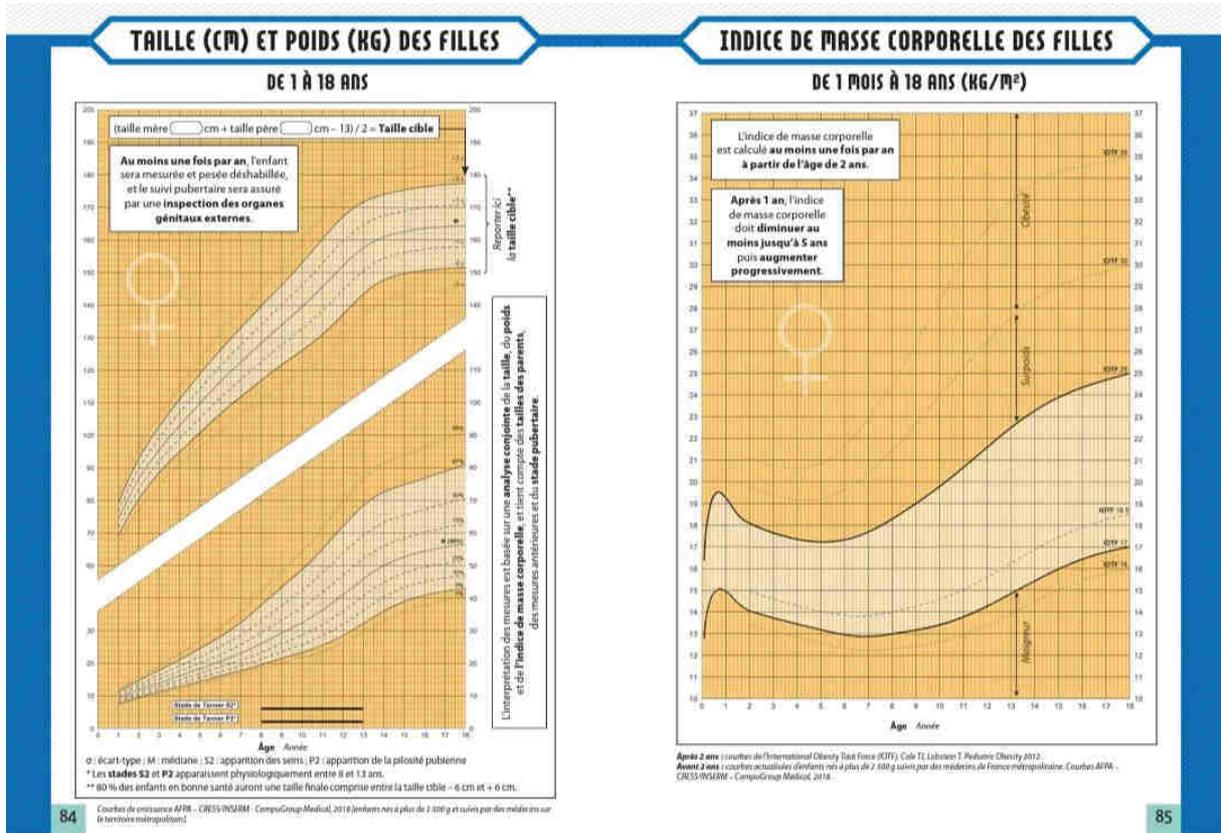
Professeur Jean SIBILIA



Professeur Sylvie ROSSIGNOL
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE STRASBOURG
-FACULTÉ DE MÉDECINE
Service de Pédiatrie - Pédiatrie Pédiatrie
CHU DE STRASBOURG Centre
Strasbourg
N° RPPS : 10001557924

ANNEXES

Annexe 1 : Courbes de poids, de taille et de corpulence chez les filles et les garçons âgé de 1 à 18 ans (modèle carnet de santé 2018)



Annexe 2 : Ordonnance de prescription du dispositif PRECCOSS

Maison Sport Santé
de Strasbourg



Ordonnance PRECCOSS

Prise en charge coordonnée des enfants et adolescents obèses ou en surpoids

Je soussigné(e).....

