

UNIVERSITÉ TOULOUSE III - PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

2015-TOU3-1046

2015-TOU3-1047

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 JUIN 2015

PAR

Marion AUDIBERT

Jeanne LAVAUD

**VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES MEMBRES DU RÉPPOP MIDI-  
PYRÉNÉES, SUR LE RÉSEAU ET LA PRISE EN CHARGE DE  
L'OBÉSITÉ INFANTILE**

*Étude qualitative auprès de 17 Médecins Généralistes*

**Directeur de Thèse : Madame le Docteur Motoko DELAHAYE**

**JURY**

**Président : Madame le Professeur Maïté TAUBER**

**Assesseur : Madame le Docteur Catherine ARNAUD**

**Assesseur : Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA**

**Assesseur : Madame le Docteur Motoko DELAHAYE**

**Assesseur : Madame le Docteur Béatrice JOURET**



UNIVERSITÉ TOULOUSE III - PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

2015-TOU3-1046

2015-TOU3-1047

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 JUIN 2015

PAR

Marion AUDIBERT

Jeanne LAVAUD

**VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES MEMBRES DU RÉPPOP MIDI-  
PYRÉNÉES, SUR LE RÉSEAU ET LA PRISE EN CHARGE DE  
L'OBÉSITÉ INFANTILE**

*Étude qualitative auprès de 17 Médecins Généralistes*

**Directeur de Thèse : Madame le Docteur Motoko DELAHAYE**

**JURY**

**Président : Madame le Professeur Maïté TAUBER**

**Assesseur : Madame le Docteur Catherine ARNAUD**

**Assesseur : Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA**

**Assesseur : Madame le Docteur Motoko DELAHAYE**

**Assesseur : Madame le Docteur Béatrice JOURET**



**TABLEAU du PERSONNEL HU  
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier  
au 1er septembre 2014**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIE
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FORTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme FUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.

**Professeurs Émérites**

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. BUREAU Ch	Hépat-Gastro-Entéro
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M CALVAS P.	Génétique
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique at Traumatologie.	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique at Réadapt Fonct.
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIE P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GAME X.	Urologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique at Cardiaque
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Sante Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT J-M	Neurologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie	M. PAYOUX	Biophysique
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MALAVAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. PERON J.M.	Hépat-Gastro-Entérologie
M. MARGHOUB.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
M. MOSCOVICI J.	Anatomie at Chirurgie Pédiatrique	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme MOYAL E.	Cancérologie	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RECHER Ch.	Hématologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERFIE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		P.U.	
		M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr. MESTHÉ P.

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. COURBON F.	Biophysique
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologique	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
M. GOURDY P.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	M. HUYGHE E.	Urologie
Mme HANAIRE H (C.E).	Endocrinologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. KAMAR N.	Néphrologie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. LARRUE V.	Neurologie	M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. LEVADE T.	Biochimie	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. PLANTE P.	Urologie	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. RITZ P.	Nutrition	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROSTAING L. (C.E).	Néphrologie	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr VIDAL M.

Professeur Associé en O.R.L.

WOISARD V.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. BIETH E.	Génétique	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CONGY N.	Immunologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme COURSON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. GANTET P.	Biophysique	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. HAMDI S.	Biochimie	M. GASO D.	Physiologie
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER	Anatomie Pathologique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme GUYONNET S.	Nutrition
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	M. LEANDRI R.	Biologie du Dévelop. et de Reprod.
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. LEPAGE B.	Bio statistique
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. MIEUSSET R.	Biologie du Dévelop. de la Reprod.
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. PILLARD F.	Physiologie	Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.	Dr BISMUTH M.
Dr BRILLAC Th.	Dr BOYER P.
Dr ABITTEBOUL Y.	Dr ANE S.
Dr CHICOULAA B.	

## REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Maïté Tauber.

Vous nous avez proposé ce travail de thèse, éminemment intéressant, et nous avez fait l'honneur de bien vouloir en assurer la présidence de jury. Votre disponibilité et votre gentillesse à l'égard des étudiants en Médecine sont deux grandes qualités reconnues par tous ceux qui ont eu le plaisir et l'honneur de travailler avec vous. Veuillez recevoir notre profonde gratitude et nos hommages respectueux.

A Madame le Docteur Catherine Arnaud.

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail et d'apporter un regard éclairé en tant qu'épidémiologiste. Soyez assurée de nos remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Docteur Bruno Chicoulaa.

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de votre présence dans ce jury de thèse. Vous avez été d'une grande disponibilité pour la mise en place de notre premier focus group et nous vous en sommes reconnaissantes.

A Madame le Docteur Motoko Delahaye.

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour votre rigueur et votre compétence dans le domaine de la recherche qualitative.

A Madame le Docteur Béatrice Jouret.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et vos conseils tout au long de ce travail. Vous avez accepté de siéger à ce jury de thèse, soyez assurée de notre profonde gratitude.

A tous les médecins généralistes qui nous ont accordé de leur temps si précieux en participant à ce travail. Merci à vous, cette étude n'aurait pu aboutir sans votre participation.

A mes parents.

Tout d'abord, je souhaiterais vous remercier pour votre amour et votre soutien infaillible depuis toujours. Vous nous avez transmis vos valeurs qui nous ont permis de devenir ce que nous sommes aujourd'hui.

Maman, c'est bien toi la plus forte. Tu as sacrifié beaucoup de choses pour nous. Je te remercie pour ta tendresse et ta générosité sans limite et pardonne moi de n'avoir jamais su te le dire jusqu'alors.

Papa, tu es certainement un des déclencheurs de tout ça. Petite, je te regardais avec des yeux admiratifs lorsque les patients, reconnaissants, te serraient la main dans la rue. Je te vois heureux de travailler depuis toutes ces années parce que tu t'accomplis dans ce que tu fais et dans la relation que tu as avec tes patients. Tu es un exemple au quotidien. Tâche de prendre un peu plus soin de toi.

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance.

A mes deux sœurs, mes deux amours, pour tous ces bons moments passés ensemble, et ceux à venir. Je suis si fière de vous. Promettez moi de venir me voir souvent, où que vous soyez dans le monde, s'il vous plaît.

A Bamé, pour tes encouragements permanents, à ta façon. Ta force de caractère et ton savoir sont un modèle pour tous.

Aux tantes, oncles et cousins, merci de faire que nous sommes une belle famille.

Une pensée particulière pour Jean-Pierre qui est l'autre déclencheur de cette vocation. Merci de m'avoir fait aimer ce métier et de m'avoir confortée toutes ces années dans mon choix d'exercer la Médecine Générale.

A Rose, notre nounou, confidente, maquilleuse, shampoineuse, réciteuse de leçons, chercheuse de poux, j'en passe et des meilleures. Merci pour ton amour et ton soutien inconditionnels tout au long de ces années.

A Marion, ma co-interne de ce travail. Ouf c'est fini ! Enfin je crois ? Merci d'avoir accepté de faire ce travail avec moi. Merci d'avoir su gérer si bien ta grossesse, l'apprentissage de ton nouveau métier de maman et notre travail. Je vous souhaite une belle vie à vous trois !

A Mélanie et Charlotte, sans vous, ces années à la fac n'auraient pas vraiment été les mêmes. Et nous ne serions pas vraiment les mêmes aujourd'hui non plus ! Alors, les filles, ce soir on « Met la 6 ! »

A Romain, Geoffrey, ChaCha, Tabu, mes acolytes vichyssois, c'était vraiment la belle époque n'est-ce pas ?

A Docteur Raynal, Cartouche, Baba, Fredo et Emilien, merci à vous de m'avoir acceptée dans votre cercle très sélect. Chaque mot que je souhaiterais vous dédier est politiquement incorrect, dois-je en conclure que vous êtes, vous aussi, politiquement incorrects ?

A tous ceux que j'ai rencontrés pendant mon internat : Joëlle (et son initiation au concept du dijo), Marion (lâche le CHU et viens t'occuper des petits vieux avec moi), Julia & Juliette (je suis très fière de vous avoir à mes côtés), Clairette ma petite protégée (Les Jean-Mi et Josi ne te remercieront jamais assez), sans oublier, Alex, mon chef pâtissier préféré voué à une très grande carrière !

Aux EPL, une sacrée bande de loulous que j'ai eu la chance de rencontrer. Un bon modèle d'amitié et de solidarité. Mais pour ce qui est de payer son coup...

A tous les médecins qui m'ont encadrée pendant ces années, avec un remerciement tout particulier à l'équipe de cardiologie de Papeete. Ce n'était pas seulement un séjour hors de temps et une destination incroyable. C'était également une magnifique rencontre et un réel plaisir de travailler avec vous tous. J'espère, un jour, ressentir à nouveau ce parfum de tiaré et frangipanier en vous resserrant dans mes bras!

Merci à vous tous de m'entourer comme vous le faites. Je ne vous le dirai jamais assez.

Aux absents, qui nous regardent de là-haut. Je pense à vous et vous embrasse bien fort.

A Pierre-Emmanuel, nous avons parcouru tant de kilomètres pour nous retrouver. Mais malgré la distance, tu as toujours été là pour m'accompagner et me soutenir et je t'en remercie. Il m'arrive malgré tout de me demander quel don te permet de supporter mon caractère sans jamais oser hausser la voix... Aux commandes de ton avion, fais attention à toi car j'ai besoin de toi.

Jeanne.

Famille et Amis,

L'essentiel dans la vie, c'est d'être bien entouré. J'ai énormément de chance de vous avoir à mes côtés, alors merci...

A mes Parents, vous m'avez soutenue moralement, physiquement, et financièrement, dans les mauvais moments comme dans les bons. Je me souviens de la P1 et des longues journées de travail sur mon lit entre Noisette, Bavous et toi maman. Et papa, merci pour ces discussions animées que nous avons (et que nous avons toujours) qui parfois nous dépassent. Ce diplôme, je ne l'aurais jamais eu sans vous. Je vous en remercie du fond du cœur.

A mon Grand-frère, Pierre, qui a toujours trouvé les mots réconfortants dans les moments difficiles. Sans rire, il a été un soutien indispensable notamment pour mes premières années de médecine. Je te souhaite ainsi qu'à ta jolie famille tout le bonheur que vous méritez. Je ne te le dis pas assez mais je t'adore.

A ma Tati et mes Grands-Parents Mézois et Cadurciens, merci pour votre amour et votre soutien toutes ces années.

A ma Belle-Famille, merci pour votre accueil chaleureux.

A mes amies Mézoises, Dorothée ma camarade, Florence ma cadette d'un jour, Lulette ma future voisine, Sophie ma colocataire, Egram ma pote de la victoire du cœur. Vous êtes une équipe d'amies en or.

A Thu, on a parcouru du chemin ensemble, depuis l'externat à Montpellier jusqu'à l'internat à Toulouse. Les difficultés nous ont permis de nous rencontrer et nous avons lié une amitié solide. Qui sait peut-être travaillerons-nous ensemble ? Merci pour ton soutien.

A Violaine, ma co-interne du PUM. Merci pour m'avoir permis d'affronter ce stage avec sérénité. Ce fut l'occasion de nouer des liens plus forts que nous avons su renforcer depuis. J'ai hâte de te faire visiter Méze, peut-être ne voudrais-tu pas en partir ?

A Jeanne, je ne te connaissais pas avant ce travail de thèse, et je suis ravie qu'il nous ait permis de nous rencontrer. Je te remercie pour ta gentillesse, ton efficacité et ton soutien lorsque ce travail de thèse me paraissait fastidieux. Merci de m'avoir laissé du temps après

mon accouchement. Je te souhaite d'être heureuse dans ton travail et dans ta vie, tu le mérites. J'espère qu'après ce jour nous garderons le contact.

A Danièle et Sophie, merci pour ces belles balades décontractantes au bord de l'Etang de Thau. J'espère qu'il y en aura encore beaucoup d'autres...

A Nicole, merci pour ton aide précieuse et tes bons conseils. Je vais tâcher de les mettre en pratique.

A Christianne et Arthur, mes Belges préférés qui amènent le soleil à La Bégude 2. Merci Christianne pour tes bonnes gaufres et tartes à la rhubarbe qui régaleront tout le quartier.

A Marie-Hélène et Jean-Pierre, ma marraine et mon parrain de cœur. Merci pour votre aide dans mon projet d'installation, et merci pour tous ces bons moments passés ensemble. Vivement les prochains repas cassoulets maisons, rizottos, royaumes et galettes des rois !

A Dorothee et Brigitte, merci de faire partie de ma vie. Je m'imprègne de votre gentillesse et votre amitié chaque fois que nous nous voyons. Ne changez rien !

A Habib, un grand merci. Tu as répondu présent tout le long de ce parcours du combattant. Tu as supporté mes humeurs et tu m'as réconfortée malgré la distance qui nous séparait et ce pendant tant d'années. Je tiens à te remercier pour ta précieuse aide dans ce travail de thèse, qui nous a permis d'économiser quelques neurones. Merci également pour les très bons moments passés ensemble, pour les voyages que nous avons faits et que nous ferons. Et surtout, merci pour m'avoir offert le plus beau des cadeaux, j'ai hâte d'en recevoir un second.

A Lili, chaque jour, tu nous combles de bonheur. Comment dire, tu as rendu ce travail d'autant plus intéressant. Tout d'abord lors du premier focus group, j'avais très peur de ne pas pouvoir y participer, mais fort heureusement tu as pointé le bout de ton nez quatre jours après sa réalisation ! Tu as su nous donner ton point de vue lors des codages, en pleurant, brailant, nous nous en serions bien passés. N'est-ce pas Jeanne ? Mais les moments de joie que tu as mis dans mon cœur m'ont tellement réconfortée et m'ont toujours donné l'envie d'avancer. Merci pour ton existence.

Marion.

## TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION .....	18
1-1	Définitions .....	18
1-2	Situations épidémiologiques du surpoids et de l'OI .....	19
1-2.1	Prévalence dans le monde .....	19
1-2.2	Prévalence en France .....	20
1-2.3	Prévalence en Midi-Pyrénées .....	20
1-3	Actions menées pour la lutte contre l'OI en France .....	20
1-3.1	Sur le plan national .....	20
1-3.2	Sur le plan régional .....	21
1-4	Fonctionnement du RéPPOP .....	22
1-5	Hypothèses et objectifs .....	23
2	MATERIEL ET METHODE .....	25
2-1	Recherche bibliographique .....	25
2-2	Notre étude .....	25
2-2.1	Choix de la méthode qualitative .....	25
2-2.2	Population étudiée .....	25
2-2.3	Mode de recrutement .....	26
2-2.4	Elaboration du guide d'entretien .....	26
2-2.5	Approbation du comité d'éthique .....	27
2-2.6	Réalisation des FG et EI, recueil des données .....	27
2-2.7	Analyse longitudinale .....	28
2-2.8	Analyse transversale thématique des données .....	28
3	RESULTATS .....	30
3-1	Description de la population étudiée .....	30
3-2	Analyse longitudinale .....	30
3-3	Analyse transversale thématique .....	31
3-3.1	Connaissance du réseau RéPPOP .....	31
3-3.2	Raisons d'adhésion au réseau RéPPOP .....	31
3-3.3	Modalités d'adhésion .....	33
3-3.4	Formation .....	33
3-3.5	Inclusion des patients dans le réseau RéPPOP .....	34
3-3.6	Le trio de partenaires .....	35

3-3.7	Dossier de consultation du RéPPOP .....	36
3-3.8	Prise en charge RéPPOP .....	38
3-3.8.1	Le suivi RéPPOP .....	38
3-3.8.2	Outils proposés par le RéPPOP .....	39
3-3.9	Transmission d'informations.....	40
3-3.9.1	Entre le MG et les partenaires ambulatoires.....	40
3-3.9.2	Entre le MG et les partenaires hospitaliers.....	41
3-3.10	Relation avec le RéPPOP .....	41
3-3.10.1	Moyens de communication.....	41
3-3.10.2	Raisons pour lesquelles le MG est amené à contacter le RéPPOP .....	42
3-3.10.3	Informations adressées aux MG par le RéPPOP.....	42
3-3.10.4	Qualité de la relation avec le RéPPOP.....	43
3-3.10.5	Indemnités reçues par les MG.....	43
3-3.11	Rôle du MG.....	44
3-3.11.1	Rôle dans la prise en charge de l'OI.....	44
3-3.11.2	MG avec l'étiquette « RéPPOP ».....	44
3-3.11.3	L'implication des familles .....	45
3-3.11.4	Changements de pratique du MG .....	46
3-3.12	Facteurs d'efficacité du RéPPOP .....	47
3-3.13	Améliorations proposées par les MG .....	48
3-3.13.1	Plus de formations.....	48
3-3.13.2	Suggestions pour améliorer la prise en charge « RéPPOP » .....	49
4	DISCUSSION .....	53
5	CONCLUSION.....	63

## TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Illustration des définitions et seuils du surpoids et de l'OI selon les courbes de corpulence du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique (exemple de la fille).

Figure 2 : Courbes de corpulence du PPNS 2010 adaptées à la pratique clinique.

Figure 3 : Compétences dites de soins attendues chez l'enfant de 9 – 11 ans en surpoids ou obèses et sélectionnées par les 7 centres promoteurs de l'étude (équipes RéPPOP, CHU de Nice/Monaco et SSR de Bayeux).

## TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Convention constitutive du RéPPOP Midi-Pyrénées

Annexe 1 bis : Charte du RéPPOP Midi-Pyrénées

Annexe 2 : Guide d'entretien définitif des Focus Groups

Annexe 3 : Guide d'entretien des Entretiens Individuels

Annexe 4 : Fiche d'approbation de la Commission Ethique du Département Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées

Annexe 5 : Fiche de demande de consentement des médecins généralistes interrogés

Annexe 6 : Code Book

Annexe 7 : Un extrait de notre tableur Microsoft Excel 2010® de codage thématique

Annexe 8 : Un Focus Group retranscrit

Annexe 9 : Un Entretien Individuel retranscrit

Annexe 10 : Analyses longitudinales

Annexe 11 : Talon sociologique

Annexe 12 : Algorithme des différents niveaux de prise en charge de l'obésité infantile (HAS)

Annexe 13 : Le modèle des stades de changement du comportement de Prochaska

## TABLE DES ABREVIATIONS

APA : Activité Physique Adaptée

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

EI : Entretien Individuel

FG : Focus Group

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

IOTF : International Obesity Task Force

JOE : Journée Obésité Education

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

OI : Obésité Infantile

PNNS : Plan National Nutrition Santé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

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

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

TAKAPHER : Tout sur l'Alimentation, les Kilos, l'Activité Physique, Education et Recettes

TEQAAP : Tout sur l'Equilibre Alimentaire et l'Activité Physique

## 1 INTRODUCTION

La prévention, le dépistage et la prise en charge précoces de l'Obésité Infantile (OI) sont devenus une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics français (1). En créant des réseaux tels que le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RÉPPOP), ils réaffirment la place stratégique du médecin généraliste (MG) dans la coordination des soins de l'enfant (2).

### 1-1 Définitions

Le dépistage du surpoids et de l'OI se fait par le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) :  $IMC = \text{Poids (kg)} / (\text{Taille (m)})^2$

Chez l'enfant, les valeurs et les courbes d'IMC à partir desquelles sont définis le surpoids et l'OI varient en fonction de l'âge et du sexe.

En France, dans la mesure où la courbe de l'International Obesity Task Force (IOTF-25) était presque superposable à la courbe du 97<sup>ème</sup> percentile établie par Rolland-Cachera, cette dernière a été maintenue pour définir le passage au surpoids. La courbe IOTF-30 a été ajoutée pour marquer les limites entre surpoids et OI (2).

Nous utiliserons ces définitions pour notre travail :

- Le surpoids est défini par un IMC situé au-dessus de la courbe IOTF-25
- L'OI est définie par un IMC situé au-dessus de la courbe IOTF-30

On notera que les anciens termes d'« obésités de degré 1 et 2 » pour désigner respectivement le surpoids et l'OI, ont été abandonnés.

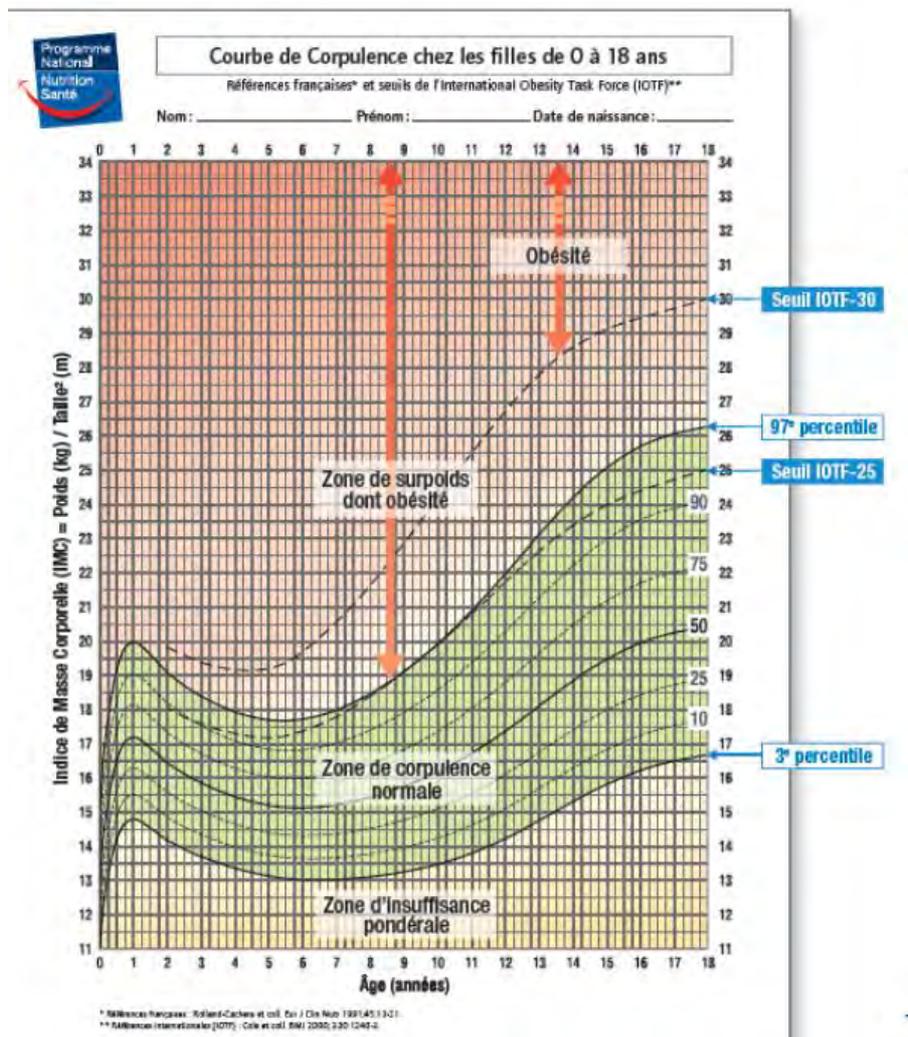


Figure 1 : Illustration des définitions et seuils du surpoids et de l'OI selon les courbes de corpulence du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique (exemple de la fille).

## 1-2 Situations épidémiologiques du surpoids et de l'OI

### 1-2.1 Prévalence dans le monde

Chez l'enfant, une augmentation rapide du surpoids et de l'OI a été documentée dans de nombreux pays jusqu'aux années 2000. Toutefois, une stabilisation semble s'observer en France et également aux Etats-Unis : un plateau semble avoir été atteint sans qu'aucune augmentation significative ne soit notée sur la période 2000-2008 (3, 4).

Les derniers chiffres de prévalence de l'OI relevés aux Etats-Unis entre 2011 et 2012 sont : 8,4 % pour les 2-5 ans, 17,7 % pour les 6-11 ans et 20,5 % pour les 12-19 ans (5).

## 1-2.2 Prévalence en France

La prévalence de l'OI en France a augmenté entre les années 1990 et 2000 ;

Depuis, on note une diminution de cette prévalence. Effectivement, la prévalence du surpoids (incluant l'OI) était de 18,1 % (17,9 % chez les garçons, 18,3 % chez les filles) en 2000 ; de 15,8 % (14,1 % chez les garçons, 17,7 % chez les filles) en 2007 selon les références de l'IOTF.

La prévalence de l'OI était de 3,8 % en 2000 et 2,8 % en 2007 (6).

Le rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) publié en 2011 reflète des disparités sociales : la prévalence de l'OI diffère selon la catégorie socio-professionnelle du père. Les enfants d'ouvriers, d'artisans, commerçants, et chefs d'entreprises ont plus de risques de souffrir d'OI ou surpoids que les enfants de cadres (7). De plus, l'étude ObEpi réalisée par un comité scientifique indépendant, en collaboration avec l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière et Kantar Health, analyse la prévalence du surpoids et de l'obésité en France tous les 3 ans. En 2012, l'enquête épidémiologique retrouve de vastes disparités inter-régionales, avec un gradient décroissant nord-sud et un gradient décroissant est-ouest (8).

## 1-2.3 Prévalence en Midi-Pyrénées

D'après le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) et l'Académie de Toulouse, au cours de l'année scolaire 2009-2010, 16,6 % des élèves de 6<sup>ème</sup> étaient en surcharge pondérale (surpoids + OI), dont 3,2 % obèses dans les huit départements de Midi-Pyrénées (9).

## 1-3 Actions menées pour la lutte contre l'OI en France

### 1-3.1 Sur le plan national

La prise de conscience du problème de santé publique que représentent l'OI et, ses conséquences médicales et sociales, a mené les pouvoirs publics à créer en 2001 une politique de santé nutritionnelle : le Plan National Nutrition Santé-1 (PNNS-1) (1). Le programme a été prolongé en 2006 (PNNS-2), puis en 2011 (PNNS-3).

Institué en Septembre 2010, le Plan Obésité (PO) s'articule avec le PNNS pour renforcer le rôle du MG dans la prise en charge de l'OI, et réduire ainsi les inégalités sociales et territoriales de santé.

Dans la proposition 19 du PNNS 2011-2015, différents niveaux d'obstacles et de freins à la prise en charge ont été identifiés : freins au niveau des familles, chez les professionnels de santé, ainsi qu'au niveau du système de soins (10).

Les RéPPOP ont été conçus dès le PNNS1 et mis en place pour les premiers en 2003. Ainsi ils peuvent lutter pour lever ces obstacles à tous les niveaux.

### 1-3.2 Sur le plan régional

Les RéPPOP sont nés en 2003 dans la déclinaison du PNNS-1, témoignant de l'engagement des pouvoirs publics français, en organisant autour de l'enfant et sa famille un maillage étroit d'intervenants spécialisés libéraux, hospitaliers ou institutionnels. En 2002, trois sites pilotes (Ile de France, Lyon et Toulouse) ont été retenus.

Depuis 2006, 11 sites (régionaux ou départementaux) en métropole et Outre-mer ont développé leur RéPPOP, réunis au sein d'une coordination nationale.

Le RéPPOP Midi-Pyrénées est agréé par la commission régionale des réseaux. Il est financé en majeure partie par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Midi-Pyrénées, et par la collectivité locale, pour mettre l'accent sur la prévention dans les quartiers nord de Toulouse.

Dans sa convention constitutive le RéPPOP Midi-Pyrénées détermine 7 objectifs (Annexe 1) :

- ✓ Promouvoir et améliorer le dépistage précoce de l'OI,
- ✓ Promouvoir et améliorer la formation et l'information sur l'OI,
- ✓ Promouvoir et améliorer la prise en charge
- ✓ Evaluer la qualité et l'efficacité de cette prise en charge
- ✓ Favoriser l'implication de tous
- ✓ Promouvoir la prévention de l'OI,
- ✓ Promouvoir les actions de recherche

Ainsi le RéPPOP Midi-Pyrénées est structuré pour répondre à 3 axes de travail (1) :

- ✓ La prévention de l'OI par le biais d'actions de communication et de sensibilisation.
- ✓ Le dépistage précoce grâce à la formation des professionnels de santé à l'utilisation des courbes de corpulence, à leur interprétation et à l'annonce du diagnostic.
- ✓ La prise en charge de l'OI qui doit être multidisciplinaire, personnalisée, et de proximité.

Le RéPPOP doit permettre : d'instaurer un suivi médical régulier et prolongé de l'enfant auprès d'acteurs de proximité (diététiciens, psychologues, éducateurs sportifs ...), de les intégrer avec leur famille dans des programmes d'éducation thérapeutique, et de proposer une adhésion dans des associations d'activités physiques et sportives adaptées.

Les professionnels de santé appartenant au RéPPOP sont formés à l'OI, et ont accès à un annuaire de partenaires de compétences multiples, afin de les décloisonner et favoriser leur complémentarité.

#### 1-4 Fonctionnement du RéPPOP

Depuis sa création le RéPPOP Midi-Pyrénées a inclus au total 2 311 enfants, d'Octobre 2003 à Juin 2014.

Le RéPPOP est un réseau de soins, qui s'adresse aux enfants et adolescents (jusqu'à 18 ans) présentant un IMC supérieur au 97<sup>ème</sup> percentile. La prise en charge des enfants inclus est basée sur un trio de partenaires centré par l'enfant :

- Un MG, de préférence le médecin traitant de l'enfant et de sa famille.
- Des partenaires paramédicaux (diététiciens, psychologues).
- Un accompagnateur, choisi par l'enfant.

Le RéPPOP permet également l'accès à d'autres partenaires comme les éducateurs sportifs ou kinésithérapeutes, infirmiers, médecins libéraux ou hospitaliers et partenaires sociaux.

Les partenaires adhèrent au réseau, après une formation dédiée à l'OI et au RéPPOP, en signant une fiche d'adhésion certifiant que le MG est en accord avec la charte du réseau (Annexe 1 bis). Les coordonnées des partenaires membres sont regroupées dans un annuaire régional, disponible sur le site internet du RéPPOP Midi-Pyrénées. Le site est mis à jour par la coordinatrice administrative de l'Association de prise en Charge Concertée des Obésités de Midi-Pyrénées (ACCOMIP) - RéPPOP Midi-Pyrénées. Les partenaires s'y connectent comme professionnels de santé. Ils y trouvent également les dossiers informatisés d'inclusion et de suivi, à utiliser lors des consultations.

Lors de la première consultation dédiée, le MG décide un niveau de prise en charge, ambulatoire ou hospitalière. Le MG est le partenaire central, permanent, de l'enfant et de sa famille. Il garantit la coordination des soins et la cohérence de la prise en charge en lien avec les autres acteurs du RéPPOP. Il s'engage à le suivre pendant au moins deux ans : une fois par

mois pendant les six premiers mois, puis les consultations sont plus espacées afin de consolider la perte de poids. Le MG perçoit une rémunération pour cette prestation de soins de 200 euros à l'inscription de chaque enfant s'il remplit et envoie le dossier informatique.

Une aide financière forfaitaire permet également à l'enfant et à la famille de bénéficier de consultations diététiques et psychologiques auprès de membres du RéPPOP à raison de 4 consultations par année. Ces professionnels de santé sont payés directement par le RéPPOP.

Un accompagnateur, qui n'est pas l'un de ses parents, permet de soutenir l'enfant tout au long du programme. Il est choisi lors de l'inclusion en accord avec l'enfant et le MG.

Les centres hospitaliers (CH) interviennent seulement au titre de l'expertise et de l'évaluation pluridisciplinaire des OI sévères et/ou compliquées.

Des ateliers thérapeutiques sont également proposés aux familles les plus motivées.

Le MG inclut l'enfant en remplissant le dossier d'inclusion, papier ou informatisé, le retourne aux secrétaires du RéPPOP à Toulouse, qui le valideront. Puis, le MG organise le suivi de l'enfant et l'adresse aux différents partenaires.

Le RéPPOP cherche à mettre en place des partenariats pour l'activité sportive dans les différents départements de la région pouvant offrir une Activité Physique Adaptée (APA) aux enfants.

Au siège du RéPPOP au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) à Toulouse, un assistant social permet d'aider les personnes, les familles ou les groupes qui connaissent des difficultés sociales, hospitalisés ou non, et participe à l'élaboration et à la mise en œuvre de projets sociaux et éducatifs.

## 1-5 Hypothèses et objectifs

Le RéPPOP Midi-Pyrénées fonctionne depuis plus de 10 ans.

Une évaluation des pratiques professionnelles des MG de Midi-Pyrénées, adhérents et non adhérents au RéPPOP, a été réalisée dans une étude quantitative en 2008 (11). L'auteur avait mis en évidence que les MG membres du RéPPOP étaient plus rigoureux dans le dépistage de l'OI en calculant l'IMC de manière plus systématique et en traçant les courbes. Ils étaient plus vigilants au rebond d'adiposité, et fixaient des objectifs précis moins ciblés sur le poids. L'auteur concluait sur l'intérêt de poursuivre son travail par une étude qualitative auprès de

ces MG, afin de mieux comprendre leur ressenti et leurs opinions sur le RéPPOP dans leur quotidien.

Des études qualitatives ont été réalisées, interrogeant les familles des enfants suivis dans le RéPPOP, mais à l'heure actuelle aucune n'a été réalisée auprès de MG (12).

L'objectif principal de notre étude vise à comprendre le ressenti des MG adhérents au réseau en Midi-Pyrénées, sur l'utilisation du réseau dans leur pratique quotidienne.

L'objectif secondaire est de formuler des propositions pour l'amélioration de son utilisation en soins primaires.

## 2 MATERIEL ET METHODE

### 2-1 Recherche bibliographique

Une recherche bibliographique a été effectuée durant toute la période du travail afin de recenser régulièrement les nouveaux articles portant : sur l’OI et sa prise en charge, sur les réseaux de santé. Cette recherche documentaire a été faite dans : le moteur de recherche PubMed, banque de thèses de la Bibliothèque Inter Universitaire de Santé (BIUS) des Universités de Paris, le catalogue du Système Universitaire de Documentation (SUDOC).

### 2-2 Notre étude

#### 2-2.1 Choix de la méthode qualitative

La recherche qualitative étudie l’Humain au sens propre du terme : dans notre cas, le ressenti des MG membres du RéPPOP Midi-Pyrénées, afin de comprendre leurs éventuelles problématiques sur le terrain. Cette méthode est basée principalement sur l’écoute et l’observation des attitudes (13). Elle permet d’élaborer des hypothèses à partir de l’observation et l’écoute des personnes interrogées.

Cette recherche a été menée par deux chercheurs conjointement, avec une répartition homogène du travail pendant toute l’étude.

Par commodité, nous appellerons les groupes d’entretien des Focus Groups (FG). Nous avons privilégié le recueil de données en FG car nous souhaitons avoir le point de vue d’un groupe de participants en permettant l’échange et l’interaction sur le thème abordé. Ce thème n’étant ni délicat ni intime, le partage d’expériences entre les participants permettrait d’élaborer de nouvelles hypothèses.

#### 2-2.2 Population étudiée

La population étudiée était les MG membres du RéPPOP Midi-Pyrénées.

### 2-2.3 Mode de recrutement

Nous avons organisé plusieurs FG dans différents départements de Midi-Pyrénées afin d'assurer une diversité des conditions d'exercice.

Nous avons recruté par contact téléphonique les MG membres de RÉPPOP dans l'annuaire des membres, disponible sur le site du réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées.

Nous les avons choisis par ordre alphabétique, en débutant par le premier de la liste puis en alternant un MG sur deux, puis si besoin en reprenant la liste du début jusqu'à l'obtention de huit réponses positives d'inclusion.

Les MG ont été recrutés par téléphone à leur cabinet en privilégiant les matinées, du mardi au vendredi.

Nous avons déterminé au préalable le contenu du contact téléphonique en vue de recruter ces MG : « Bonjour, je m'appelle *PRENOM NOM*. Je suis interne en médecine générale et je réalise un travail de recherche avec une autre interne *PRENOM NOM* sur le RÉPPOP. Tout d'abord, j'ai une première question, avez-vous déjà inclus des enfants dans le RÉPPOP ? Seriez-vous d'accord pour participer à une réunion avec d'autres MG membres afin de discuter ensemble de ce dernier et de comprendre quel est votre ressenti en tant que MG membre ? ».

Les critères d'exclusion étaient : l'absence d'inclusion d'enfant dans RÉPPOP par le MG, et le refus de participation.

Après acceptation, nous avons confirmé le lieu et l'heure du rendez-vous par un nouveau contact téléphonique puis un courriel précisant nos coordonnées, et la présence d'un buffet d'accueil à leur arrivée.

### 2-2.4 Elaboration du guide d'entretien

Nous avons élaboré notre guide d'entretien en 3 parties. Nous nous sommes basées sur nos recherches bibliographiques et les objectifs émis par le protocole 19 du PNNS 2011.

La première partie nous permettait de connaître les raisons et les modalités de l'adhésion du MG au réseau. Une question de relance mentionnait la formation.

La deuxième partie abordait les conséquences de cette adhésion dans leur pratique au quotidien : le dépistage, la relation avec les partenaires, le dossier RÉPPOP.

La troisième partie évaluait les attentes des MG vis-à-vis du réseau, et les propositions d'amélioration éventuelles des MG.

Le guide d'entretien a été modifié après le premier et le quatrième FG (Annexe 2). Après le premier, nous avons ajouté trois questions afin de : leur faire préciser leur perception du rôle de l'accompagnateur non évoqué spontanément, amener le sujet des rémunérations, et connaître leur avis sur le bénéfice d'un tel réseau pour l'enfant.

Nous avons apporté une nouvelle modification sur le guide d'entretien après le quatrième FG puisque une nouvelle idée était apparue sur le rôle référent du médecin traitant.

Du fait de la difficulté à réunir des MG dans un cinquième département, les Hautes-Pyrénées, nous avons décidé de poursuivre par des Entretiens Individuels (EI). Nous avons adapté le guide d'entretien à ce nouveau mode de recueil des données (Annexe 3) : nous avons augmenté le nombre de questions de relance, ajouté une question vérifiant la dernière nouvelle idée abordée lors du dernier FG.

#### 2-2.5 Approbation du comité d'éthique

Le sujet de notre étude a été approuvé par la Commission Ethique du Département Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées (Annexe 4).

#### 2-2.6 Réalisation des FG et EI, recueil des données

Les données ont été recueillies entre Mars et Août 2014.

Les FG ont eu lieu : dans une salle de réunion mise à disposition par le CH local, en milieu de semaine et en début de soirée.

Les participants ont été accueillis autour d'un buffet et installés en cercle afin de faire connaissance et faciliter l'échange. Deux dictaphones ont été placés aux extrémités.

Après les avoir remerciés de leur présence, une fiche explicative sur la retranscription écrite intégrale de la réunion avec respect de l'anonymat leur a été remise et signée par chaque MG présent (Annexe 5).

Le premier FG a été animé par un MG impliqué dans le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse, formé à la recherche qualitative. Nous y avons participé en tant qu'observateurs.

Pour les FG suivants, afin d'avoir une meilleure reproductibilité, le même chercheur a joué ce rôle d'animateur, et l'autre a été l'observateur. L'animateur posait les questions du guide d'entretien, dont les questions de relance, et s'assurait de la répartition harmonieuse de la parole. L'observateur notait les attitudes et les réactions non verbales des participants.

Concernant les deux EI, un rendez-vous avait été fixé par avance par téléphone. Les EI se sont déroulés à leur cabinet et menés par un seul chercheur.

Nous avons retranscrit intégralement les enregistrements des dictaphones dans les jours suivant les FG ou EI. Ce travail de retranscription a été réparti entre chaque chercheur. Chacun a vérifié systématiquement le travail de l'autre, notamment la fidélité du texte et des informations non verbales relevées lors des entretiens. Ce texte est appelé verbatim.

Nous avons établi un recueil des données sociodémographiques des participants : le talon sociologique. Les noms des participants et les FG ont été codés ou numérotés.