Prescrit une prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre du dispositif PRECCOSS permettant de s'inscrire dans un programme d'Education Thérapeutique du Patient.

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE AUX ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

Je certifie avoir examiné ce jour

L'enfant :.....

Né(e) le.....

- o Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre indiquant les activités physiques d'intensité légère à modérée dans le cadre du dispositif PRECCOSS.
- o Et avoir constaté une inaptitude partielle aux activités physiques. Précautions et préconisations :

.....
.....
.....



Fait à Strasbourg, le

Signature du médecin

Contact :
Secrétariat : Gabrielle LIEHN
Tous les jours
De 9h00 à 12h00 et de 14h à 16h
preccoss@strasbourg.eu
03.68.33.26.87

Strasbourg.eu
sur métropole

Annexe 3 : Plan Personnalisé de Soins



Plan Personnalisé de Soins PRECCOSS

Le .../.../...

Nom, prénom de l'enfant :

Date de naissance : Age :

Médecin prescripteur :

Copie à :

Date d'inclusion dans PRECCOSS et dans le programme d'éducation thérapeutique du patient :

IMC à l'inclusion :

IMC au :

kg/m²Résumé de la situation :1) Diététicienne :

Constat	
Objectifs	
Propositions	<input type="checkbox"/> Ateliers de cuisine : <input type="checkbox"/> Participer aux ateliers de cuisine parents <input type="checkbox"/> Participer aux ateliers de cuisine enfants <input type="checkbox"/> Ateliers d'éducation thérapeutique du patient : <input type="checkbox"/> Participer à l'atelier « <i>Qu'est-ce qu'on, mange ?</i> » Date : <input type="checkbox"/> Participer à l'atelier « <i>Sucre, notre meilleur ennemi</i> » Date : <input type="checkbox"/> Participer à l'atelier « <i>A la loupe !</i> » Date : <input type="checkbox"/> Participer à l'atelier « <i>Ça ne se bouffe pas, ça se déguste</i> » Date :
Suivi individuel	<input type="checkbox"/> Prochain rendez-vous individuel avec la diététicienne :

2) Educateur médico-sportif :

Constat	
Propositions	<input type="checkbox"/> Objectifs individuels fixés : <input type="checkbox"/> Séances d'activités physiques adaptées collectives : <ul style="list-style-type: none"> - tous les Choisissez un élément. - de Choisissez un élément. - au gymnase Choisissez un élément. - avec le groupe des Choisissez un élément. <input type="checkbox"/> Ateliers d'éducation thérapeutique du patient : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Participer à l'atelier « <i>Mon corps, mon souffle</i> » Date : <input type="checkbox"/> Participer à l'atelier « <i>Mon corps, passif ou actif</i> » Date : <input type="checkbox"/> Autre proposition :
Suivi individuel	<input type="checkbox"/> Prochain rendez-vous individuel avec l'éducateur sportif/l'éducatrice sportive : mise à disposition de la famille.

3) Psychologue :

Rendez-vous individuels	<input type="checkbox"/> La psychologue a rencontré la famille : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mise à disposition de la famille. <input type="checkbox"/> Prochain rendez-vous le :
Propositions d'ateliers collectifs	<input type="checkbox"/> Ateliers d'éducation thérapeutique du patient : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Participer à l'atelier « <i>la couleur des émotions</i> » <input type="checkbox"/> Participer à l'atelier « <i>(Je) conte sur toi(t)</i> » <input type="checkbox"/> Participer à l'atelier « <i>Pourquoi je mange</i> »

4) Infirmière coordinatrice :

Bilan et priorités	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire ses portions alimentaires • Limiter le grignotage <input type="checkbox"/> Un bilan infirmier sera proposé après 6 mois de prise en charge.
---------------------------	--

L'équipe pluridisciplinaire PRECCOSS

Votre contact : Gabrielle LIEHN – Secrétaire du dispositif Preccoss – 03.68.33.26.87 – preccoss@strasbourg.eu

Annexe 4 : Guide d'entretien

Partie 1 : Comment décrieriez-vous la communication entre l'équipe d'éducation thérapeutique du programme PRECCOSS et vous ?