#### 2-2.7 Analyse longitudinale

Une analyse longitudinale a été réalisée après chaque séance à partir des notes prises par l'observateur. Cette analyse s'attache à rappeler le déroulement des réunions, l'atmosphère, les attitudes et profils des MG présents, ainsi que les grandes idées évoquées et les éléments nouveaux émergeant. Ces analyses ont permis de faire évoluer notre guide d'entretien entre les FG par la mise en évidence de nouveaux thèmes.

#### 2-2.8 Analyse transversale thématique des données

Cette analyse a été effectuée après chaque retranscription et par chaque chercheur, individuellement. Le verbatim a été analysé en plusieurs étapes. Une première lecture a permis de s'imprégner de l'atmosphère et de se familiariser avec le texte dans sa globalité. Le verbatim a été découpé en groupes de mots ayant un sens propre. Le découpage a été validé par les deux chercheurs. Chacun d'entre eux a attribué une unité de sens pour chaque verbatim séquencé. Après mise en commun des deux analyses, les unités de sens ont été

validées par les deux chercheurs selon le principe de la double lecture. Si après concertation, l'analyse divergeait, un troisième avis a été requis auprès du directeur de thèse.

Ces unités de sens ont été pré-catégorisées à l'aide d'un codage couleur, appelé « code book » (Annexe 6). Ce code book a été créé d'après les thèmes issus du premier FG. Il a été complété par la suite dès qu'une idée nouvelle ne pouvait être classée dans les thèmes préexistants. Le code book a été finalisé à partir du troisième FG inclus.

Un tableur thématique Microsoft Excel 2010 ® a permis de classer puis hiérarchiser les unités de sens en thèmes croissants (un extrait est consultable en Annexe 7). L'auteur de chaque citation de verbatim a été codifié par les deux premières lettres de son prénom. Ce tableur était complété après chaque nouveau FG afin de vérifier la présence ou non de nouvelles idées, et ainsi s'assurer du respect de la saturation des données. Le remplissage du tableur a été réparti entre chaque chercheur. Au décours du remplissage, les sous-thèmes et les thèmes ont été réorganisés, rediscutés (après relecture de l'ensemble du FG ou EI), enrichis par concertation mutuelle (14). Chaque question soulevée lors du remplissage était notifiée afin d'en informer l'autre chercheur et de trouver un accord le jour même. A chaque avancée dans le remplissage, le tableur thématique était immédiatement enregistré dans le site de stockage Google Drive ® afin d'en permettre l'accès et la visibilité aux deux chercheurs et ainsi favoriser son remaniement et le travail d'équipe.

L'importance relative de chaque idée relevée lors des entretiens n'est pas liée à sa répétition mais à l'analyse de son contexte (15).

Quatre FG ont tout d'abord été réalisés. Le premier à Toulouse, représentatif d'un exercice urbain avec un accès nous paraissant être plus facile aux professionnels paramédicaux intervenant dans le parcours coordonné. Nous avons ensuite organisé d'autres FG à Auch (Gers), Albi (Tarn), et Cahors (Lot).

Puis, pour nos deux EI, nous avons choisi le département des Hautes-Pyrénées. Le nombre de MG membres y était plus important et les MG étaient moins dispersés que dans les départements d'Ariège ou d'Aveyron.

La saturation des données correspond à l'absence d'émergence de nouvelles idées lors des entretiens.

La nouvelle hypothèse relevée lors du quatrième FG n'ayant pas été abordée par les MG lors des EI malgré le remaniement de notre guide d'entretien dans ce sens, nous concluons donc à une saturation de données.

### 3 RESULTATS

Une retranscription d'un FG ainsi que d'un EI et les analyses longitudinales sont consultables en annexes (Annexes 8, 9 et 10).

#### 3-1 Description de la population étudiée

Les caractéristiques personnelles des MG sont récapitulées dans le talon sociologique (Annexe 11).

Nous avons réalisé quatre FG entre Mars et Juillet 2014 : quinze MG ont été interrogés, réunis au CH du département d'exercice (Haute-Garonne, Gers, Tarn, Lot). Les durées des enregistrements varient de 54 minutes à 1h43.

Deux EI réalisés en Août 2014 dans le département des Hautes-Pyrénées, ont permis d'interroger à leurs cabinets respectifs deux MG supplémentaires. Ils durent 18 et 38 minutes.

Parmi les dix-sept MG interrogés, douze sont des femmes et cinq sont des hommes ; l'âge moyen est de 49 ans ; six exerçaient en zone urbaine, six en zone semi-rurale et cinq en zone rurale.

#### 3-2 Analyse longitudinale

Lors du premier FG à l'Hôpital des Enfants de Toulouse, seulement trois MG sont venus alors que six étaient attendus. L'animateur de la séance était un MG enseignant au DUMG, mais également membre du RÉPPOP. Deux idées fortes ont été abordées : la première sur les difficultés de communication entre partenaires et la deuxième sur la lourdeur du dossier d'inclusion.

Le second FG au CH d'Auch a mobilisé trois MG, dont une nutritionniste utilisant le RÉPPOP uniquement pour les cas difficiles. L'aspect chronophage du dossier d'inclusion n'a pas été évoqué.

Lors du troisième FG au CH d'Albi, cinq MG ont participé, dont un MG impliqué dans une association de formation médicale continue (FMC) de Midi-Pyrénées, et un autre, membre du

comité de pilotage du RéPPOP. Les échanges ont été dynamiques proposant de nombreuses pistes d'amélioration.

Le quatrième FG au CH de Cahors a permis d'interroger quatre MG. Ils ont pointé le manque de temps pour prendre en charge correctement l'OI. Nous avons remarqué que les MG nous parlaient comme s'ils s'adressaient aux représentants du réseau, en associant le RéPPOP au pronom personnel « vous ».

Le MG du premier EI ne connaissait pas les dossiers d'inclusion ni de suivi, et adressait les enfants qu'il souhaitait inclure au pédiatre hospitalier du secteur.

Le MG du second EI n'était pas informatisé et ne remplissait que partiellement le dossier d'inclusion, jugé trop lourd. Par ailleurs, il utilisait volontiers le carnet de suivi qu'il estimait très utile. Il s'est dit satisfait du réseau tel qu'il est aujourd'hui.

### 3-3 Analyse transversale thématique

#### 3-3.1 Connaissance du réseau RéPPOP

Sept MG ont découvert le RéPPOP grâce au partenariat avec l'association FMC MG-Form.

Quatre MG ont connu le RéPPOP par un confrère spécialiste (connaissance amicale ou professionnelle avec un membre du réseau).

Nous pouvons ajouter à ce chiffre les deux MG qui ont connu le RéPPOP, parce que certains de leurs jeunes patients avaient été inclus au RéPPOP par un confrère pédiatre (*Da FG4* : « *c'est la même chose, c'est au cours des enfants suivis par le RéPPOP de Toulouse* »)

Un MG a appris l'existence du réseau lors d'une entrevue avec une visiteuse médicale de laboratoire pharmaceutique.

Les trois autres MG n'ont pas exprimé de réponse claire.

#### 3-3.2 Raisons d'adhésion au réseau RéPPOP

La principale motivation des MG à l'adhésion au RéPPOP est un intérêt personnel pour le thème de l'OI.

Le manque de connaissance sur le sujet a été évoqué par tous les MG, quel que soit leur âge : les deux plus jeunes MG interrogés s'estiment mal formés sur cette pathologie (*Th FG3* : « *de ne pas avoir les connaissances nécessaires* » ; *Cé FG3* : « *cette formation initiale qu'on n'avait pas à la fac* »).

La deuxième raison de leur adhésion est la prise en charge multidisciplinaire :

Les MG adhèrent pour lever leur isolement (*Ma FG4* : « on est déjà assez isolé comme ça dans notre quotidien » ; *Is FG2* : « un peu démunis » ; *Va FG1* : « pour avoir une aide » ; *Pa FG1* : « on ne peut pas s'en sortir seul »). Ils souhaitent un travail d'équipe utilisant un discours harmonisé auprès de l'enfant et de sa famille. (*Ma FG4* : « des problèmes qui demandent plusieurs intervenants » ; *An FG3* : « une nécessité de m'entourer de partenaires et de faire un suivi avec une pluridisciplinarité » ; *Va EI2* : « je crois que les enfants, enfin n'importe quel individu ont besoin d'entendre plusieurs fois, et par certaines personnes différentes »).

Ils recherchent également des outils pour mieux appréhender l'OI en ambulatoire (*Ma FG3* : « connaître les outils mis à disposition dans notre pratique » ; *Is FG2* : « Avoir des outils pour la prise en charge des enfants obèses »).

Leur patientèle est directement concernée par ce problème (*Th FG3* : « je voyais bien qu'il y avait des enfants en surpoids, en obésité » ; *Ph FG1* : « j'avais un certain nombre d'enfants ») vis-à-vis duquel ils restent très souvent démunis.

La troisième raison est la prise en charge financière des consultations chez les diététiciens et psychologues, avancée par l'ensemble des groupes (*Ph FG1* : « ce qui me plaisait beaucoup » ; *Va FG1* : « qu'ils ne pourraient pas avoir s'ils n'étaient pas adhérents » ; *Va EI2* : « je trouvais que de pouvoir dire aux mamans, aux parents, qu'effectivement ça sera pris en charge ça aide »).

La quatrième raison de leur adhésion est de déléguer la prise en charge de l'OI jugée trop complexe et chronophage à des praticiens hospitaliers pédiatres (*Pa FG1* : « plus adapté pour répondre à cette, à leur problématique » ; *Cé FG3* : « pour lequel on n'a pas le temps » ; *Xa FG4* : « de donner justement les coordonnées du RéPPOP »).

Nous avons retrouvé cette idée dans le groupe de Haute-Garonne, proche du CHU, et dans le groupe du Lot qui avait de bons rapports avec le pédiatre du CH de Cahors.

Un MG pense, du fait de son statut médecin RéPPOP, obtenir un accès privilégié aux consultations d'endocrino-pédiatrie du CHU de Toulouse.

Les MG ne considèrent pas la rémunération forfaitaire des inclusions d'enfants au réseau comme une raison d'adhésion. (*Va FG1 : « je ne le fais pas pour ça » ; Th FG3 : « c'est sûr que ce n'est pas la rémunération forfaitaire qui est la motivation pour rentrer là-dedans »*).

### 3-3.3 Modalités d'adhésion

Pour une majorité de MG, l'adhésion s'est faite à la fin de la formation MG-Form par la distribution d'un formulaire d'adhésion.

Un MG a adhéré par connaissance d'un membre actif du réseau, qui l'a inscrit.

Un autre a recherché les coordonnées du réseau sur internet et a pris contact directement avec le RéPPOP.

L'adhésion a été rapidement abordée et caractérisée comme simple (*Va FG1 : « j'ai pas le souvenir que ça était très compliqué » ; Cé FG3 : « il suffisait de remplir le dossier et de l'envoyer »*).

Un MG du Lot signale qu'il est devenu membre, sans avoir renvoyé son dossier d'adhésion complété et signé.

### 3-3.4 Formation

Les deux types de formation, initiale et continue, ont été abordés.

La formation initiale a suscité d'importants débats avec des ressentis pouvant être contradictoires d'un groupe à l'autre.

Tous les groupes précisent qu'il a fallu faire cette formation avant d'intégrer le RéPPOP. Certains sont restés très évasifs sur l'origine de cette formation, alors que d'autres ont spontanément expliqué que cette formation au RéPPOP était en partenariat avec une formation sur l'OI proposée par MG-Form.

Cette formation a eu une durée variable entre une et quatre journées. Pour le Lot, le Tarn et la Haute-Garonne, la formation a eu lieu dans le département d'exercice. Mais les MG du Gers et un MG du Tarn se sont rendus à Toulouse.

Les MG jugent la formation initiale intéressante et bien conçue, permettant une certaine prise de conscience (*Ph FG1 : « ça a guidé un peu mon esprit »*). Le contenu est dense avec de nombreux thèmes abordés : diététique, APA, psychologie, relation parents/enfant, entretien motivationnel et le fonctionnement du RéPPOP). Les rencontres avec les différents partenaires et les pédiatres référents RéPPOP ont été particulièrement appréciées (*Pa FG1 :*

« pu rencontrer tous les intervenants » ; « ça m'a vraiment impressionné »). Deux MG citent des outils fournis lors de cette formation (*Ph FG1* : « fiches » ; *An FG 2* « schéma avec les stades de Tanner », « CD Rom pour le calcul de l'IMC »).

Quatre MG se souviennent qu'un thème sur le « fonctionnement du réseau » a été abordé. Un MG précise avoir eu une formation dédiée au rôle de l'accompagnateur.

Un MG indique que les informations sur la rémunération des MG et partenaires paramédicaux ont été peu abordées et sont restées floues.

Certains MG concluent que malgré la diversité des thèmes abordés lors de cette formation, il leur est difficile de se sentir « médecin RéPPOP ». L'acquisition de l'ensemble des connaissances, en particulier dans le domaine de la diététique, reste limitée sur quelques jours de formations (*Da FG4* : « c'est que je ne me sentais pas en une journée de formation, suffisamment capable, ayant suffisamment intégré toutes les informations pour pouvoir dire "ça y est je suis médecin RéPPOP" » ; *Xa FG4* : « je pense pas avoir compris la moitié de ce qu'on m'a raconté »).

Trois MG ont été recontactés pour participer à la formation continue. Un MG évoque être de son devoir de se former régulièrement, mais dit manquer de temps. Plusieurs MG auraient souhaité y participer.

### 3-3.5 Inclusion des patients dans le réseau RéPPOP

Nous avons distingué deux types de MG : ceux qui ont cessé d'inclure des patients et ceux qui incluent toujours.

L'inclusion des enfants en surpoids ne paraît être systématique que chez très peu de MG.

Certains incluent chaque enfant en surpoids. D'autres n'incluent les enfants qu'au cas par cas, selon le contexte : les enfants pour lesquels ils se sentent en échec (*Va FG1* : « j'y adresse que les enfants pour lesquels j'ai du mal, ou il y a une problématique particulière »), pour les familles en difficulté sociale (*Na FG3* : « on touche vraiment un public précaire »), ou les enfants en « grande obésité » (*Xa FG4* : « personnellement tous les enfants qui avaient un indice de masse corporelle au-dessus de 35 sont en grande difficulté »), enfants déficients, parents très motivés ... Un MG signale ne pas inclure volontairement les enfants en OI secondaire (*Xa FG4* : « mais c'est pas forcément ceux-là qu'on a envie, [...] d'inclure ça paraît tellement lourd qu'on va les mettre en échec » ; *Da FG4* : « je n'inclus pas tous les enfants en surpoids »).

Les enfants étaient parfois adressés au MG RéPPOP par des partenaires paramédicaux (Protection Maternelle et Infantile (PMI), Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) scolaire, psychologue, Office Municipal d'Education Physique et Sport (OMEPS) ou par des confrères MG non membres du RéPPOP.

Sept MG des différents groupes, n'incluent plus directement de patients, et ont recours majoritairement au pédiatre du CH du bassin pour réaliser l'inclusion de l'enfant. D'autres MG n'incluent plus depuis le départ du référent hospitalier local.

### 3-3.6 Le trio de partenaires

Chaque groupe juge que le travail en équipe permet d'harmoniser un discours et d'en faciliter sa compréhension par l'enfant et sa famille. Malgré tout le principe du fonctionnement en trio de partenaires n'est pas compris pour tous les MG. Les MG définissent comme le « trio de partenaires » : le MG, la diététicienne et le psychologue.

Les diététiciens ont souvent une proximité avec le MG appréciée. Cependant, un diététicien a confié avoir interrompu la prise en charge car il n'aurait pas été rémunéré (*Na FG3* : « *on s'est un peu essoufflé parce que la diététicienne n'a pas pu être payée* »).

Le MG peut être mis en difficulté lorsqu'il propose un suivi psychologique (*Ma FG4*: « *le suivi psychologique il n'est pas forcément accepté* »). Ce suivi peut être assuré par des psychologues membres ou extérieurs au RéPPOP si l'enfant était déjà suivi auparavant. Un MG du FG2, du fait de son statut de nutritionniste, estime laisser au patient un choix plus vaste de partenaires en proposant des psychologues non membres du réseau (*An FG2* : « *mais quand on n'inclut pas, on donne plusieurs noms* »).

L'éducateur physique et d'une manière générale le recours aux APA semblent être une des problématiques des MG. La deuxième problématique est l'absence de prise en charge financière. Certains MG font donc appel aux kinésithérapeutes, dont les soins sont remboursés par l'Assurance Maladie.

Les MG se sentent souvent seuls face aux situations de certaines familles. L'assistant social du RéPPOP a un rôle important d'après les MG (*Ma FG3*: « *tous ces cas difficiles, on a vraiment besoin de cette interface* »). Il valide les demandes d'ateliers et l'accès aux séjours diététiques dans le cadre du RéPPOP (*Ma FG3* : « *je fais par Jé.Tr., c'est lui qui voit* ») Cependant les relations avec les travailleurs sociaux locaux sont complexes (*Ma FG3* : « *notre grosse difficulté en soins primaires c'est l'interaction avec les travailleurs sociaux* »).

Les MG du Lot affirment ne pas bien connaître les partenaires avec lesquels ils travaillent au quotidien.

Certains MG ont tendance à travailler sans accompagnateur (*Pa FG1* : « ça me paraît un peu inutile ») ou alors à inscrire un des deux parents comme accompagnateur, sans que le choix soit réellement laissé à l'enfant. L'accompagnateur est souvent un membre de la famille proche (parents, grand-mère, oncle, tante), un personnel paramédical (une IDE) ou un personnel de l'école (professeur d'éducateur physique, dame de la cantine) (*Je EI1* : « je mettrais plutôt la mère par exemple d'emblée » ; « c'est vrai qu'au jour d'aujourd'hui, si j'avais besoin d'intégrer un jeune, je ne suis pas sûr que je penserais à parler, qui il veut qui soit accompagnant »). Les relations avec ce membre du trio sont compliquées car le lien avec le MG est difficile à établir (*Na FG3* : « les accompagnateurs, moi ça a toujours été quand même très difficile »).

### 3-3.7 Dossier de consultation du RéPPOP

Tous les groupes trouvent que le remplissage du dossier initial d'inclusion RéPPOP est fastidieux, chronophage, difficilement réalisable au cours de la consultation (*Cé FG3* : « ce que je trouve long c'est vraiment le [-] la phase d'inclusion à remplir » ; *Va EI2* : « celui d'inclusion est très très lourd »). Ces MG le remplissent alors en dehors des heures de consultation. Certains appellent la secrétaire du RéPPOP pour confirmer la nouvelle inscription d'un enfant.

Un MG évoque le côté intrusif des questions le mettant dans l'embarras (*Xa FG4* : « c'est de l'interrogatoire » ; « j'ai horreur de ça ») avec la crainte de rompre le lien avec le patient (*Xa FG4* : « au bout d'un certain temps il n'y a plus de relation d'empathie »).

Certains MG évoquent pourtant la nécessité d'avoir un dossier d'inclusion complet permettant de faire une bonne analyse du climat familial (*Ca FG2* : « l'initial ça me paraît normal que ce soit plus complet ») mais reconnaissent qu'il est bien souvent impossible de le remplir pendant la consultation (*Cé FG3* : « je prends un temps à part pour ça ») ou alors ne le remplissent qu'incomplètement (*Va EI2* : « le dossier d'inclusion il n'est pas bien rempli »).

Le remplissage du dossier de suivi apparaît plus rapide car son contenu est plus adapté voire plus succinct. De ce fait, les MG le remplissent plus volontiers pendant la consultation (*An FG3* : « j'arrive à le remplir en consultation »).

Certains MG s'abstiennent de remplir le dossier d'inclusion et de suivi (*Va EI2* : « dans le RéPPOP, moi je suis juste, j'appuie sur un bouton "allô, il faut inclure" » ; *Animateur* : « remplissage du dossier de suivi ? », *Va EI 2* : « Non »).

Certains MG ne sont pas équipés en informatique dans leur cabinet ou ne se sentent pas assez compétents, ils utilisent donc la version papier des dossiers. Des MG continuent à l'utiliser alors que la version informatique leur a été proposée. Son utilisation est caractérisée comme plus simple (*Xa FG4* : « c'est beaucoup plus dur qu'une interface papier ») mais limitée dans le partage d'informations avec les autres partenaires (*Th FG3* : « c'est un outil qui est limité »).

Le dossier informatique permet de baliser la consultation (*Ma FG3* : « ce dossier a le mérite de [...] baliser la consultation »). Mais son utilisation a été décrite comme difficile par les MG avec des pannes régulières, une perte des identifiants en cas d'inutilisation prolongée, nécessitant de faire appel aux secrétaires du RéPPOP pour débloquer la connexion au site. Tout cela a conduit certains MG à abandonner cette version informatique.

De plus, le passage à l'informatique a été pour un MG l'élément déclencheur de son retrait progressif du réseau laissant alors l'inclusion des enfants au spécialiste hospitalier de son secteur (*Ph FG1* : « s'il faut passer à l'informatique maintenant, je dis stop »).

Certains s'interrogent sur le bénéfice de ce dossier informatique : (*Cé FG3* : « j'ai l'impression de le remplir dans le vide ») car il n'y a pas de partage d'informations avec les autres partenaires prenant en charge l'enfant.

Dans le FG3 est soulignée l'obligation de rentrer le poids de l'enfant sous entendant une pesée systématique à chaque consultation, pour pouvoir poursuivre le remplissage du dossier informatique (*Ma FG3* : « c'est un critère obligatoire si on ne pèse pas, on ne peut pas valider le dossier donc ça c'est un peu dommage »).

Dans chaque FG, les MG se sont plaints de la lourdeur des dossiers de consultation et de la prise en charge en général. Les MG récriminent le temps passé lors des consultations et hors de son temps de travail (*Ph FG1* : « il fallait remplir des tas de choses » ; *Da FG4* : « c'est pas gérable, pas gérable, ce problème de temps » ; *Da FG4* : « à revoir c'était très, très lourd »).

### 3-3.8 Prise en charge RéPPOP

#### 3-3.8.1 Le suivi RéPPOP

Depuis leur adhésion au réseau, les MG apprécient le travail d'équipe entre partenaires paramédicaux et spécialistes (*Va EI2* : « après voilà quand on a quelques partenaires, ça roule quoi » ; « il y a quand même pas mal de choses qui sont mises en place »). Pour un autre MG, le réseau ne permet pas de se sentir plus soutenu et accompagné dans son travail. L'interaction entre les partenaires n'est pas ressentie, laissant le MG dans une relation de duo avec l'enfant (*Cé FG3* : « j'ai l'impression de travailler toute seule dans mon coin »).

Chez certains MG tous les enfants en surpoids sont inclus sans sélection au préalable ; la prise en charge ambulatoire est privilégiée (*Va FG1* : « ne vont pas obligatoirement en milieu hospitalier », *Xa FG4* : « et l'hôpital des enfants je veux dire qui faisait des bilans métaboliques »). La pesée systématique à chaque consultation est relevée comme problématique car source d'angoisse pour les enfants avec peu de bénéfices à court terme. Cette attitude donnerait à l'enfant une vision d'échec ainsi qu'au MG qui le suit (*Ma FG3* : « les peser systématiquement c'est un facteur de résistance » ; *An FG3* : « c'est une vision d'échec de l'enfant »).

Certains éprouvent des difficultés à vérifier si l'enfant a respecté le parcours de soins prévu par le RéPPOP (*Ma FG4* : « on peut pas être derrière pour voir que tout est bien fait » ; *Cé FG4* : « on a beaucoup de choses à gérer. C'est vrai qu'à force »).

Un MG évoque le risque de perdus de vue lorsqu'il n'est pas le médecin traitant de l'enfant du fait du parcours entre de nombreux intervenants (*An FG3* : « quand ils vont à droite, à gauche, tout ça ils ne reviennent plus me voir »).

La durée de suivi de deux ans apparaît comme correcte et bien ciblée. Mais les MG sont gênés par la fréquence des consultations (*Xa FG4* : « ça ne m'intéresse pas de les revoir forcément dans un mois ») qui serait une contrainte. D'autant plus que les premiers mois, l'enfant est suivi mensuellement par la diététicienne. (*Na FG3* : « parce que je me dis que tous les mois il y a la diét effectivement, donc j'espace »). Un MG signale la difficulté de maintenir la motivation du trio de partenaires dans ces suivis longs (*Je EI1* : « et un moment donné, on a l'impression que ça s'essouffle un peu »).

### 3-3.8.2 Outils proposés par le RéPPOP

Les MG sont satisfaits des outils mis à leur disposition (bilan au CHU, stages d'éducation thérapeutique, APA) (*An FG2* : « *c'est pas mal* » ; *Ma FG 4* : « *j'appréciais la prise en charge qui était faite sur Toulouse* »).

Une grande majorité des MG ont connaissance des « ateliers » proposés par le RéPPOP à proximité de leur lieu d'exercice (*Ca FG2* : « *y a le Pass'Ado qui existe* »), un peu moins des ateliers proposés au CHU. Les deux activités ressenties comme les plus bénéfiques pour les enfants sont celles permettant un éloignement familial de l'enfant : en centre diététique de plusieurs jours, ou alors en internat dans un collège avec une section particulière (*Na FG3* : « *parce qu'ils prennent de la distance avec la famille* »).

- Les séjours diététiques sont appréciés car ils permettent : l'apprentissage d'une bonne hygiène de vie au quotidien, d'appuyer le message du MG et de la diététicienne, et surtout la rupture familiale. La motivation de l'enfant est alors renforcée par l'effet de groupe. Un MG utilise ces séjours dans l'initiation de la prise en charge (*Da FG4* : « *je me sers pas mal de séjours [...] pour initier, pour démarrer quelque chose* »).
- La section Sport et Santé des collèges Carnot dans le Gers et Lacaune dans le Tarn est très appréciée par les MG car elle permet une prise en charge globale de l'enfant (diététique, sportive et psychologique) (*Ma FG3* : « *moi je trouve que ça marche vachement bien* »). Dans le Gers, cette section a été remplacée par le Pass'Ado, perçu comme plus compliqué avec moins de propositions d'activités physiques (*An FG2* : « *mais c'est plus compliqué* »). Les autres ateliers sportifs ou structures proposant une APA sont difficiles à trouver ou trop éloignés du lieu de vie de la famille (*Is FG2* : « *ça fait loin pour que les gens y aillent* »).
- Deux groupes ont évoqué des ateliers de cuisine à Toulouse ou Cahors, appréciés des participants (*Da FG4* : « *ils avaient même fait des mercredis après-midi avec des petits trucs de diététique* »).
- Certains MG ont recours à d'autres ateliers d'éducation thérapeutique comme ceux proposés à la Clinique du Sidobre (Tarn) ou les ateliers Journée Obésité Education (JOE) (Haute-Garonne).

### 3-3.9 Transmission d'informations

#### 3-3.9.1 Entre le MG et les partenaires ambulatoires

- Recherche des coordonnées des partenaires dans l'annuaire RéPPOP

Les MG utilisent l'annuaire RéPPOP disponible sur le site internet du RéPPOP et qui liste les coordonnées des partenaires. Cet annuaire semble difficile d'accès pour les MG par manque de maniabilité informatique (*Th FG3* : « *il y a un moteur de recherche normalement mais il bug* »). Il est critiqué car non mis à jour suffisamment régulièrement (*Ca FG2* : « *ça n'a pas été remis à jour* »). Certains préfèrent une version papier plus adaptée à leur pratique.

- Moyens de communication

Le carnet de suivi était un support papier fourni par le réseau et remis à l'enfant afin de favoriser l'échange entre les partenaires. Les MG reconnaissent l'importance de ce support et en apprécient l'utilisation, notamment pour tracer le parcours de soins de l'enfant (*Va FG1* : « *on voyait qu'il avait été chez la diététicienne, la psychologue* »). Cependant ce carnet parfois méconnu par certains MG, ne leur a plus été transmis par le réseau (*Ca FG2* : « *on m'a jamais donné de carnet* »), et est fortement regretté car il assurait le suivi de l'enfant (*An FG3* : « *comme il n'y a plus ce suivi on voit plus ce qu'a écrit la diététicienne* »). D'autres moyens de communications sont utilisés tels que le téléphone, mais celui-ci n'est pas considéré comme optimal face aux difficultés pour joindre les interlocuteurs. Les courriers semblent plus rarement utilisés et sont surtout adressés par le diététicien (*Ca FG2*: « *il y en a qui téléphonent [...] il y en a peu qui écrivent* » ; *Ma FG3* : « *difficulté de communication* »).

Toutefois, certains MG organisent des Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP), très enrichissantes selon eux, mais contraignantes sur le plan organisationnel (*Ma FG3* : « *parce que je leur apprends énormément de choses de ma vision systémique de l'enfant et de sa famille et en même temps ils me donnent des éléments* »). Les MG qui ont fait cette démarche l'ont aujourd'hui abandonnée (*An FG3* : « *j'organisais des soirées* »).

Chaque groupe souligne que la communication est insuffisante entre les partenaires du réseau (*Ph FG1* : « *ce n'est pas une équipe qui communique* » ; *Cé FG3* : « *j'ai pas du tout d'interaction* »). Tous les partenaires semblent concernés par ce manque d'interactivité. Le partage des informations peut être problématique, par exemple avec l'éducateur sportif où le secret médical n'est plus garanti (*Va FG1* : « *on ne peut pas donner des informations comme*

*ça non plus* »). Les retours sur le contenu des consultations paramédicales sont habituellement faits par la famille et l'enfant (*Cé FG3 : « j'ai le retour de ça par la famille »*).

La communication avec l'accompagnateur, ce partenaire choisi par l'enfant, est également difficile (*An FG2 : « c'est pas en plus forcément celui qui vient en consultation » ; Ca FG2 : « savoir qu'il a pris contact qu'il le voit régulièrement ou qu'il le voit pas »*). Cependant le MG reconnaît l'importance de son rôle et de son soutien auprès de l'enfant (*Je EI1 : « l'accompagnant désigné du jeune c'est un truc important »*).

Cet échange d'informations est ressenti comme nécessaire par la plupart des MG et cette correspondance minimale reste problématique (*Va FG1 : « c'est un écueil »*). Le manque de temps est désigné comme en étant la principale cause (*An FG3 : « il n'y a pas de temps suffisant pour communiquer ensemble »*). Néanmoins, certains MG ne souffrent pas de ce manque d'interactivité, notamment si la prise en charge de l'enfant est satisfaisante (*Da FG4 : « ben si ça marche » ; Va EI2 : « on ne va pas s'appeler toutes les cinq minutes »*).

### 3-3.9.2 Entre le MG et les partenaires hospitaliers

Les relations entre les MG et les partenaires hospitaliers sont caractérisées comme classiques (*Va FG1 : « relation hospitalière classique »*). Le retour d'informations n'est pas constant, laissant le MG parfois sans courrier de consultation. Dans l'ensemble le partenaire hospitalier est disponible et apporte des réponses claires (*Ma FG3 : « quand on a une difficulté avec l'enfant on appelle les médecins référents » ; Va FG1 : « les médecins sont disponibles » « j'ai eu des réponses claires »*).

## 3-3.10 Relation avec le RéPPOP

### 3-3.10.1 Moyens de communication

Si certains MG n'ont jamais eu de contact avec les secrétaires du réseau, d'autres les joignent essentiellement par téléphone mais également par courriels (*An FG3 : « ils travaillent bien sur mail »*). Les secrétaires du réseau utilisent également le téléphone comme moyen de communication, mais surtout adressent des courriers papiers ou électroniques, types newsletters aux MG membres (*Va FG1 : « ils nous avaient appelé » ; Na FG3 :*

« récemment j'ai reçu un mail du RéPPOP » ; Ca FG2 : « de temps en temps une newsletter »).

### 3-3.10.2 Raisons pour lesquelles le MG est amené à contacter le RéPPOP

Les MG contactent le réseau pour demander des conseils sur les différents ateliers proposés : les journées d'éducation thérapeutique (Tout sur l'Alimentation, les Kilos, l'Activité PHysique, Education et Recettes (TAKAPHER) ; ou Tout sur l'Equilibre Alimentaire et l'Activité Physique (TEQAAP)), JOE, l'atelier de cuisine, les Soins de Suite et Rééducation (SSR) et les internats avec section Sport Obésité (Luchon (Haute-Garonne), Lacaune (Tarn) et Mur de Barrez (Aveyron)) ou pour l'inclusion des enfants (Da FG4 : « je les avais contactés pour un enfant parce que j'avais un souhait de séjour [...] en centre diététique » ; Va EI2: « moi quand j'appelle c'est que j'inclus quelqu'un »).

La demande de validation ou les délais de validation d'inclusion de l'enfant, parfois jugés trop longs, sont le motif principal d'appels téléphoniques (Cé FG3 : « on l'a validé par téléphone ça s'est fait rapidement ») ou de courriels (Cé FG3 : « j'avais pas la réponse je leur ai envoyé un mail » ; « tout de suite après elle me l'a validé »). Ces démarches sont considérées comme plus rapides avec une meilleure réactivité des secrétaires et sont une alternative à l'inclusion par dossier papier qui n'aboutit pas toujours. En effet, il est arrivé à un MG de ne pas avoir de réponse à une demande d'inclusion par courrier (Xa FGI : « J'avais envoyé un dossier je pense l'avoir très mal rempli, j'avais un dossier papier type mais en fait ça n'a jamais été validé »).

### 3-3.10.3 Informations adressées aux MG par le RéPPOP

Les informations reçues par les MG membres sont : les listes d'associations sportives, les coordonnées des partenaires et un fascicule d'informations semestriel (Va EI2 : « ils ont un petit, un petit fascicule RéPPOP tous les, semestriels [...] que je reçois, que je lis »).

Il a été signalé par des MG qu'un retour sur le devenir des enfants inclus dans le réseau leur a été demandé. Ces derniers au moment du FG ont confié ne pas avoir commencé à remplir le compte rendu demandé ou ne l'avoir rempli que partiellement (Na FG3: « je ne l'ai pas encore rempli »). Les relances du RéPPOP sont jugées trop lourdes aux yeux d'un MG : (Xa

*FG1 : « je sais que pour un réseau c'est important d'avoir un retour mais je pense que le retour que vous demandez est trop lourd »).*

Certains MG souhaitent recevoir de la part du réseau davantage de renseignements concernant les centres diététiques (*Je EII : « ce que l'on peut peut-être avancer c'est qu'ils le font pas beaucoup connaître »*), et une information sur l'informatisation du dossier de consultation (*Je EII : « par contre si j'avais été au courant voilà, je l'aurais rempli »*).

#### 3-3.10.4 Qualité de la relation avec le RéPPOP

Les relations entre les MG membres et les secrétaires sont perçues comme agréables, réactives et de bon conseil (*Ma FG3 : « je trouve une grande réactivité » ; Th FG3 : « ça a été efficace »*). Dans l'ensemble, les MG se sont sentis soutenus (*Is FG2 : « quand j'ai un problème, j'appelle »*).

#### 3-3.10.5 Indemnités reçues par les MG

Les rémunérations du réseau ne sont pas toujours bien connues par les MG (*Ca FG2 : « c'était pas très clair »*). Quelques MG ont perçu cette rémunération, pour certains sans l'avoir réclamée, d'autres ont reçu un message de la part du réseau leur demandant de renvoyer les dossiers des enfants afin de la percevoir. Cependant, quelques MG n'ont jamais demandé cette indemnité car ils considéraient leur travail comme étant incomplet (*Ph FG1 : « je me suis dit " tu ne le mérites pas, tu n'as pas rempli toutes les cases les jours où ils ne sont pas venus" »*).

Concernant le montant de cette rémunérations les avis divergent : montant adapté pour certains (*Ph FG1 : « une somme assez rondelette »*), insuffisant par d'autres (*Va FG2 : « par rapport au temps passé, c'est certainement pas grand-chose »*).

Cette rémunération est considérée : comme nécessaire pour ne pas s'essouffler (*Th FG3 : « pour pas s'essouffler sur la durée [...] ça donne un peu de baume au cœur »*) ou non justifiée par d'autres MG, puisque cette prise en charge fait partie intégrante de leur travail de MG (*Xa FG1 : « je trouve que ce n'est pas notre but d'être rémunéré »*).

### 3-3.11 Rôle du MG

#### 3-3.11.1 Rôle dans la prise en charge de l'OI

Tous les MG estiment que le dépistage et la prise en charge de l'OI font partie du rôle de MG (*Ma FG3*: « faire ce suivi en médecine générale, c'est complètement notre place »). Certains ont malgré tout soulevé des difficultés à aborder le sujet avec les enfants et leurs familles (*Ma FG4* : « c'est déjà le premier écueil, de faire reconnaître aux parents qu'il y a un problème ») notamment lors de consultations non dédiées (*Cé FG4* : « si on a vu l'autre pathologie, plus le surpoids, on a déjà dépassé »). De plus, le MG joue le rôle de conseiller. Il explique les règles hygiéno-diététiques à appliquer, informe les familles sur l'existence du réseau, les oriente vers des partenaires (membres du réseau ou non), en leur fournissant les coordonnées et leur laissant le libre choix (*Xa FG4* : « j'ai passé une heure à leur expliquer plein de choses » ; *Va FG1*: « je donne les coordonnées aux gens »). Lorsque l'enfant est inclus dans le réseau, le MG peut être amené à jouer un rôle polyvalent, en l'absence de suivi régulier chez les partenaires paramédicaux (*Ph FG1* : « je fais un peu le boulot effectivement de diététicienne, préparateur physique »). Ensuite le MG joue un rôle d'accompagnement dans le suivi et de motivation (*Ph FG1* : « je les stimulais un peu pour qu'ils y aillent »). Les MG déclarent également avoir la capacité de s'adapter au patient et à son rythme (*Ma FG3* : « quelque chose de très très progressif »).

#### 3-3.11.2 MG avec l'étiquette « RéPPOP »

Certains MG ont pleinement conscience de leur appartenance au réseau (*Cé FG3* : « moi j'avais l'étiquette RéPPOP ») et consentent à jouer le rôle de superviseur (*Va FG1* : « on reste l'élément central » ; « presque le référent prépondérant »). Cette appartenance au réseau leur confère une légitimité pour mettre en place un suivi régulier (*Cé FG3* : « plus avoir peur de les reconvoquer juste pour les peser, les mesurer »), et leur assure une aide dans la prise en charge notamment en déléguant aux partenaires libéraux et hospitaliers. Ce soutien vivement apprécié par les MG, permet une cohérence dans le discours adressé à l'enfant, en lui donnant de la valeur et un poids supplémentaires (*Cé FG4* : « je trouve que ça formalise davantage les choses »).

Deux MG signalent également avoir recruté des partenaires locaux, en les incitant à faire la formation (*An FG2*: « je lui ai demandé de faire la formation RéPPOP »).

Pour la plupart des MG, le fait d'être étiqueté « *médecin RéPPOP* », les a amenés à prendre en charge des enfants n'étant pas de leur patientèle. Ces consultations sont mal vécues par le MG, du fait d'une absence de relation de confiance initiale (*Ca FG2* : « *pas une adhésion immédiate* » « *pas forcément un feeling* » « *ils ne me connaissent pas* »). De plus, la méconnaissance de l'enfant et sa famille nécessite de revenir sur tout l'historique, et de s'imprégner du climat familial (*Ca FG2* : « *obligé de revenir sur une historique, sur une façon de vie que je ne connaissais pas, sur plein de choses* »). De ce fait, ces consultations sont jugées chronophages, trop lourdes, et difficiles. Elles sont dédaignées par les MG jusqu'à créer une véritable gêne ou angoisse pour certains (*Va FG1* : « *c'est une de mes angoisses* », « *très très lourd* » ; *An FG3* : « *c'est gênant pour moi* » ; *Ca FG2* « *enfants, ils étaient un peu parachutés* »). Un seul MG, n'a exprimé aucune difficulté à recevoir des enfants hors patientèle (*Va EI2* : « *ça s'est très bien passé, j'ai pas eu de souci particulier* »).

### 3-3.11.3 L'implication des familles

Pour une prise en charge efficace, l'implication familiale a été reconnue par les MG comme indispensable et comme étant le facteur principal de réussite (*Is FG2* : « *il faut que les familles soient motivées* » ; *Va EI2* : « *et après l'adhésion quoi ! Il y a que ça quoi [...] c'est une prise de conscience* »).