Partie 2 : La communication autour du patient

1) Quelles informations souhaiteriez-vous recevoir de la part du dispositif PRECCOSS concernant les patients que vous leur adressez ?

- Participation ou non ?
- Activités réalisées ?
- Evolution de leur IMC ?

2) A quel(s) moment(s) du parcours de vos patients au sein du dispositif souhaiteriez -vous recevoir des informations ?

- Au cours du suivi ?
- Au bilan de fin de suivi ?

3) Par quel(s) média(s) souhaiteriez-vous recevoir ces informations ?

- Courriers papier ?
- Messagerie sécurisée ?
- Plateforme type TEAMS ?

4) Dans quelle mesure souhaiteriez-vous être impliqué dans cette prise en charge ?

- Prise de contact au début du suivi afin d'échanger autour du patient (antécédents, contexte familial, ...) ?
- Invitation au bilan initial pluriprofessionnel ?

- Invitation au bilan de fin de suivi ?
- Suivi conjoint à une fréquence à définir lorsque les enfants n'ont aucune complication de l'obésité ni problèmes socio-économiques comme cela est fait dans d'autres programmes ?

5) De quelle manière souhaiteriez-vous communiquer des informations précises à l'équipe d'éducation thérapeutique en cas de comorbidités (psychologique, diabète, épilepsie, ...) ?

- Dossier de demande d'inclusion à remplir au préalable ?
- Entretien téléphonique ?
- Messagerie sécurisée ?

6) Quelle serait la façon la plus appropriée à votre activité pour prendre part aux concertations pluridisciplinaires ?

- Appel téléphonique par le médecin du dispositif en début de suivi ?
 - Formulaire/dossier à remplir lors de l'adressage des patients au dispositif ?
 - Réunion en présentiel au début, au milieu, à la fin du suivi ?
 - Réunion en visioconférence au début, au milieu, à la fin du suivi ?
- } En soirée, en journée ?

Partie 3 : La communication autour du dispositif

7) Comment souhaiteriez-vous être informé des actions du programme ?

- Courriel ?
- Flyers explicatifs ?
- Présentation au cabinet par une personne du dispositif ?

- Être convié à des réunions de présentation ?

8) A quelle fréquence souhaiteriez-vous que le dispositif vienne vers vous pour communiquer à propos des nouvelles actions ?

- Une ou deux fois par an ?
- A chaque nouvelle action mise en place ?

Annexe 5 : Demande d'accès, auprès de la Maison Sport Santé, à la liste des médecins prescripteurs du dispositif PRECCOSS



Groupement d'Intérêt Public
Maison sport santé de Strasbourg

Formulaire de demande d'accès à des données ou aux bénéficiaires de la MSS

Nom(s) : CABART

Prénom(s) : Cyrielle

Organisme de rattachement : Faculté de Médecine de Strasbourg

Encadrant ou responsable de recherche : Dr Corinne BILDSTEIN

Cette demande s'inscrit dans le cadre d'une : Thèse

Contexte de la recherche : Le dispositif PRECCOSS a été mis en place dans le Grand-Est en 2014. Il s'agit d'une équipe d'éducation thérapeutique qui regroupe un médecin, une infirmière coordinatrice, une diététicienne, une psychologue et des éducateurs sportifs. Elle permet une prise en charge multidisciplinaire des enfants en surpoids ou obèses.