Plusieurs raisons ont été invoquées au manque d'implication des familles :

- Le déni parental de l'OI. Les représentations parentales d'un enfant en « bonne santé » (*Je EI1* : « *on est quand même dans une région il y a beaucoup d'agriculteurs donc pour être en bonne santé il faut être gros et gras* ») seraient responsables d'une absence de prise de conscience de la famille et l'enfant (*Va EI2* : « *ceux-là vous ne pourrez pas les faire maigrir, tant qu'ils n'auront pas pris conscience que ça fait partie d'un problème médical* »), et d'une observance médiocre (*Ph FG1* : « *les familles ne venaient pas régulièrement* »).
- La prise en charge complexe serait responsable du manque d'observance des patients (*Ph FG1* : « *ils se rendent compte que c'était vraiment difficile* » ; « *c'est une pathologie où justement les gens ne sont pas très réguliers* »). Le MG peut se sentir démuni face à la famille parfois décrite comme « toxique » (*Is FG2* : « *j'ai l'impression de faire un plâtre sur une jambe de bois* » ; *Ca FG2* : « *c'est parfois toxique la famille* »).

- Dans les quatre FG, le réseau lui-même pourrait être un frein pour la famille, par un investissement personnel trop important. Les déplacements pour se rendre aux ateliers conduisent à un épuisement familial malgré une bonne motivation initiale (*Ma FG4* : « *c'est pas facile de faire adhérer un enfant et la famille à tout ce qu'effectivement est indispensable pour la démarche de soins* » « *pas évident à faire dans la durée* » ; *Da FG4* « *parce que les parents se sont découragés* »). Certains MG évoquent d'ailleurs des perdus de vue, plus particulièrement chez des enfants ne faisant pas partie de leur patientèle. Par opposition, les enfants hors patientèle, faisant la démarche de consulter un MG « RéPPOP » étaient perçus comme davantage motivés (*Xa FG4* : « *par contre pour les gens extérieurs, je les vois arriver super motivés* »).

D'autres points favorisent la motivation des familles et enfants :

- La gratuité de la prise en charge (*Ph FG1* : « *ça les intéressait* »)
- L'implication du MG, sa capacité à les encadrer et les motiver (*Cé FG4* : « *enfin les parents le font quand on les a motivés* »)
- Le soutien des intervenants médicaux et paramédicaux hospitaliers (*Cé FG4* : « *ça a du poids ce qui est dit à l'hôpital* »)
- Les séjours diététiques : ils permettent d'initier une prise en charge et d'avoir un discours harmonisé avec celui du MG (*An FG3*: « *c'est d'être à plusieurs d'une même voix* » ; *Ma FG3* : « *eux, ils renforcent nos messages* »)

#### 3-3.11.4 Changements de pratique du MG

L'adhésion au réseau, à l'exception d'un MG, leur a permis d'améliorer leur pratique ; certains parlent même d'un « *changement de mentalité* » (*Je EII* : « *plus un changement de mentalité* »).

La formation RéPPOP a apporté des réponses à certaines lacunes sur la pathologie (*Ph FG1* : « *m'a éclairé sur certaines choses que je ne faisais pas tellement jusque-là* »).

Elle a également favorisé un meilleur dépistage de l'OI, par plus de vigilance. Les MG sont plus rigoureux dans le calcul de l'IMC, le traçage des courbes et le remplissage du carnet de santé (*Ma FG3* : « *mon gros changement de pratique c'est le repérage précoce* », *Je EII* : « *d'alerter un peu plus vite sur la formation, du rebond d'adiposité précoce* »).

Elle a aussi apporté un changement dans l'attitude du MG en se donnant « *de plus petits objectifs* », en se contentant de « *petites avancées* » (*Ma FG3* : « *il faut aller au rythme du*

*patient* »). Le MG se positionne alors dans l'accompagnement et la tolérance (*Da FG4* : « *par rapport à l'enfant à moins le frustrer* »), et se sert de ces pratiques pour d'autres pathologies chroniques (*Ma FG4* : « *pour moi ça a été vraiment essaimé sur l'ensemble des pathologies chroniques même chez les adultes* »).

Certains ont tenté une réorganisation de leur pratique en réservant des créneaux horaires aux enfants RéPPOP (*Ma FG3* : « *est-ce que ce suivi ne doit pas faire partie d'un créneau spécifique où j'ai une disponibilité d'esprit ?* ») et en prenant du temps pour organiser des RCP. Cependant, certains MG se sont épuisés dans ce long travail (*Ma FG3* : « *là j'ai un peu craqué* » ; *Xa FG4* : « *impression de m'y noyer* ») avec un désintéressement progressif (*Ph FG1* : « *je ne fais plus les choses comme je faisais bien au début* ») et/ou un recours au pédiatre hospitalier pour poursuivre cette prise en charge.

Par ailleurs, les sollicitations régulières pour participer à des formations ou adhérer à des réseaux en tout genre ont accentué cet épuisement (*Cé FG4* : « *il y a des formations pour tout, partout, pour tout, c'est la mode* »).

Concernant les partenaires, un relâchement s'est fait sentir également, par exemple dans le Tarn, ces derniers espaçaient les RCP qui étaient mises en place par un MG, jusqu'à leur interruption (*Ma FG3* : « *"écoutez c'est peut-être pas la peine qu'on se rencontre tous les trimestres, on peut se voir une fois tous les 6 mois". Et puis tous les 6 mois, ça se délite* »).

Les MG ont davantage recours aux consultations diététiques et psychologiques grâce à la prise en charge financière par le réseau (*Th FG3* : « *ça m'a ouvert à des ressources supplémentaires* »), ainsi qu'au travail d'équipe avec des intervenants mieux identifiés, fiables, à qui adresser les enfants (*Na FG3* : « *le travail aussi avec les autres professionnels* »).

### 3-3.12 Facteurs d'efficacité du RéPPOP

Les MG ont évoqué des résultats variables sur les enfants inclus dans le réseau RéPPOP.

Les clés de réussite identifiées par les MG sont : la motivation de l'enfant (*Is FG2* : « *une qui était hyper motivée, donc pas de problème elle a stabilisé* ») et le dépistage précoce (*Ma FG3* : « *parce que si on repère précocement, on va en sauver beaucoup plus* »).

La prise en charge financière des consultations et le possible recours à l'assistant social du réseau pour « *dénouer certaines situations* » sont perçues par un des MG comme des outils supplémentaires favorisant le succès.

Malgré tout, certains cas difficiles, restent en échec, et les MG se sentent alors démunis (*An FG3 : « on a l'impression de se battre contre un moulin à vent »*), et peuvent avoir à l'égard de l'enfant un discours inadapté voire agressif (*Is FG2 : « j'exagère mais si il y a que ça pour faire réagir »*).

La problématique identifiée comme frein au succès de la prise en charge est la famille : des « *familles entières d'obèses* », des familles monoparentales, ou des parents divorcés (*An FG3 : « quand les couples sont séparés »*), et les familles dans le déni (*Va EI2 : « tant qu'ils n'auront pas pris conscience que ça fait partie d'un problème médical »*).

Un MG affirme également avoir de moins bons résultats auprès des enfants hors patientèle. Cependant, trois MG rapportent que le bénéfice de cette prise en charge apparaît à retardement, après la fin des deux ans de suivi RéPPOP. L'intérêt d'être le médecin traitant prend alors un sens gratifiant (*Va FG1 : « quand ce sont nos patients »*) car il aura répété les conseils (*An FG3 : « on vous fait du rabâchage et qu'après ça sortira toujours »*) qui sera le témoin à distance de résultats positifs.

La cohésion du discours entre le MG et ses partenaires et sa répétition sont nécessaires, pour l'acquisition du message par l'enfant (*Cé FG4 : « ils l'ont entendu une fois chez nous, il l'a entendu une fois avec le pédiatre et puis quand ils reviennent ils le réentendent, c'est comme ça que ça marche »*).

### 3-3.13 Améliorations proposées par les MG

#### 3-3.13.1 Plus de formations

Les MG sont en demande de formations continues avec des dates et des horaires plus compatibles avec leur pratique (*Je EII : « pour notre formation, c'est d'arriver à avoir, soit sous forme de séminaire, avoir des horaires un peu plus compatibles avec notre pratique »*). Certains suggèrent une alternance de formations courtes et longues, départementales et régionales. Des formations régulières leur permettraient d'être plus à l'aise avec la pathologie et favoriseraient leur implication (*Da FG4 « c'est qu'il aurait fallu des piqûres de rappel un peu régulièrement »*. *Je EII « de temps en temps une piqûre de rappel ne fait pas de mal »*. *Je EI 1 : « on a besoin de temps en temps de se remotiver ça m'est arrivé des fois »*).

Les formations départementales auraient pour objectif de favoriser une meilleure interactivité entre partenaires médicaux et paramédicaux, en créant une cellule locale et un réseau dans le réseau (*Ph FG1* : « formation où on se retrouve avec les acteurs vraiment locaux » ; « pas juste entre médecins »).

Un MG dit être intéressé par les Développements Professionnels Continus (DPC) non présentiels sur internet, qui seraient réalisables à tout moment de la journée. Cependant, un autre les considère comme peu chaleureuses et ne se sent « pas très à l'aise » vis-à-vis de ce format (*Va FG1* : « pas très à l'aise avec les formations en ligne »). Un troisième propose des remises à jour par le biais de newsletters, et un autre suggère de créer un Diplôme Universitaire (DU) traitant l'OI sur Toulouse (*An FG2* : « RéPPOP fasse un petit DU »).

Des thèmes ont été suggérés, comme l'aspect médical de l'OI mais également l'aspect socio-anthropologique et culturel (*Va FG1* : « qui font associer la diététique, la sociologie, la culture [...] pas obligatoirement médical »). Certains MG souhaiteraient que le fonctionnement du réseau soit davantage abordé à travers « quelques exemples » (*Pa FG1* : « ce n'était pas tout à fait gratuit pour tout le monde [...] j'aurais aimé savoir, disons quelques exemples ») afin de mieux cerner l'attribution des aides financières.

Dans un groupe, un MG souhaiterait un support papier d'outils utilisables en consultation, notamment le score de Tanner (*Is FG2* : « les scores de Tanner un schéma simple »). Pourtant, un autre MG de ce même groupe affirme avoir reçu des documents sur supports papier et informatique lors de la formation RéPPOP (*An FG2* : « j'avais eu la bio à demander, le dessin avec le stade de Tanner. Et j'avais eu le CD, un CD-Rom pour les courbes enfants filles/garçons »).

### 3-3.13.2 Suggestions pour améliorer la prise en charge « RéPPOP »

- Améliorer les consultations dédiées RéPPOP

Certains MG aimeraient réorganiser leurs consultations au cabinet médical, en mettant en place des demi-journées RéPPOP pour se consacrer à l'enfant avec une bonne « disponibilité d'esprit » et « l'énergie nécessaire », qu'ils n'ont pas au cours de leurs consultations habituelles (*Ma FG3* : « un outil politique qu'il faut mettre en place », *Th FG3* : « il faut choisir le moment où on va le passer »).

Certains MG proposent de prolonger le suivi de l'enfant dans le réseau, pour certains jusqu'à leur majorité, d'autres sur le long terme évoquant des risques de rechute (*Ma FG3* : « *je pense que c'est vraiment un suivi qui s'inscrit sur la durée* » ; *Na FG3* : « *c'est toute la vie* »).

Certains MG souhaiteraient un livret avec le protocole de prise en charge d'un enfant RéPPOP (*Is FG2* : « *avoir un dossier avec ce que vous pouvez faire, ce qu'il faut demander* » ; *Ca FG2* : « *un petit livret "un guide du RéPPOP"* »).

Ils demandent également à alléger la prise en charge avec des dossiers de consultation plus succincts et simplifiés, en ciblant les informations essentielles et objectives (*Ph FG1* : « *l'IMC du jour, un accueil, voilà une difficulté que je remarque, une piste d'amélioration, ou quelque chose de bien qui s'est passé* »).

Le dossier informatique doit être plus maniable pour permettre son utilisation au plus grand nombre de MG. Un MG souhaite en bénéficier comme outil de communication sûr avec les partenaires, et garantie du secret médical (*Ma FG3* : « *dossier informatique partagé* »).

La pesée est vécue par certains MG et enfants comme une épreuve, et est obligatoire pour valider le dossier informatique. Un MG propose alors de le remplacer par le tour de taille, ou d'espacer cette mesure, afin d'éviter un sentiment d'échec (*Ma FG3* : « *un critère poids obligatoire mais sur, par semestre ou par trimestre mais pas à chaque consultation* »).

- Favoriser une meilleure interaction avec les partenaires et avec le RéPPOP

Tous les MG estiment nécessaire de favoriser la communication entre membres du réseau.

Pour cela, l'accès à l'annuaire des partenaires doit être simplifié, et actualisé plus régulièrement (*Ca FG2* : « *plus facile d'accès* » ; « *on s'en servirait probablement un petit peu plus* » ; « *ça soit mis à jour* »). Un MG a suggéré d'améliorer le site internet, notamment en géolocalisant les membres du réseau et les structures existantes de chaque département (*Ma FG3* : « *le site devrait reprendre [...] toutes les structures avec des couleurs différentes* »).

La communication entre les partenaires doit être améliorée par un dossier médical partagé.

De nombreux MG ont suggéré de réintroduire un carnet de suivi simplifié et restructuré à la façon d'un carnet de liaison (*Is FG2* : « *comme un carnet de classe, de présence* »).

Certains MG reconnaissent que l'organisation de RCP favoriserait un meilleur maillage du territoire, en particulier au niveau des bassins de santé : l'échange entre correspondants identifiés en serait facilité (*Ma FG3* : « *le bassin on a les même correspondants* » ; « *indispensable de se structurer dans un réseau local de proximité* »).

Plusieurs MG souhaiteraient recevoir un bilan semestriel des consultations suivies par l'enfant. Ces informations essentielles leur permettraient de s'impliquer davantage dans la prise en charge de l'enfant. (*Pa FG1* : « déjà de savoir ce retour, la régularité des consultations » ; *Va FG1* : « il a eu tant de consultations »). Néanmoins un MG estime que le réseau doit être également informé sur les objectifs définis avec l'enfant (*Ma FG3* : « ce qui est important c'est qu'ils sachent les objectifs que l'on négocie au fur et à mesure »).

- Redéfinir le statut de l'accompagnateur

Un MG a suggéré de former un certain nombre d'accompagnants bénévoles locaux (*Ma FG3* : « avoir une source de bénévoles accompagnateurs formés » ; « un pool de bénévoles par bassin ou par secteur »).

- Redéfinir le partenaire référent

Les MG préféreraient confier l'inclusion de l'enfant au pédiatre hospitalier local, qui deviendrait alors le médecin référent de l'enfant. (*Xa FG4* : « lorsque je vois le nombre de questions par rapport au formulaire d'inclusion, je suis d'accord pour que quelqu'un d'hospitalier le fasse » ; « qu'il y ait un référent hospitalier »). Cependant, ces MG accepteraient plus volontiers ce rôle si le dossier d'inclusion était moins lourd et chronophage. (*Cé FG4* : « ou alors si, peut-être l'inclusion était plus facile »). Ils suggèrent également que les secrétaires du réseau organisent le parcours de soins de l'enfant (*Cé FG4* : « et puis qu'après le relais soit pris par une secrétaire à Toulouse par téléphone qui soit en contact avec les familles » ; « peut-être quelqu'un qui nous décharge un peu de tout ça »).

- Faciliter l'accès aux ateliers d'éducation

Plusieurs MG évoquent les difficultés des familles à se déplacer aux ateliers proposés par le RéPPOP. Pour faciliter l'accessibilité à ces ateliers, un MG suggère de les décentraliser vers les bassins de santé, et propose de créer des ateliers mobiles pour avoir davantage de proximité (*Ma FG3* : « caravane RéPPOP »).

- Faciliter l'accès aux activités physiques

Les MG reconnaissent que la pénurie d'éducateurs sportifs et d'activité sportive est un écueil. Les MG demandent à être mieux informés sur les activités physiques de proximité (*Je E11* : « on aurait besoin d'activités extra-scolaires, je ne sais pas, prévoir un coach sportif ») et dans les départements voisins (*Is FG2* : « même si c'est en Aveyron, bon ça nous concerne pas vraiment mais au moins savoir »).

- Mieux entourer et éduquer la famille

Les MG demandent à mieux entourer la famille, notamment la mère (*Ph FG1* : « *il y a vraiment beaucoup de choses au niveau de la mère* »). Il est nécessaire d'instaurer les règles hygiéno-diététiques auprès de toute la famille (*An FG3* : « *c'est ce changement-là dans la famille qu'il faut faire* ») par le biais de réunions d'informations (*Je EI1* : « *faire des petites réunions régionales* »). Le site internet peut être un support efficace pour relayer les conseils hygiéno-diététiques et diffuser les adresses et les coordonnées des partenaires du réseau.

- Laisser la famille organiser le parcours de soins de l'enfant

Un MG pense que les familles s'impliqueraient d'avantage si elles organisaient elles-mêmes le parcours de soins de l'enfant. L'adhésion des enfants et de leur famille serait renforcée par cette liberté d'organisation, ainsi, les consultations paramédicales ne seraient pas perçues comme « une démarche obligatoire » et « contraignante » (*Xa FG4* : « *c'est-à-dire qu'ils font leur soupe* »).

- Améliorer la prise en charge financière et sociale

La prise en charge financière des consultations a été pour de nombreux MG un motif principal d'adhésion au réseau (*Cé FG4* : « *en plus la gratuité ça paraissait quand même intéressant* » ; *Va EI2* : « *ils allaient jamais amener les enfants chez la diététicienne s'il fallait déboursier 30 ou 40 euros* »). Un MG souhaiterait étendre ces indemnités aux séances d'activités physiques (*Ma FG3* : « *quelles ressources on pouvait mobiliser, [-] financière pour continuer ce travail (d'APA) qui avançait bien quoi* »). Un autre MG estime que le nombre des consultations remboursées pourrait être adapté aux besoins de l'enfant (*Cé FG4* : « *Le diététicien ou la diététicienne, c'est très variable* »). Un plus grand nombre de consultations sont nécessaires pour une prise en charge satisfaisante, les quatre consultations remboursées annuellement sont insuffisantes. Il souhaiterait avoir davantage de référents sociaux de proximité (*Ma FG3* : « *il faut qu'on ait des référents locaux sociaux vraiment identifiés* »).

- Aucun changement nécessaire

Un MG est pleinement satisfait du réseau et ne souhaite pas apporter de modification (*Va EI2* : « *absolument rien, rien du tout, rien du tout, non* »).

#### 4 DISCUSSION

De notre point de vue, un résultat essentiel de ce travail est qu'il a permis de distinguer deux types de MG membres du RéPPOP, aux ressentis et aux pratiques quotidiennes différentes :

- Le premier utilise le RéPPOP de manière conventionnelle : nous l'avons désigné « MG référent RéPPOP ». Il inclut l'enfant, l'oriente, coordonne son suivi comme le recommande le RéPPOP.
- Le deuxième délègue une partie de la prise en charge aux pédiatres hospitaliers, principalement par manque de temps : nous l'avons désigné « MG collaborateur RéPPOP ».

La validité interne de l'étude consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité (16).

Les éléments suivants permettent de limiter le risque d'interprétation subjective des résultats (17) :

- La triangulation des données. Elle a été atteinte grâce à deux techniques de recueil de données (FG et EI) et de deux sources différentes (pour le premier FG, l'animateur a été un membre du DUMG ; pour les suivants, ce rôle était tenu par le même chercheur tandis que l'autre chercheur était l'observateur).
- La saturation des données a été obtenue avec les deux EI.

Bien qu'on retrouve 30 % d'hommes parmi les participants (contre 45 % identifiés dans l'annuaire RéPPOP Midi-Pyrénées), nous avons inclus une population diversifiée : des MG ayant un exercice rural, semi-rural ou urbain, des MG âgés de 37 ans à 60 ans, des MG ayant adhéré au RéPPOP depuis sa création jusqu'à 2013, des MG peu actifs avec peu d'inclusion d'enfants et des MG actifs, des MG avec un taux de patientèle pédiatrique varié.

Nous avons identifié plusieurs limites à cette étude.

Notre principal biais repose sur le nombre insuffisant de MG recrutés pour chaque FG. Cependant, une bonne dynamique de séance a été observée avec des échanges constructifs entre les MG.

C'était la première fois que nous réalisons une étude qualitative et nous n'avions pas d'expérience dans l'animation de FG et des EI.

Nous nous sommes efforcées de respecter une certaine neutralité dans la formulation des questions ouvertes de notre guide d'entretien. Cependant les relances ont parfois été fermées du fait de ce manque d'expérience. Pour limiter ce biais lors de notre premier FG, nous avons choisi de recourir à un MG modérateur qui avait l'habitude d'animer ce type de séance. Puis pour les suivants, ce rôle a été mené systématiquement par le même chercheur. Les relances pouvaient être plus fermées lors des EI. Le modérateur du premier FG n'était pas neutre car il était membre actif du RÉPPOP. Le risque d'orienter le discours a pu être maîtrisé par son expérience d'animateur.

Nous avons limité le biais de recueil des données en utilisant la même introduction pour les FG ou les EI, et toutes les questions du guide d'entretien ont été posées ou abordées spontanément par les MG quel que soit le déroulement de la séance.

Les séances étaient enregistrées et la présence du dictaphone n'a pas troublé la dynamique des prises de paroles des MG.

Lors d'un FG, certains MG avaient certaines compétences ou un statut particulier, pouvant influencer les réponses aux questions.

Lors du recrutement téléphonique des MG, nous leur avons fait préciser s'ils avaient déjà inclus des enfants et nous avons convié ceux qui nous avaient répondu positivement. Lors des différents entretiens, nous avons constaté que certains MG n'incluaient pas directement les enfants mais les adressaient au pédiatre hospitalier de leur secteur afin de réaliser cette étape d'inclusion. Cela pouvait constituer un biais de sélection car ces MG n'avaient pas rempli le dossier d'inclusion. Cependant l'étude du ressenti de ces MG paraissait tout de même intéressante : ils ont accepté de nous rencontrer afin de s'exprimer sur le RÉPPOP dans leur quotidien. Ils se sentent malgré tout MG RÉPPOP à part entière, et restent rigoureux dans le suivi de l'enfant. Ce profil de MG semble être une richesse pour ce travail de recherche.

L'OI est une préoccupation importante des MG mettant en évidence l'expression d'un véritable sentiment de difficulté et d'insatisfaction dans la prise en charge. Une étude de 2008 réalisée sur quatre pays Européens, dont la France, montre que seulement 21,4 % des MG se sentent compétents pour la prise en charge de l'OI, et en France 31,2 %. (18).

Les MG les plus motivés suivent une formation dédiée à l'OI. Cette formation par MG-Form revient sur le dépistage et sur les outils disponibles pour suivre un enfant en surpoids.

L'introduction au RéPPOP est idéalement choisie pour le faire connaître. Une étude descriptive menée en 2013 a évalué les pratiques professionnelles de 40 MG exerçant en Midi-Pyrénées après la FMC sur le dépistage et la prise en charge de l'OI (RéPPOP-MG-Form) et a montré que 90 % des MG ont adhéré au RéPPOP au décours de cette formation (19). Le partenariat avec MG-Form a été efficace pour faire connaître le réseau. Actuellement, cette association effectue une formation DPC par an en changeant de département chaque année. Cette méthode de sensibilisation et de recrutement de MG est importante. Afin d'élargir le champ de recrutement, nous pourrions envisager un nouveau partenariat avec d'autres associations de formation de MG de la région Midi-Pyrénées (Unifaf, FMC actionN).

La formation initiale a été appréciée par l'ensemble des MG. Cependant, elle apparaît trop intense et ne permettrait pas d'intégrer toutes les connaissances, notamment le fonctionnement du RéPPOP. La proposition faite aux MG d'adhérer au RéPPOP après ces deux jours semble être prématurée.

Nous pourrions proposer deux temps et niveaux de formations aux objectifs progressifs. Au décours de la première formation, une présentation générale du RéPPOP serait faite. Les MG ne se sentant pas suffisamment disponibles pour assurer toutes les fonctions du MG référent (par manque de temps ou par manque de motivation) auraient comme rôle principal le dépistage d'enfants en surpoids. Ils les adresseraient aux spécialistes hospitaliers qui réaliseraient alors l'inclusion et le bilan initial de l'enfant. Ces MG formés au niveau 1 de RéPPOP deviendraient des « MG collaborateurs du RéPPOP ».

Ensuite, les MG les plus investis pourraient suivre le deuxième temps de formation (niveau 2) : ils pourraient devenir « MG référents du RéPPOP ». Elle porterait sur le fonctionnement pratique du RéPPOP afin que les MG aient toutes les ressources nécessaires pour se sentir référent RéPPOP à part entière. Ils pourraient être accompagnés plus progressivement : d'abord en effectuant les consultations de suivi après une inclusion hospitalière ou spécialisée, puis une autonomisation progressive sur le mode du compagnonnage (par le médecin référent local RéPPOP ou pédiatre). Certains MG référents demandent d'ailleurs un « guide du RéPPOP » récapitulant les différentes étapes de la prise en charge de l'enfant dans le réseau : bilan biologique à l'inclusion, stade de Tanner, fréquence des consultations, niveaux de prise de charge (ambulatoire ou hospitalier).

Les quelques heures de formation proposées par le RéPPOP sont insuffisantes pour une pathologie aussi complexe.

Un MG suggérait de mettre en place à la faculté de Toulouse un DU proposé uniquement sur Paris. A l'heure où cette thèse est rédigée, les inscriptions pour ce DU sont désormais ouvertes dans la région Midi-Pyrénées.

De nombreux MG seraient demandeurs d'une formation continue régulière de proximité mais le manque de temps évoqué par tous est un frein. Afin d'améliorer le taux de participation des MG, l'accessibilité aux formations pourrait être facilitée en rapprochant celles-ci du lieu d'exercice du MG. Cela favoriserait les rencontres des partenaires paramédicaux locaux et ainsi permettrait de renforcer l'implication et la motivation de chacun. Des formations en ligne type DPC pourraient être alors plus accessibles et réalisables pour certains. De même nous pourrions proposer des sessions de Groupes d'Echanges de Pratiques.

L'inclusion des patients diffère d'un MG RéPPOP à l'autre. Certains n'utilisent le RéPPOP qu'en seconde intention et effectuent une présélection des enfants « les plus graves » à inclure. La formation des MG RéPPOP est basée sur les recommandations de l'HAS qui préconisent un recours au réseau, dès le stade de surpoids (2) (Annexe 12). Or, les MG n'avaient pas tous une définition claire du surpoids et de l'OI. Cette confusion peut être liée aux changements de ces définitions aux cours de ces dernières années.

L'OI était définie en termes de distribution statistique du poids dans la population : arbitrairement, la norme supérieure a été fixée au 97<sup>ème</sup> percentile. Cette approche se heurtait à la problématique de la population de référence. La question était de choisir pour référence la population actuelle ou celle étudiée il y a quelques décennies, sur des données nationales ou internationales. Ces difficultés expliquent les nombreuses tentatives pour aboutir à une définition internationale qui permettrait des comparaisons et des suivis évolutifs de prévalence (20). En 2000, l'International Obesity Task Force des courbes d'IMC a établi, à partir de données recueillies dans plusieurs pays, les courbes IOTF-25 et IOTF-30 (21). D'après le PNNS 2010, les courbes de corpulence utilisées dans les carnets de santé reprennent à la fois les définitions de l'IOTF et celles de Rolland-Cachera pour définir les seuils de surpoids et d'OI. Cette double définition peut expliquer les difficultés des MG à définir le surpoids et l'OI.

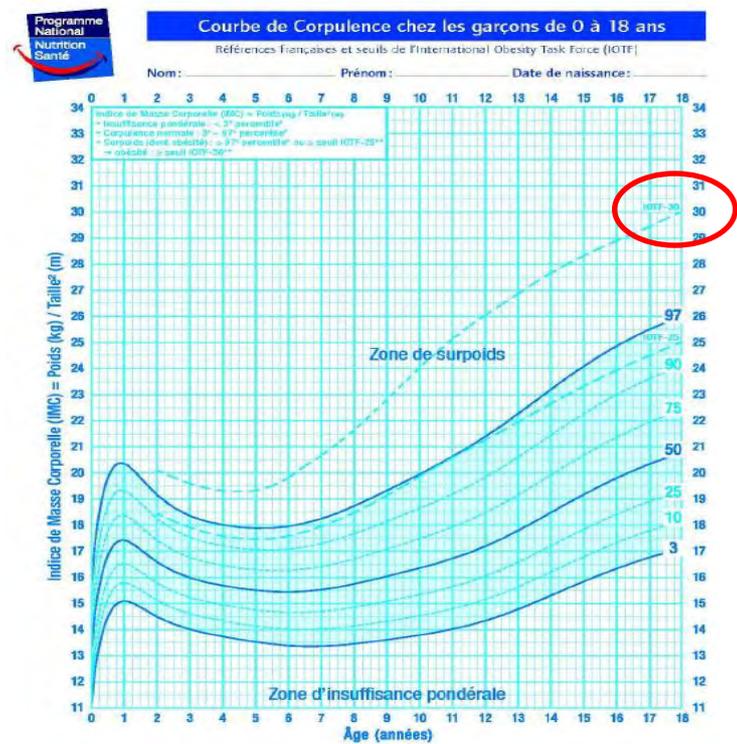
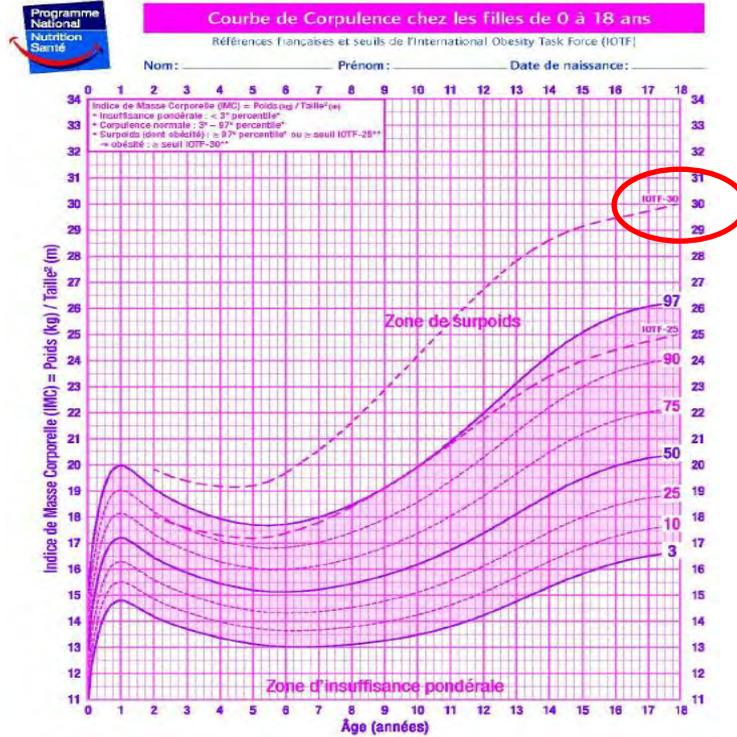


Figure 2 : Courbes de corpulence du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique

L'inclusion au RéPPOP peut aussi varier selon la motivation de l'enfant et sa famille.

Chaque MG RéPPOP a eu des perdus de vue : plus de la moitié des enfants inclus abandonne le suivi qui leur est proposé dans les 6 mois. Une étude menée en 2002 auprès de 600 MG du Sud de la France montre que les MG incriminent le manque de motivation des patients dans 60,1 % des cas, et le manque de soutien des parents apporté à leur enfant dans 57,1 % des cas. (18). De même dans l'enquête de 2006 du RéPPOP Aquitaine, 75 % des 198 MG interrogés déclaraient comme principale difficulté de prise en charge de l'OI, la difficulté à motiver les familles (22). La charte signée par les parents et l'enfant stipule pourtant qu'ils s'engagent pour au moins une année de suivi. La fréquence de ces abandons, qui va souvent de pair avec une mauvaise compliance thérapeutique, montre que ce nouveau moyen de prise en charge de l'OI ne répond pas totalement à la demande de certaines familles.

Une pré-sélection des enfants à inclure pourrait être basée sur leur motivation. Le modèle des stades de changement du comportement de Prochaska pourrait être appliqué lors de la première consultation (Annexe 13). Cela diminuerait les risques d'échec, responsables d'un épuisement et d'une perte d'intérêt du MG référent. Cela permettrait à l'enfant inclus de bénéficier d'une prise en charge plus adaptée à son niveau de prise de conscience dans sa pathologie.

Le médecin traitant est conscient de son rôle central et semble le mieux placé pour motiver l'enfant et sa famille. Une récente étude comparative sur les enfants suivis dans un programme thérapeutique (comprenant une prise en charge diététique et physique et un soutien comportemental chez l'adolescent) a montré une meilleure observance dans ces trois domaines chez ceux bénéficiant d'un entretien motivationnel individuel à 1 semaine et 10 semaines (23). La régularité et la continuité du suivi de l'enfant sont deux atouts majeurs pour la réussite de la prise en charge de l'OI. L'enjeu principal est de soutenir la motivation, garante du maintien à long terme des changements de comportements (2). L'entretien motivationnel a pour but de conduire une conversation qui vise à induire un changement pour le patient en se fondant sur ses propres valeurs et ses propres intérêts (24). Les MG font encore peu d'entretiens motivationnels.

Pour limiter les perdus de vue, les secrétaires du RéPPOP pourraient relever dans les dossiers de suivi ou par le biais du dossier informatisé partagé, les enfants n'ayant pas eu de consultations récentes. Le médecin référent en serait alerté et pourrait alors recontacter la

famille. Cela serait possible à condition que le dossier informatisé soit partagé par les MG et les partenaires.

Le dossier informatique est un des principaux écueils de la prise en charge RéPPOP, par des problèmes récurrents d'identification sur le site, la lourdeur de son remplissage, le manque de compétence du MG en informatique. Il paraît nécessaire de le simplifier et de faciliter son accessibilité. Son utilisation comme un outil de partage d'informations sur l'enfant est indispensable.

Le manque de communication entre partenaires est également ressenti comme un écueil de la prise en charge. Le réseau a pour but de faciliter les relations entre les partenaires. Pourtant les MG déclarent avoir peu de retours sur ce qui est dit à l'enfant et sur les objectifs qui lui sont fixés. Ils évoquent le manque de temps et de disponibilité pour communiquer entre membres RéPPOP. Pourtant l'évaluation des pratiques de 40 MG de Midi-Pyrénées montre que 90 % des MG interrogés ont un retour sur la prise en charge effectuée par les partenaires, et autant créent leur propre réseau de proximité, surtout avec les diététiciens et les psychologues (19). Il existe une discordance entre cette étude et la nôtre. Elle peut s'expliquer par le fait que cette étude a été menée chez des MG dont l'adhésion au RéPPOP datait de moins de deux ans et ont donc reçu une formation récente. Ces nouveaux MG membres paraissent donc plus motivés pour favoriser le travail pluri-professionnel. Dans notre étude, certains MG sont membres depuis la création du réseau et ont pu s'épuiser dans ce type de travail chronophage.

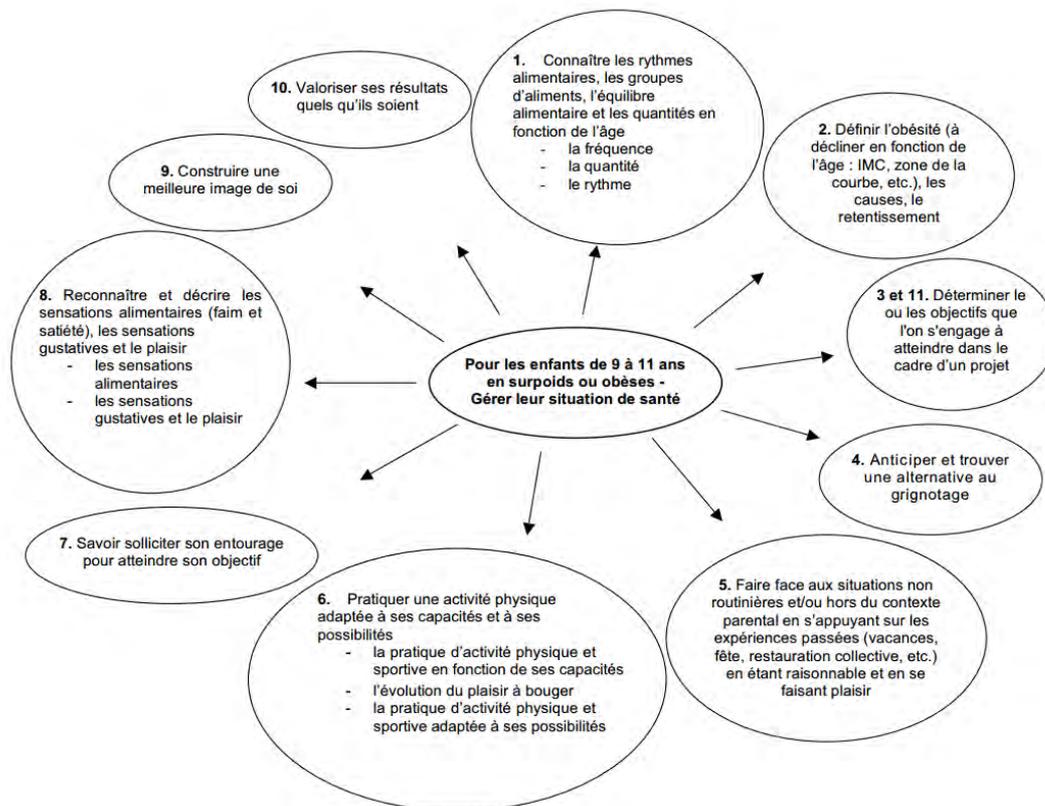
Pour certains la communication ne semble pas nécessaire notamment quand la prise en charge est satisfaisante.

Certains MG souhaitent un nouveau carnet de liaison qui serait rempli par l'enfant au cours des consultations. Les données seraient simples : poids, taille, IMC, un objectif et un écueil. La reprise de cet outil favoriserait l'échange entre partenaires et impliquerait davantage l'enfant. Selon les accords d'experts de l'HAS il est recommandé d'utiliser la courbe d'IMC comme un outil pédagogique. Ce carnet pourrait être ce support pédagogique où serait inscrite cette mesure par l'enfant (2). Dans ce carnet, pourraient être rappelées quelques règles hygiéno-diététiques simples et la liste de tous les ateliers thérapeutiques mis à disposition des enfants RéPPOP de Midi Pyrénées.

De plus, pourraient apparaître 10 objectifs à atteindre progressivement par l'enfant tout au long de ses 2 années de suivi. Ces 10 objectifs s'inspireraient des 10 compétences évaluées

dans l'étude visant à harmoniser l'évaluation pédagogique par l'Association pour la Prise en charge et la prévention de l'Obésité en Pédiatrie (APOP) chez des enfants de 9 à 11 ans en 2010 (25). L'enfant choisirait une compétence qu'il veut voir abordée avec le MG ou les partenaires. Cela leur permettrait alors de mieux juger ses acquis, et d'en tenir compte dans le projet thérapeutique avec la famille. Le maintien de la motivation de l'enfant serait garanti par cet aperçu qui lui permettrait d'avoir un regard éclairé sur l'ensemble des apprentissages abordés pendant les deux ans du suivi (25).

Ce carnet de suivi est en cours de restructuration et permettrait de s'accorder sur l'acquisition des compétences.



**Figure 3** : Compétences dites de soins attendues chez l'enfant de 9 – 11 ans en surpoids ou obèses et sélectionnées par les 7 centres promoteurs de l'étude (équipes RÉPPOP, CHU de Nice/Monaco et SSR de Bayeux)

Les MG ont appris à être plus humbles vis-à-vis de l'OI en stigmatisant moins les enfants en surpoids et en fixant aux enfants et à eux-mêmes des objectifs plus raisonnables (2).