La communication entre l'équipe du dispositif et les médecins prescripteurs a été décrite comme un point à améliorer dans plusieurs travaux de recherche précédemment réalisés. Il est donc intéressant d'interroger ces médecins dans le but de recueillir leurs attentes en matière de communication afin de pouvoir faire évoluer les pratiques. La question de recherche de mon travail de thèse sera : « Comment les médecins prescripteurs du dispositif PRECCOSS souhaiteraient-ils améliorer la communication avec l'équipe d'éducation thérapeutique ? »

Méthodologie de la recherche :

Je prévois de réaliser une étude qualitative par focus groupes auprès des médecins généralistes prescripteurs du dispositif PRECCOSS.

Demande formulée auprès de la Maison Sport Santé de Strasbourg :

Je souhaiterais avoir accès à la liste des médecins prescripteurs du dispositif PRECCOSS.

Je m'engage à :

M'inscrire dans les axes de recherche de la Maison Sport Santé de Strasbourg¹ : OUI

Citer la Maison Sport Santé dans le travail réalisé et les publications utilisant les données de terrain de la Maison Sport Santé : OUI

Communiquer le travail réalisé à la Maison Sport Santé sous une forme numérique : maisonsportsante-conseilscientifique@strasbourg.eu : OUI

Date : 14/06/2021

Signature :

¹ Axe 1 – Mise en perspective des dispositifs de la Maison sport santé ; Axe 2 - L'autonomie dans la pratique d'une activité physique de santé ; Axe 3 - Place du bénéficiaire dans les dispositifs ; Axe 4 - L'environnement du bénéficiaire ; Axe 5 - Effet de genre sur la pratique d'activité physique

Ce formulaire sera étudié en commission scientifique restreinte de manière trimestrielle, sous la Direction des co-Présidents : Professeur W. Gasparini et MCU-PH E. Lonsdorfer-Wolff.

Pour toute demande spécifique, merci de contacter : maisonsportsante-conseilscientifique@strasbourg.eu

Annexe 6 : Mail aux médecins prescripteurs

« Docteur,

Je suis Cyrielle CABART, interne en dernier semestre de médecine générale à Strasbourg. Je réalise actuellement un travail de thèse autour du dispositif PRECCOSS. Le Docteur Corinne BILDSTEIN, médecin du dispositif, m'accompagne dans ce travail.

Le dispositif PRECCOSS a été mis en place dans le Grand-Est en 2014. Il s'agit d'une équipe d'éducation thérapeutique qui regroupe un médecin, une infirmière coordinatrice, une diététicienne, une psychologue et des éducateurs sportifs. Elle permet une prise en charge multidisciplinaire des enfants en surpoids ou obèses.

Le surpoids et l'obésité étant un véritable problème de santé publique et le médecin généraliste jouant un rôle clé dans son dépistage chez les enfants, il me paraît très intéressant de réaliser un travail de recherche pour faire évoluer les pratiques dans ce domaine.

La communication entre l'équipe du dispositif et les médecins prescripteurs a été pointée du doigt à plusieurs reprises dans de précédents travaux comme étant à améliorer.

Je souhaiterais donc réunir plusieurs médecins prescripteurs du dispositif PRECCOSS, tel que vous, afin de recueillir vos attentes dans ce domaine ou effectuer un entretien individuel d'une durée de 45 minutes environ.

Je me permettrais de vous recontacter par téléphone dans le mois à venir afin de vous donner plus de détails sur ma méthodologie ainsi que vous proposez quelques dates auxquelles vous seriez disponible pour prendre part aux discussions à ce sujet.

Si vous n'êtes pas intéressé par la question et que vous ne souhaitez pas être recontacté, vous pouvez nous le signaler en retour de mail.

Cordialement, »

Annexe 7 : Courrier d'inclusion

Maison Sport Santé

de Strasbourg



Groupe d'Intérêt Public
Maison Sport Santé de Strasbourg
Dispositif PRECCOSS

DR
ADRESSE
67 STRASBOURG

Strasbourg, le .../.../20

Docteur,

Le dispositif PRECCOSS mis en place depuis mars 2014, propose une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire des jeunes en surpoids âgés de 3 à 18 ans. L'équipe pluridisciplinaire est composée d'une infirmière coordinatrice, d'un médecin référent, de deux diététiciennes, une psychologue et de deux éducateurs médico-sportifs. L'objectif de ce dispositif est d'accompagner individuellement et/ou collectivement ces enfants en matière d'activité physique, d'alimentation et de suivi psychologique en fonction de leur besoin

Nous vous informons que nous avons débuté la prise en charge de **NOM et PRENOM** né(e) le //20, depuis le .../.../20, enfant que vous avez orienté vers le dispositif.

Dans ce cadre, l'enfant et ses parents vont bénéficier d'un accompagnement adapté à ses besoins proposé par l'équipe pluridisciplinaire.

Pour ce faire, nous vous transmettrons le Suivi Personnalisé de Santé établi en collaboration avec la famille à la suite du bilan d'inclusion.

Nous vous remercions pour les enfants que vous nous orientez et la confiance que vous nous portez et restons à votre disposition, si vous souhaitez des informations complémentaires.

Sincères salutations

Faiza MOZIANE
Infirmière coordinatrice du dispositif
07.60.66.82.45
faiza.moziano@strasbourg.eu



Groupe d'Intérêt Public - **Maison Sport Santé de Strasbourg**
Annexe Hautepierre : 1, rue de la Marquise de Sévigné 67200 STRASBOURG
Tél : 03 68 33 26 87 – courriel : preccoss@strasbourg.eu

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. L'éducation thérapeutique du patient dit ETP. Genève : WHO ; 1996.
2. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient (ETP). Paris : HAS ; 2014. [En ligne]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp. Consulté le 18 novembre 2021.
3. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879791. Consulté le 18 novembre 2021.
4. Haute Autorité de Santé. Programmes d'éducation thérapeutique du patient : la HAS publie un guide pour l'auto-évaluation annuelle. Paris : HAS ; 2012. [En ligne]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1239136/fr/programmes-d-education-therapeutique-du-patient-la-has-publie-un-guide-pour-l-auto-evaluation-annuelle. Consulté le 18 novembre 2021.
5. Haute Autorité de Santé. Critères de qualité d'un programme d'éducation thérapeutique du patient. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. INPES. Paris : HAS ; 2007.
6. LECORDIER D, PEGON M. Éducation thérapeutique du patient. In : FORMARIER M. éditions. Les concepts en sciences infirmières. 2^e édition. Toulouse : Association de Recherche en Soins Infirmiers, « Hors collection » ; 2012, p. 162-164. [En ligne]. Disponible sur <https://www.cairn.info/concepts-ensciences-infirmieres-2eme-edition>. Consulté le 21 novembre 2021.
7. Haute Autorité de Santé. Recommandations : Éducation thérapeutique du patient – Comment la proposer et la réaliser ? HAS : Paris ; 2007. [En ligne]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf. Consulté le 21 novembre 2021.
8. GREMEAUX V, THEVENON A, FROMONT F, DAVIET JC, BOUILLET B, DOUARD P, HUPIN D. Modifications thérapeutiques du mode de vie (alimentation et activité physique) chez l'adulte et l'enfant. In : COFEMER. Médecine physique et de réadaptation. 5^e édition. Elsevier Masson. 2015, Chapitre 12(Item 247) : p. 205-219.
9. Haute Autorité de Santé. Recommandations : Éducation thérapeutique du patient - Définition, finalités et organisation. HAS : Paris ; 2007. [En ligne]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf. Consulté le 21 novembre 2021.
10. Haute Autorité de Santé. Recommandations : Élaborer une brochure d'information pour les patients ou les usagers. HAS : Paris ; 2008. [En ligne]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_recommandations_juillet_2008.pdf. Consulté le 23 novembre 2021.
11. ZIEGLER O. Education thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse : synthèse et propositions. Obésité. Août 2014 ; 9 : p. 225-233.
12. GAILLARD S, BARTHASSAT V, PATAKY Z, GOLAY A. Un nouveau programme d'éducation thérapeutique pour les patients obèses. Revue médicale suisse ; 2011, 7 : p. 695-699.