Certains MG référents ont essayé de réorganiser leur pratique : en réservant des plages horaires de consultations dédiées aux enfants RÉPPOP, ou en organisant des rencontres avec les partenaires paramédicaux afin d'échanger sur les enfants suivis. La complexité de la réalité pratique rend difficiles ces tentatives d'organisation comme le regrette Christine Rolland, sociologue (26).

D'après notre étude, les MG se disent épuisés par le fonctionnement du RÉPPOP jugé lourd et chronophage. Le remplissage du dossier d'inclusion n'est nécessaire qu'une fois par enfant. Il est délaissé par les MG, ou bien rempli partiellement. Les dossiers de suivi ne sont pas systématiquement remplis à chaque consultation bien que son contenu leur paraisse adapté à la durée moyenne d'une consultation en MG.

La rémunération n'est pas une motivation des MG à la participation au RÉPPOP. Chaque consultation chez le MG est rémunérée au tarif conventionnel habituel, soit 23 euros. Le Réseau indemnise chaque MG à hauteur de 200 euros par enfants inclus et par an. Seul un MG a admis lors d'un FG que cette rémunération pouvait limiter l'épuisement. L'effet de groupe a peut-être été un frein à la libre expression des MG sur ce sujet. Bien que le sujet fût délicat à aborder, cette impression s'est également retrouvée dans l'enquête réalisée en Gironde en 2006 (seulement 25 % des MG interrogés étaient en attente d'une rémunération spécifique RÉPPOP (22)).

Les dossiers complets sont la garantie du retour au RÉPPOP sur les enfants inclus et pris en charge. La formation initiale doit expliquer plus clairement aux MG que l'indemnisation par dossier compense le temps passé au remplissage. L'acceptation plus facile de cet aspect chronophage permettrait de limiter l'épuisement attribué au réseau.

Les MG étaient en demande d'un travail en équipe pluri professionnelle autour de la prise de la charge de l'OI. Le réseau a répondu à cette attente forte : le travail d'équipe avec le diététicien et le psychologue est une motivation pour l'adhésion au RÉPPOP. Ce travail en équipe est une évidence pour la prise en charge des maladies chroniques, dans un souci d'échanges et de mutualisation des expertises, au bénéfice des patients. Ce travail collectif est d'autant plus pertinent dans un contexte de désertification médicale et de contraintes économiques croissantes (26). Par ailleurs la prise en charge financière des consultations diététiques au sein du réseau a été un autre argument fort, malgré le nombre limité de consultations indemnisées. 51,3 % des 600 MG du Sud de la France interrogés confirmaient que le non-remboursement des consultations diététiques était un frein (27).

Il existe cependant une certaine confusion concernant l'indemnisation des partenaires membres du réseau. Notre étude a montré que certains MG donnent des informations erronées aux patients sur la prise en charge financière des consultations paramédicales notamment en affirmant aux familles que celles-ci sont gratuites. Les MG demandent davantage d'informations à ce sujet car restent démunis lorsqu'ils doivent orienter les enfants vers les partenaires. Le RéPPOP doit reprendre les modalités financières de cet accès privilégié vers les partenaires et insister sur l'absence de gratuité de ces consultations. Ces informations pourraient être résumées sur une plaquette informative à remettre aux MG reprenant les modalités de la rémunération.

Dans le cadre de la prise en charge de l'OI, l'accompagnateur, membre à part entière du trio de partenaires, a une place mal comprise et souvent oubliée par les MG. Son rôle de soutien auprès de l'enfant est cependant reconnu par tous. Lorsque l'enfant ne sait pas à qui proposer ce rôle, il serait intéressant que le RéPPOP forme des accompagnateurs bénévoles afin de répondre à cette problématique. Le réseau pourrait s'inspirer des « Bénévoles Patients Experts », qui accompagnent les personnes diabétiques. Ce sont souvent des étudiants, des bénévoles en milieu scolaire. Leur formation est assurée par l'Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique (28).

La prise en charge de l'activité physique chez les jeunes en complément d'une éducation nutritionnelle apporte plus de résultats sur la baisse de l'IMC (28). Actuellement, les éducateurs sportifs ou les centres sportifs partenaires sont encore sous-représentés en milieu rural ou semi urbain. Certains MG utilisent donc les kinésithérapeutes de leur secteur pour répondre à cette carence et permettre à l'enfant de bénéficier d'une rééducation à l'effort.

Enfin, la prise en charge sociale au sein du RéPPOP répond à la demande des MG et le recours à l'AS du RéPPOP est justifié et doit être maintenu (29).

La durée de suivi tient une place essentielle dans la réussite de la prise en charge médicale du surpoids. Dans notre étude, certains MG ont évoqué la nécessité d'un suivi sur une longue période, jusqu'à l'âge adulte par exemple. Dans l'étude française de Nhingpanha-Palomba, l'efficacité de la prise en charge initiale était d'autant meilleure qu'elle était prolongée, c'est-à-dire supérieure à trois ans. Une réascension de la courbe de l'IMC dès l'arrêt du suivi était survenue dans la moitié des cas (30).

## 5 CONCLUSION

Notre étude a permis de faire un état des lieux du ressenti des MG membres du RéPPOP Midi-Pyrénées et de leurs attentes vis-à-vis de ce dernier, 10 ans après sa création. L'OI est une pathologie complexe dont la prise en charge nécessite aussi d'éduquer et renforcer le rôle des parents. Ainsi l'alliance entre famille, enfant et soignants peut se développer dans le cadre du réseau.

La formation complémentaire initiale à l'OI a fait connaître le réseau aux MG, et a amélioré leurs pratiques de dépistage. Elle est perfectible pour les critères de définition du surpoids et de l'OI, d'indemnisation du temps de remplissage des dossiers, des modalités de prise en charge financière des partenaires paramédicaux. Les MG incluent les enfants au RéPPOP de façon variable selon leur perception de la motivation de l'enfant et sa famille, la gravité du surpoids, leur propre implication dans le réseau. Ils sont motivés par l'aspect pluri-professionnel de la prise en charge de l'OI grâce au RéPPOP. Mais l'amélioration de la communication entre les partenaires nécessite un travail sur le partage du dossier médical informatisé ou du carnet de suivi remanié.

Les sept objectifs du RéPPOP Midi-Pyrénées cités dans la convention constitutive du réseau paraissent atteints. Le réseau permet : de proposer une prise en charge de proximité, en réunissant l'ensemble des professionnels concernés par la prise en charge de l'enfant obèse, et de mettre des centres experts à la disposition des médecins libéraux. Ce réseau de soins ville-hôpital est adapté à l'OI, dont le dépistage et le suivi sont principalement réalisés en médecine ambulatoire. La prise en charge des enfants obèses par les médecins libéraux permet d'accroître la fréquence des consultations, et ainsi, peut-être, de favoriser l'assiduité et la compliance thérapeutique. Mais la prise en charge RéPPOP n'est pas adaptée à la pratique professionnelle de tous les MG libéraux et à leurs difficultés organisationnelles déjà existantes.

Les MG membres du RéPPOP Midi-Pyrénées peuvent être distingués en médecins référents ou médecins collaborateurs selon leur degré d'implication et d'organisation quotidienne pour le dépistage et la prise en charge des enfants en surpoids.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. J-F Zazzo. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) et système de santé. Cahier de Nutrition et diététique Elsevier Masson France. 2011;548-58.
2. HAS. Service des bonnes pratiques professionnelles. Recommandation de Bonne Pratique: Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent: Actualisation des recommandations 2003. 2011. [Internet] Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_obesite\\_enfant\\_et\\_adolescent.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_enfant_et_adolescent.pdf) (consulté le 18 Mai 2015).
3. Charles M-A. Obésité : que nous dit l'épidémiologie ? Cah Nutr Diet. 2011;16(4):167-172.
4. OECD. Obesity-Update-2014 [Internet] Disponible sur : <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2014.pdf> (consulté le 12 Avr 2015).
5. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the united states, 2011-2012. JAMA. 26 févr 2014;311(8):806-14.
6. Salanave B, Péneau S, Rolland-Cachera MF, Hercberg S, Castetbon K. Prévalences du surpoids et de l'obésité et déterminants de la sédentarité, chez les enfants de 7 à 9 ans en France en 2007. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13; 2011. 34 p. [Internet] Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2011/Prevalences-du-surpoids-et-de-l-obesite-et-determinants-de-la-sedentarite-chez-les-enfants-de-7-a-9-ans-en-France-en-2007> (consulté le 18 Mai 2015).
7. DREES. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. [Internet] Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011,9985.html> (consulté le 18 Mai 2015).
8. Etude ObéPi 2012, enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Une enquête Inserm/kantar Health/Roche. [Internet] Disponible sur : [http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche\\_fr/doc/obepi\\_2012.pdf](http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf) (consulté le 18 Mai 2015).
9. ORSMIP - La surcharge pondérale des élèves de 6è en Midi-Pyrénées en 2010 [Internet]. Disponible sur : <http://www.orsmip.org/tlc/documents/surcharge.pdf> (consulté le 12 Avr 2015).

10. Bourdillon F, Cano N, SFN JD, SFP DT. Propositions pour le PNNS 2011-2015 des Sociétés savantes et d'experts en nutrition. Automne 2010 [Internet] ; Disponible sur : <http://www.amis-des-bebes.org/pdf/documents-reference/Rapport-Societes-savantes-experts-nutrition-Nov2010.pdf> (consulté le 28 oct 2014).
11. Rieu C. Dépistage et prise en charge de l'obésité de l'enfant : pratiques professionnelles de 234 médecins généralistes non-adhérents et adhérents au RÉPPOP Toulouse-Midi-Pyrénées. Thèse d'exercice : Médecine : Toulouse III ; 2008; 1044.
12. Canaple Saison C. Le vécu des parents d'enfants en surpoids ou obèse : du dépistage à la prise en charge : étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de parents d'enfants en surpoids ou obèse inclus dans le réseau REPPOP 69. Thèse d'exercice : Médecine : Lyon ; 2011; 204.
13. Barbillon E, Leroy J. Petit manuel méthodologique de l'entretien de recherche. De la problématique à l'analyse. Enrick B. Editions. 2012.
14. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. BMJ. janv 2000;320(7227):114-6.
15. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes - L'entretien. Armand Colin ; 2005. 128p. (128,numéro 19).
16. Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2008(84):142-5.
17. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2009(87):74-9.
18. Mazur A, Matusik P, Revert K, Nyankovskyy S, Socha P, Binkowska-Bury M, et al. Childhood Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of European Pediatric Care Providers. Pediatrics. 7 janv 2013;132(1):e100-8.
19. Borie N. Evaluation des modifications des pratiques professionnelles de 40 médecins exerçant en Midi-Pyrénées ayant participé à une formation médicale continue sur le dépistage et la prise en charge de l'obésité pédiatrique (REPPOP-MGFORM). Thèse d'exercice : Médecine : Toulouse III ; 2014 ; 1114.
20. Basdevant A, Aron-Wisnewski J, Clément Karine. Médecine et chirurgie de l'obésité-définitions des obésités. Lavoisier; 2011. 833 p.

21. Cole T, Bellizzi M, Flegal K, Dietz W. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey. *BMJ. Br Med J* 2000. 320:1-6.
22. Thibault H, Desbrest Bastet M, Ducos G, Saubusse E. Pratiques et Attentes des médecins - Une enquête du réseau REPOP Aquitaine. *Concours Méd.* 13 nov 2007;129(33/34):1181-4.
23. Bean MK, Powell P, Quinoy A, Ingersoll K, Wickham EP, Mazzeo SE. Motivational interviewing targeting diet and physical activity improves adherence to paediatric obesity treatment: results from the MI Values randomized controlled trial. *Pediatr Obes.* 2015 Apr;10(2):118-25.
24. Miller W, Rollnick S. *Entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement.* 2e éd. Inter Editions ; 2013.
25. S. Videau et al. Recueil de pratiques visant à harmoniser les évaluations pédagogiques des compétences de soins chez les enfants de 0-11 ans en surpoids ou obèses. *Educ ther Patient/ Ther Patient Educ* 2010;2(1): 15-24.
26. RESOMIP. Coopération professionnelle quelles conséquences pour le patient atteint de maladie chronique - [Internet]. 2013. Disponible sur : [http://www.resomip.com/sites/resomip.com/files/upload/images/actu/actes\\_horizons\\_et\\_sante\\_toulouse\\_2013\\_vf.pdf](http://www.resomip.com/sites/resomip.com/files/upload/images/actu/actes_horizons_et_sante_toulouse_2013_vf.pdf) (consulté le 12 Avr 2015).
27. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France. *Obes Res.* 1 avr 2005;13(4):787-95.
28. Se former pour accompagner : la formation des Bénévoles Patients Experts Diabète - Association Française des Diabétiques - AFD [Internet]. Disponible sur : <http://www.afd.asso.fr/association/actions/rencontres-et-soutien/formation-des-benevoles> (consulté le 12 Avr 2015).
29. Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de 3è- Etude DREES - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. 2004 Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/surpoids-et-obesite-chez-les-adolescents-scolarises-en-classe-de-troisieme,4597.html> (consulté le 12 Avr 2015).

30. Nhingpanha-Palomba H, Chalencon V, Bonneterre V, Raynaud C, Patural H. Que deviennent 10ans après, les enfants suivis pour surpoids ou obésité ? : étude observationnelle. Arch Pédiatrie. juill 2013;20(7):731-8.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Convention constitutive du RéPOP Midi-Pyrénées

#### Convention constitutive du RéPOP Toulouse

*S'inscrit dans le cadre du décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 ; Art. D 766-1-5*

##### Objet

Le réseau ville-hôpital de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique de Toulouse assure la prévention, le dépistage et la prise en charge multidisciplinaire des enfants obèses ou à risque de le devenir pour la région Midi-Pyrénées.

##### Objectifs poursuivis:

1. Promouvoir et améliorer le **dépistage précoce** de l'obésité.
2. Promouvoir **la formation et l'information** sur l'obésité ; développer et mettre en commun des pratiques et des outils pour améliorer la prise en charge de l'enfant obèse. Harmoniser et coordonner les discours et les actions.
3. Promouvoir et améliorer la **prise en charge** des enfants et adolescents obèses .
4. **Evaluer** la qualité et l'efficacité de cette prise en charge et les résultats ainsi obtenus.
5. Favoriser **l'implication de tous** les professionnels au contact des enfants et développer les liens avec différentes instances (filière agro-alimentaire, industriels) et associations.
6. Promouvoir **la prévention** de l'obésité et de ses complications.
7. Promouvoir des actions de **recherche** clinique, thérapeutique, épidémiologique et fondamentale dans le cadre de l'obésité et de ses complications.

##### Aire géographique du réseau et population concernée

Le réseau a pour objet de prendre en charge la **population pédiatrique** dans un but de prévention, dépistage et soins autour d'une pathologie bien définie qu'est l'obésité.

L'action initiée à partir de Toulouse doit pouvoir irradier dans toute la région Midi- Pyrénées. Compte tenu de l'étendue géographique de cette région et de son important bassin de population pédiatrique il est fixé que la diffusion du réseau se fera à partir des volontaires libéraux au moins au départ avec la volonté secondaire de couvrir progressivement tout le territoire régional. L'aire géographique définie à cette phase constitutive pourra être rediscutée.

Le réseau initialement donc recrute les libéraux motivés ; développe un partenariat avec les services de santé des élèves, les PMI, l'éducation nationale et les structures sportives ; les centres hospitaliers généraux pourront secondairement devenir des relais départementaux au réseau ;

##### Organisation du réseau :

###### ◆ **Promoteurs :**

Le réseau est né à la demande de la DHOS le 23 avril 2002, pour être développé autour de l'hôpital des enfants de Toulouse et est confié au pilotage de Mme le Pr M. Tauber, *Unité d'endocrinologie, maladies osseuses, génétique et gynécologie de l'enfant, Hôpital des enfants, 330 avenue de Grande Bretagne , TSA 70003, Toulouse cedex.*

Ce réseau ville hôpital pilote travaille en collaboration avec les 2 autres sites retenus par le ministère (Ile de France et Lyon dans un second temps) : un comité national de pilotage regroupant ces sites a été mis en place en 2002.

Le système d'information est développé de façon commune avec le RéPOP Ile de France compte tenu d'un budget e-santé obtenu par les 2 réseaux (2002).

Pour permettre le développement vers les soins de ville de la région Midi-Pyrénées et sa gestion le RéPOP Toulouse est placé au sein de l'association ACCOMIP ( association de prise en charge concertée des obésités en Midi-Pyrénées.) Association loi 1901 dont les statuts sont déposés .

Le réseau met en place un **comité de pilotage** où siègent les représentants de chaque groupe de partenaires, les membres permanents du réseau et leurs responsables d'unité (Pr Tauber ; Pr Rivière).

Ce comité de pilotage a pour objectifs de mettre en place les fondements et la structure du réseau, de permettre son démarrage effectif et assurer son développement effectif avec les patients jusqu'à la première évaluation nationale programmée en fin 2004/ début 2005.

Le comité de pilotage poursuit son travail jusqu'à la fin de la phase initiale du réseau (soit 3 ans effectif) puis pourra être remplacé par un comité de suivi de réseau ; cependant si durant cette période et à la demande des autorités de tutelle le réseau change de statut juridique (GIP ou GCS), les membres du comité de pilotage intégreront en priorité le bureau de celui-ci.

◆ **Les partenaires et leurs rôles :**

*L'enfant et sa famille sont au centre de l'organisation  
des professionnels de santé et des autres partenaires*

**1. Les soins de ville :**

Ils sont tous partenaires pour le **dépistage, la pré inclusion et la prise en charge** de l'enfant obèse.

- a. le médecin (généraliste, pédiatre, endocrinologue ou médecin du sport) est **l'élément référent du réseau qui coordonne la prise en charge de proximité** : il définit avec le médecin coordonnateur le niveau initial de prise en charge, peut assurer l'éducation diététique s'il le désire, prescrire l'activité physique et définir avec l'enfant et sa famille les changements de mode de vie .Il décide avec les autres partenaires du RéPOP impliqués pour l'enfant les changements de niveau de prise en charge .Le médecin du sport peut en outre prescrire et réaliser une évaluation de l'aptitude à l'effort ;il peut prendre en charge conjointement avec un autre médecin référent l'activité physique ou le faire au titre du médecin référent. Le médecin est responsable de la tenue du dossier médical et du respect des recommandations de prise en charge du réseau.
- b. le kinésithérapeute assure la mise en application de l'activité physique prescrite par le médecin selon le référentiel du réseau. Il participe à l'éducation du patient.
- c. le diététicien assure l'éducation diététique et participe au suivi
- d. le psychiatre et le psychologue prennent en charge les enfants et adolescents qui le nécessitent et peuvent à ce titre être *acteur ou accompagnateur* de l'enfant.
- e. les infirmiers et puéricultrices, en tant qu'accompagnateur, poursuivent l'éducation et aident la mise en place diététique, de l'activité physique et des modifications du comportement définis avec le médecin référent et la famille.
- f. le pharmacien d'officine peut aider à la prise en charge de proximité et à l'éducation du patient et de sa famille en tant qu'accompagnateur
- g. Autres intervenants paramédicaux : orthophonistes, psychomotriciens qui prennent déjà en charge le patient et qui participent au suivi et à l'éducation.

**2. Les structures hospitalières :**

Comme les autres partenaires, elle assure le dépistage et l'orientation vers le réseau.

En outre le centre hospitalier offre son **plateau technique** pour effectuer l'évaluation pluridisciplinaire, les explorations complémentaires lorsqu'elles sont nécessaires, participe au suivi et à la prise en charge **des cas les plus sévères en liaison avec le médecin référent**.

Il peut développer des **structures éducatives et de prévention** (en partenariat avec l'équipe de coordination) pour leurs patients ou les partenaires de leur zone géographique

proche. Il peut assurer la formation des partenaires de leur zone géographique (avec l'équipe de coordination)

Les structures hospitalières pour adulte de médecine du sport et de prise en charge de l'obésité participent au réseau de soins soit en se substituant à la structure pédiatrique lorsqu'elle est absente, soit en complément de l'offre de soins particulièrement pour les adolescents ou pour les prises en charge familiale.