13. Centre d'éducation du patient. Education thérapeutique du patient en pédiatrie : de la théorie à la pratique. Entretien Dr Cécile GODOT par Omer UMAT. Belgique ; Novembre 2018. [En ligne]. Disponible sur <https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/l-etp-et-la-pediatrie>. Consulté le 23 novembre 2021.
14. TUBIANA-RUFI N. Education thérapeutique des enfants et adolescents atteints de maladie chronique. La Presse Médicale. Décembre 2009 ; 38(12) : p. 1805-1813.
15. GUILBAUT L, LEBRAS MN, BAUM S, COUROUSSE A, WANIN S. L'éducation thérapeutique en pédiatrie : L'expérience de l'École de l'asthme de l'hôpital universitaire Robert-Debré. Centre Laennec. 2018 ; 66(2) : p. 32-42.
16. MARCHAND C. Evaluation pédagogique dans le domaine de l'éducation thérapeutique des enfants. Le Journal des Professionnels de l'Enfance. Mars/Avril 2004 ; p. 64-67.
17. Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé. Éducation thérapeutique pour enfants et adolescents en surpoids ou obèses. PACA : OSCARS ; 2017. [En ligne]. Disponible sur <https://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/action/detail/6626>. Consulté le 24 novembre 2021.
18. CRISMER A, BELCHE JL, VAN DER VENNET JL. Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne. Santé Publique. 2016 ; 28(3) : p. 375 à 379, [En ligne]. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-3-page-375.htm>. Consulté le 24 novembre 2021.
19. Organisation mondiale de la Santé. Soins de santé primaires. Genève : WHO ; 2021. [En ligne]. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>. Consulté le 28 novembre 2021.
20. Haute Autorité de Santé - MSP – JB. Document de travail : Lexique ou glossaire de termes à utiliser pour les soins délivrés en dehors des établissements de santé. Paris : HAS ; 2015 : n°2015-0166.
21. République française. Article L1411-11 (Code de la Santé publique) version en vigueur depuis le 28 janvier 2016, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 158 (V). [En ligne]. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722/. Consulté le 29 novembre 2021.
22. Haut Conseil de la Santé publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours : Rapport sur l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Paris : Novembre 2009.
23. JACQUAT D. Education thérapeutique du patient : propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne. Rapport au Premier Ministre. Paris : Assemblée Nationale ; 2010.
24. Organisation mondiale de la Santé. Obésité : prévenir et gérer l'épidémie mondiale. OMS, série de rapports techniques 894. Genève : OMS ; 2000 : p. 1-253.
25. Centre Intégré Nord Francilien de l'Obésité. L'obésité chez l'enfant. Paris :2017. [En ligne]. Disponible sur <http://www.cinfo.fr/lobesite-chez-lenfant/>. Consulté le 2 décembre 2021.
26. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations de bonne pratique. Paris : HAS ; 2011.

27. Organisation mondiale de la Santé. Obésité et surpoids. Genève : OMS ; 2020. [En ligne]. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Consulté le 2 décembre 2021.
28. Organisation mondiale de la Santé. Des taux élevés d'obésité infantile alarmants si l'on considère l'impact anticipé de la pandémie de COVID-19. Genève : OMS ; 2021. [En ligne]. Disponible sur <https://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press-releases/2021/high-rates-of-childhood-obesity-alarming-given-anticipated-impact-of-covid-19-pandemic>. Consulté le 7 décembre 2021.
29. KAMAT P. ECO 2021 : Le taux d'obésité infantile demeure extrêmement élevé dans certains pays européens. Actualité des Congrès. Univadis from Medscape : 2021. [En ligne]. Disponible sur <https://www.univadis.fr/viewarticle/eco-2021-le-taux-d-obesite-infantile-demeure-extremement-eleve-dans-certains-pays-europeens-744275>. Consulté le 7 décembre 2021.
30. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la Ligue contre l'Obésité. Nouvelle édition de l'étude Obépi-Roche menée depuis 1997. [En ligne]. Disponible sur <https://institutdanone.org/objectif-nutrition/obesite-de-lenfant-role-des-facteurs-socio-economiques/>. Consulté le 10 décembre 2021.
31. ALSAPERF. [En ligne]. Disponible sur <https://www.alsaperf.net/rapport-de-lors-alsace-quelques-chiffres-imprimer/>. Consulté le 10 décembre 2021.
32. GENETET E. Surpoids et obésité des jeunes en Alsace : l'état d'urgence. MaxiFlash ; Septembre 2019. [En ligne]. Disponible sur <https://maxi-flash.com/surpoids-et-obesite-des-jeunes-en-alsace/>. Consulté le 11 décembre 2021.
33. AMELI. Définition et causes du surpoids et de l'obésité de l'enfant. Dossier Surpoids et obésité de l'enfant : 2021. [En ligne]. Disponible sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-obesite-enfant/definition-causes>. Consulté le 11 décembre 2021.
34. Centre de l'obésité et du surpoids. La génétique peut-elle influencer sur l'obésité ? Actualité : octobre 2021. [En ligne]. Disponible sur <https://centre-obesite-surpoids-grenoble.com/actualites/genetique-peut-elle-influer-sur-lobesite>. Consulté le 14 décembre 2021.
35. The Global BMI Mortality Collaboration. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. Lancet. 2016 ; 388 : p. 776-786.
36. AMELI. Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine. Mars 2022. [En ligne]. Disponible sur <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>. Consulté le 4 janvier 2022.
37. LAMBOY B, GUILLEMONT J. Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : pourquoi et comment ? In : Devenir. Avril 2014 ; 26 : p. 307-325.
38. Haute Autorité de Santé. Les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOP). Paris : HAS ; 2011.
39. ODE. Qui sommes-nous, nos valeurs. [En ligne]. Disponible sur <https://www.reseauode.fr/le-reseaux-ode/qui-sommes-nous-nos-valeurs/>. Consulté le 5 janvier 2022.
40. REDOM. [En ligne]. Disponible sur <https://redom.fr/presentation/>. Consulté le 5 janvier 2022.

41. Centre européen d'étude du diabète. REDOM jeunes : une structure entièrement dédiée à la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile. Initiative. Printemps 2014 ; Lettre n°10. [En ligne]. Disponible sur <http://ceed-diabete.org/blog/redom-jeunes-une-structure-entierement-dediee-a-la-prise-en-charge-du-surpoids-et-de-lobesite-infantile/>. Consulté le 5 janvier 2022.
42. Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé. RCPO Jeunes - Poursuite de l'activité du réseau : maladies métaboliques. PACA : OSCARS ; 2018. [En ligne]. Disponible sur <https://www.oscarsante.org/grand-est/action/detail/58763>. Consulté le 5 janvier 2022.
43. PRECCOSS. Prise en charge des enfants et des adolescents en surpoids (PRECCOSS). [En ligne]. Disponible sur <https://www.strasbourg.eu/prise-en-charge-enfants-surpoids>. Consulté le 5 janvier 2022.
44. PRECCOSS. Rapport d'activité 2020. [En ligne]. Disponible sur <https://www.strasbourg.eu>. Consulté le 10 janvier 2022.
45. GEROMIN T. Etude des pratiques des médecins généralistes dans le programme de prise en charge coordonnée des enfants obèses et en surpoids à Strasbourg (PRECCOSS). Thèse de médecine. Université de Strasbourg. 2018, 84 p.
46. De CHANAUD N. Etude qualitative, Lire, Ecrire, Publier et Communiquer des Articles médicaux. [En ligne]. Disponible sur https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/id_quali/. Consulté le 17 janvier 2022.
47. TOUBOUL P. Recherche qualitative : La méthode des focus groupes - Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. Département de Santé publique CHU de Nice.
48. GLASER BG, STRAUSS AL. La découverte de la théorie ancrée : Stratégie pour la recherche ancrée. 2^e édition. Paris. Armand Colin. Collection Individu et Société. 2017, 416 p.
49. ZIEGLER O, BERTIN E, JOURET B, CALVAR R, SANGUIGNOL F, AVIGNON A, BASDEVANT A. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. In : Rapport à la Direction générale de la santé et à la Direction générale de l'offre de soins. Obésité. Octobre 2014 ; 9 : p. 302-328.
50. BILDSTEIN C. Recrutement des patients par les professionnels de santé pour l'éducation thérapeutique au sein du réseau santé Colmar. Mémoire de diplôme universitaire d'éducation thérapeutique. Université de Strasbourg ; 2019, 54 p.
51. LETRILLART L, SUPPER I, SCHUERS M, DARMON D, BOULET P, FAVRE M, GUERIN MH, MERCIER A. ECOGEN : Etude des éléments de la consultation en médecine générale. In : Exercer. La revue française de médecine générale. 2014, 25(114) : p. 148-157.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

maïeutique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : ...CABART..... Prénom : ...Cyrille.....

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À Dijon....., le 20 mars 2022.....

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

Résumé :

L'importance de la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile est mondialement reconnue. Le concept d'éducation thérapeutique offre de nouvelles perspectives d'accompagnement de cette pathologie chronique. Les médecins de premier recours étant les coordinateurs de cette prise en charge pluridisciplinaire, la communication entre eux et les équipes d'éducation thérapeutique doit être optimale.

A Strasbourg, le dispositif d'éducation thérapeutique PRECCOSS prenant en charge les jeunes en surpoids ou obèses a vu le jour en 2014. Cette étude qualitative a pour objectif de recueillir les attentes des médecins de premier recours prescripteurs du dispositif PRECCOSS en matière de communication avec l'équipe d'éducation thérapeutique. Quinze entretiens semi-directifs ont été réalisés et analysés. Trois thématiques pertinentes ont pu être explorées : l'évaluation de la communication actuelle, les attentes en matière de communication autour du patient et les attentes en matière de communication autour du dispositif.

Si les médecins prescripteurs ne semblent pas insatisfaits de la communication actuelle, la systématisation et l'harmonisation de la communication sont les principaux axes d'amélioration existants. Les moyens de communication actuels, tels que les messageries sécurisées ou la visioconférence, sont à privilégier pour faciliter les échanges. Une plus grande implication des médecins prescripteurs dans le parcours d'éducation thérapeutique de leur patient faciliterait leur positionnement en tant que coordinateurs de leur parcours. Cette volonté d'implication nécessite cependant de tenir compte des contraintes organisationnelles liées à l'exercice libéral et des solutions devront être proposées pour la valoriser. Le patient doit être considéré comme un maillon essentiel de la communication entre son médecin traitant et l'équipe d'éducation thérapeutique afin de le responsabiliser dans la prise en charge de sa maladie chronique. Enfin, une communication régulière sur le fonctionnement du dispositif est importante pour maintenir un lien de confiance avec ses prescripteurs.

Ce travail apporte des pistes concrètes d'amélioration de la communication entre le dispositif PRECCOSS et les médecins qui le prescrivent. Ces améliorations pourront être mises en place à l'avenir et réévaluées, toujours dans le but d'optimiser le fonctionnement du dispositif PRECCOSS.

Rubrique de classement :

Médecine Générale

Mots-clés :

Education thérapeutique ; communication ; médecins de premier recours ; obésité infantile ; surpoids infantile

Présidente :

Professeur Sylvie ROSSIGNOL

Asseseurs :

Docteur Yannick SCHMITT

Docteur Alexandre FELTZ

Docteur Corinne BILDSTEIN

Adresse de l'auteur :

10 chemin des Lentillères

21000 DIJON