**Les MECS** (maison d'enfants à caractère sanitaire) à orientation diététique prennent en charge les enfants nécessitant une hospitalisation thérapeutique et éducative de **moyenne et longue durée** (supérieure à 3 semaine) ou de **courte durée éducative**.

De plus elles peuvent mettre à la disposition du réseau son personnel expert et sa plateforme (exploration, installation sportive, éducation) pour une prise en charge ambulatoire de proximité.

**3. Les services de santé des élèves** : Les médecins et infirmiers de la **médecine scolaire** assurent le dépistage et accompagnent les enfants pendant leur prise en charge éventuellement avec les enseignants volontaires.

**4. La PMI** :Les médecins et puéricultrices de **PMI** participent à la prévention, au dépistage et à l'orientation des patients vers le réseau.

Les médecins et puéricultrices de PMI, dépendant du **conseil général de Haute Garonne**, participent aux actions de prévention, de dépistage, et de suivi dans le cadre des bilans en école maternelles et des consultations de nourrisson du département.

**5. L'éducation nationale** et principalement les enseignants en éducation physique et sportive (EPS) qui participent au dépistage des adolescents, à leur prise en charge au sein des collèges par une meilleure intégration au sein de l'enseignement obligatoire ou de l'association sportive mais aussi à la prévention par une sensibilisation des collégiens à la lutte contre la sédentarité et la pratique régulière d'activité sportive.

5. **Les centres médico-sportifs** interviennent en tant que plateforme technique en adéquation avec le médecin du sport. Ses intervenants peuvent aussi agir en tant qu'acteur de proximité ou accompagnateur.

6. **Les structures jeunesse et sport Midi-Pyrénées** travaillent avec l'équipe de coordination pour aider à mettre à disposition des partenaires les moyens et les lieux de pratique pour les activités physiques structurées. Une collaboration étroite est mise en place avec EFFORMIP afin que RéPOP puisse rapidement bénéficier des structures développées.

7. Tous ces acteurs doivent travailler en lien avec d'autres **partenaires potentiels** :

- les services sociaux
- le milieu associatif
- l'Education Nationale et principalement les enseignants d'EPS (éducation physique et sportive) ou de SVT (sciences de la vie et de la terre)
- les offices municipaux des sports
- les partenaires de la petite enfance (crèches collectives ou familiales)
- la restauration scolaire ...

### **8.La coordination :**

La coordination médicale et administrative du réseau, l'organisation pratique du pilotage pendant la phase initiale de mise en place sont assurées par une cellule de coordination basée à l'hôpital des Enfants de Toulouse : Les permanents du réseau, médecin coordonnateur et diététiciens travaillent en étroite collaboration avec l'équipe multidisciplinaire de l'obésité pédiatrique de l'hôpital et sous la responsabilité de Mme le Pr Tauber.

Cette équipe, étoffée progressivement au cours du développement du réseau de nouvelles compétences, assure :

- organisation des réunions du comité de pilotage
- recherche de financements, relations avec les autorités de tutelles et coordination administrative et comptable.
- la **formation** initiale et continue des membres du réseau
- Développement de l'équipe réseau
- Coordination médicale et relation directe avec tous les partenaires du réseau pour
- **l'orientation des patients au sein du réseau.**
- **La validation des inclusions proposées par le médecin référent et exclusions des patients**
  - mise en place locale du **système d'information**, délivrance des autorisations d'accès aux dossiers patients, gestion des dossiers partagés et de la mise à jour du site public ou professionnel du système après sa création.
  - La cellule de coordination met en place les relations avec les structures de recherche.
  - Elle coordonne les actions de prévention et de dépistage.
  - Elle rappelle à l'ordre les professionnels qui ne respectent pas les recommandations et la charte du réseau
  - Elle met en application la procédure de « suppression des coordonnées des professionnels de l'annuaire RéPOP Toulouse » pour les médecins du réseau, qui n'ont pas inclus d'enfants dans un délai de 1 an après leur formation initiale.

#### **9) Responsabilités des partenaires :**

La signature de la charte et de la convention marque l'engagement du partenaire au sein du réseau et son acceptation des différents textes constitutifs.

L'exercice de chaque partenaire au sein du réseau n'est validé que si il est en règle avec le code déontologique de sa profession.

Conformément au point 5 de la charte du réseau, chaque partenaire s'engage à prodiguer des soins de qualité en respect des recommandations et des différents référentiels du réseau : diététique, kinésithérapie, activité sportive. Le non-respect de ces référentiels et des recommandations de l'ANAES justifiera une mise au point avec la cellule de coordination afin de trouver un compromis.. En cas d'échec de la négociation et compte tenu de l'impérativité d'obtenir une harmonisation des pratiques au sein du réseau, une exclusion sera proposée par la cellule de coordination et soumise au vote du comité de pilotage. L'exclusion votée par le comité de pilotage sera effective dès signature du procès-verbal de la réunion.

#### **Représentation des usagers :**

Les parents d'enfants obèses ne sont pas représentés par des associations et ne peuvent à l'heure actuelle être représentés au niveau du pilotage du réseau. Les médecins fondateurs du réseau s'engagent à promouvoir la création d'une telle association au moins sur le plan régional. Dès sa constitution, elle pourra être représentée au comité de pilotage.

#### **Système d'information :**

- Le réseau a pour objectif de **rapprocher les acteurs de santé** du secteur hospitalier et libéral, d'organiser les soins autour du patient avec des **partenaires multiples qui peuvent partager et échanger leurs compétences** grâce à une transmission appropriée des informations de nature médicale et administrative.
- Le système d'information et de communication est **ouvert, sécurisé, évolutif et pérenne**. Il respecte les principes d'identification des patients (respect des droits du patients) et de sécurisation des données médicales.

- Le système d'information s'attachera à pouvoir s'articuler avec les réseaux ville hospital déjà existants.

### **Financement :**

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) soutient ce réseau dans le cadre du programme nationale nutrition santé (PNSS) pour les moyens concernant la coordination, l'évaluation, et le système d'information.

Les caisses d'assurance maladie participent pour la mise en place et l'évaluation par le « FAQSV ».

Le réseau labellisé bénéficie de la dotation régionale de développement des réseaux avec un budget de fonctionnement pour 3 ans (2004/05/06), à charge pour le réseau d'obtenir son renouvellement,

D'autres sources de financement pourront également être sollicitées : la région, le département, la municipalité, les mutuelles, les industriels privés...

### **Evaluation du projet :**

La méthodologie d'évaluation a été définie dans un document rédigé par AS Salomon Poisson (février 03). Le dossier partagé de Toulouse est réalisé de façon à permettre cette évaluation dans de bonnes conditions :

L'analyse des données du dossier commun permettra l'évaluation des résultats par rapport aux objectifs fixés. D'autres indicateurs d'évaluation sont également prévus comme le fonctionnement du réseau et la satisfaction des patients et des partenaires...

Le réseau s'engage à procéder à une évaluation interne continue et évolutive, et à une évaluation externe périodique (réalisée de façon nationale).

### **Calendrier prévisionnel de mise en œuvre :**

2° trimestre 03 : formation partenaires et développement système informatique.

3° trimestre 03 : début inclusions patients.

4° trimestre 04 : évaluation intermédiaire nationale.

*Additif octobre 04* : le calendrier prévisionnel initial a été respecté ; l'expansion du réseau doit suivre pour des raisons budgétaires les recommandations d'objectifs et de calendrier des caisses d'assurance maladie (04/05):

- Médecins libéraux formés : 75 /150
- Enfants inclus : 200/300

Pour la fin 2004, mise en réseau du dossier partagé via un hébergeur sécurisé extérieur au CHU.

Premier semestre 2005, réalisation d'un site Internet dédié avec accès patients et professionnels.

Année 2005 : développement des partenariats avec les CHG de la région

### **Dissolution du réseau :**

Le réseau ne peut être dissout que par son promoteur.

### **Caractéristiques de la convention :**

convention\_constitutive\_RePOP.doc approuvée à l'unanimité par le comité de pilotage le 25/3/3 ; revue 5  
et corrigée les 4/10/04 et 27/09/05

La convention ainsi définie est établie pour la phase de mise en place du réseau et devra être revue lors du passage à la pérennisation (dernier délai 31-12-2005).

Le changement de statut administratif du réseau dans l'intervalle demandera une révision de la convention.

La convention est annuelle et doit être renouvelée de ce fait avant la date anniversaire annuelle de la première signature.

La convention sera signée par tout nouveau membre du réseau.

Le réseau s'engage à la porter à la connaissance des professionnels de santé de la région Midi-Pyrénées. La convention sera de plus portée à la connaissance des usagers.

## Annexe 1 bis : Charte du RéPPOP Midi-Pyrénées

*S'inscrit dans le cadre du décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 ; Art. D 766-1-4 ; Art D766-1-3*

*L'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur au sein du réseau implique une coordination organisée entre les membres du réseau pour assurer la continuité et la globalité des interventions, pluriprofessionnelles et, le cas échéant, interdisciplinaires.*

*La charte du réseau définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales, notamment des associations, intervenant à titre professionnel ou bénévole et adhérent au réseau ainsi que l'engagement du réseau par rapport aux institutions partenaires. Elle définit aussi les engagements réciproques des professionnels de santé et des patients.*

*La charte signée par chacun des membres du réseau, (qu'ils soient hospitaliers, libéraux, ou communautaires) rappelle les principes éthiques. Elle est portée à la connaissance des usagers et de l'ensemble des professionnels de santé de la région Midi-Pyrénées.*

1. Les professionnels du réseau s'engagent à faire bénéficier de la prise en charge réseau **tout patient** dont l'état de santé le justifie. Tous les membres du réseau sont une porte d'entrée potentielle dans le réseau.
2. Le patient et ses parents (ou responsables légaux) sont **libres de leur décision** de bénéficier ou non du réseau puis de s'en retirer.
3. Le patient et ses parents (ou responsables légaux) sont **libres du choix des professionnels** de santé intervenant pour eux même au sein du réseau (dans la limite où les partenaires sont membres du réseau ou s'engagent à le devenir).
4. Le patient et ses parents (ou responsables légaux) reçoivent **une information** précise et complète sur le réseau, et en particulier sur la possibilité de recours à d'autres professionnels si cela est nécessaire. Ils doivent donner leur accord écrit pour être pris en charge dans le réseau. Cela constitue de leurs parts un engagement clairement établi avec le médecin.
5. Les professionnels du réseau s'engagent à dispenser des soins de qualité en accord avec les recommandations de prise en charge élaborés par le réseau.
6. Le rôle respectif des intervenants, les modalités de coordination et de pilotage sont définis avec détails dans la convention constitutive du réseau RéPOP Toulouse.
7. Tous les partenaires du réseau s'engagent à participer aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social mises en œuvre dans le cadre du réseau et compatibles avec leur mission.
8. Les professionnels du réseau s'engagent à participer aux réunions de **formation initiale et continue** mise en place par la coordination.
9. Les personnes morales du réseau (notamment les associations) s'engagent à participer aux réunions de travail et de coordination du réseau et à transmettre les informations sur celui-ci à leurs adhérents.
10. Le réseau met en œuvre les processus nécessaires à la **circulation de l'information**, et garantit le **libre accès** de chaque professionnel aux informations utiles à sa pratique. Le réseau assure la protection de **la confidentialité et la sécurité** des informations médicales notamment lors de la circulation des informations nominatives.
11. Les professionnels du réseau s'engagent à participer à la tenue d'un **dossier médical commun** informatisé.
12. Les professionnels rémunérés forfaitairement pour la prise en charge des patients s'engagent à **respecter les conditions** prévues dans ce cadre.
13. Les professionnels du réseau s'engagent à se soumettre aux règles d'**évaluation** concernant leurs activités et leurs pratiques.
14. Les institutions partenaires s'engagent à mettre en place les moyens nécessaires au fonctionnement du réseau. Le réseau s'engage à assurer le libre accès de chaque institution partenaire aux informations nécessaires à **l'évaluation externe** de l'activité du réseau permettant ainsi, en particulier, de s'assurer de l'utilisation adéquate des financements fléchés.
15. Les partenaires du réseau **s'engagent à ne pas utiliser** leur participation directe ou indirecte à l'activité réseau à des fins de **promotion et de publicité**. Cette règle ne s'applique pas aux opérations conduites par le réseau et destinées à faire connaître des professionnels ou des patients, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères.

## Annexe 2 : Guide d'entretien définitif pour les focus groups

Bonjour, nous sommes Marion et Jeanne, internes en dernière année de médecine générale et nous vous avons convié ce soir pour que nous parlions ensemble du REPPOP dans le cadre d'un travail de recherche.

Il s'agit bien là de vous exprimer de manière totalement libre, avec des critiques et arguments qui peuvent être négatifs et positifs. Nous sommes là pour comprendre, concrètement, votre perception, votre quotidien et vos attentes vis-à-vis du RéPPOP.

A noter qu'à partir de maintenant nous enregistrerons la séance, mais qu'en aucun cas vous serez personnellement cités.

### 1. PRESENTATION DES PARTICIPANTS : TOUR DE TABLE / 10 MIN

Je vais vous expliquer le déroulement de la séance, nous allons procéder à un tour de table afin que chacun puisse se présenter (prénom, âge, patientèle pédiatrique ou pas, lieu d'exercice, date d'installation, date d'intégration dans le REPPOP).

Avant chaque prise de parole nous vous demandons de préciser votre prénom. Lors de notre retranscription, toutes les données seront anonymisées (3 premières lettres de votre prénom inscrites).

Cet entretien durera environ 1 heure.

### 2. VOUS ET LE RESEAU RéPPOP ?

- Comment avez-vous connu le RéPPOP ? Qui vous en a parlé ? Qui vous l'a mis en avant ?
- Comment l'adhésion s'est faite ?

Relance	Quels ont été vos interlocuteurs ? Les réponses apportées étaient-elles suffisantes ?
---------	---

- Quels étaient vos objectifs en rentrant dans le réseau ?

Relance	Quels bénéfices attendiez-vous de cette adhésion ?
---------	--

**Transition : Maintenant que nous en savons plus sur les raisons qui vous ont motivé à adhérer au RéPPOP, nous allons parler du RéPPOP dans votre quotidien. Ce que cela induit, ce que cela change ou modifie dans votre pratique.**

### 3. VOUS ET LE REPPOP AU QUOTIDIEN

- En quoi l'adhésion au réseau a-t-elle modifié votre pratique dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant ?

Relance	Que faisiez-vous avant et que vous ne faites plus grâce au RéPPOP ?
---------	---

- Que pensez-vous de l'interface informatisée ?

Relance	Que pensez-vous du dossier d'inclusion et du suivi informatisé ?
---------	--

- Comment évaluez-vous les relations au sein du trio de partenaires ?

Relance	Comment percevez-vous le rôle de l'accompagnateur ?
---------	---

- Quelles sont vos relations avec les secrétaires du Réseau ?

Relance	Comment s'effectue la rémunération forfaitaire ?
---------	--

- Qu'est-ce qui a changé avec vos confrères médecins ou paramédicaux, du fait d'être étiqueter médecin RéPPOP ?

#### 4. ATTENTES ET OPTIMISATIONS

- Que changeriez-vous pour mieux adapter le RéPPOP à vos besoins et ceux de vos patients ?

Relance	Quels changements proposeriez-vous au sein du réseau pour un meilleur résultat de prise en charge ? (Durée de prise en charge/ implication de la famille)
---------	--

Relance	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>ZOOM FORMATION</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si on vous demandait votre avis qu'auriez-vous changé ou gardé lors de la première formation REPPPOP ?</li> <li>▪ Concernant la formation continue que modifieriez-vous ? (format pédagogique/ fréquence / lieux...)</li> </ul> </li> <li>○ <b>ZOOM PARCOURS COORDONNE / RESEAU DE SOINS / APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qu'est ce qui fonctionne ou pas dans la prise en charge multidisciplinaire ?</li> </ul> </li> </ul>
---------	---

Est-ce que quelqu'un souhaite apporter quelque chose qui n'aurait pas été abordé ce soir ?

### Annexe 3 : Guide d'entretien pour les entretiens individuels

Bonjour, je m'appelle Marion. Je suis interne en dernière année de médecine générale. Merci de me recevoir afin que l'on puisse parler ensemble du REPPPOP dans le cadre d'un travail de recherche.

Il s'agit bien là de vous exprimer de manière totalement libre, avec des critiques et arguments qui peuvent être négatifs et positifs. Je suis là pour comprendre, concrètement, votre perception, votre quotidien et vos attentes vis-à-vis du RéPPPOP.

A noter qu'à partir de maintenant nous enregistrerons la séance, mais qu'en aucun cas vous serez personnellement cité lors de la retranscription de l'entretien par écrit. Nous garderons seulement les deux premières lettres de votre prénom.

Cet entretien durera environ 20 à 30 minutes.

#### 5. PRESENTATION DU PARTICIPANT

Je vais vous laisser vous présenter (prénom, âge, patientèle pédiatrique ou pas, lieu d'exercice, date d'installation, date d'intégration dans le REPPPOP, nombres d'enfants inclus dans le RéPPPOP).

#### 6. VOUS ET LE RESEAU RéPPPOP ?

- Comment avez-vous connu le RéPPPOP ? Qui vous en a parlé ? Qui vous l'a mis en avant ?

- Comment l'adhésion s'est faite ?

Relance	Quels ont été vos interlocuteurs ? Les réponses apportées étaient-elles suffisantes ?
---------	---

- Quels étaient vos objectifs en rentrant dans le réseau ?

Relance	Quels bénéfices attendiez-vous de cette adhésion ? Qu'est ce qui a motivé votre adhésion au réseau ?
---------	--

**Transition : Maintenant que nous en savons plus sur les raisons qui vous ont motivé à adhérer au RéPPPOP, nous allons parler du RéPPPOP dans votre quotidien. Ce que cela induit, ce que cela change ou modifie dans votre pratique.**

#### 7. VOUS ET LE REPPPOP AU QUOTIDIEN

- En quoi l'adhésion au réseau a-t-elle modifié votre pratique dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant ?

Relance	Que faisiez-vous avant et que vous ne faites plus grâce au RéPPPOP ou inversement que faites-vous maintenant que vous ne faisiez pas avant ? Qu'est-ce que le réseau vous a apporté dans votre pratique ?
---------	--

- Que pensez-vous de l'interface informatisée ?

Relance	Que pensez-vous du dossier d'inclusion et de suivi ?
---------	--

- Comment évaluez-vous les relations au sein du trio de partenaires ?

Relance	Comment percevez-vous le rôle de l'accompagnateur ? Comment interagissez-vous avec vos partenaires ?
---------	--

- Quelles sont vos relations avec les secrétaires du Réseau ?

Relance	Comment s'effectue votre rémunération forfaitaire attribuée à chaque dossier d'enfants inclus?
---------	--

- Qu'est-ce qui a changé avec vos confrères médecins ou paramédicaux, du fait d'être étiqueté médecin RéPPOP ?

Relance	Qu'est ce qui a changé avec votre patientèle d'être étiqueté médecin RéPPOP ? Comment percevez-vous la prise en charge d'enfants hors patientèle ?
---------	--

## 8. ATTENTES ET OPTIMISATIONS

- Que changeriez-vous pour mieux adapter le RéPPOP à vos besoins et ceux de vos patients ?

Relance	Quels changements proposeriez-vous au sein du réseau pour un meilleur résultat de prise en charge ? (Durée de prise en charge/ implication de la famille)
---------	--

Relance	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>ZOOM FORMATION</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si on vous demandait votre avis qu'auriez-vous changé ou gardé lors de la première formation REPPOP ?</li> <li>▪ Concernant la formation continue que modifieriez-vous ? (format pédagogique/ fréquence / lieux...)</li> </ul> </li> <li>○ <b>ZOOM PARCOURS COORDONNE / RESEAU DE SOINS / APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qu'est ce qui fonctionne ou pas dans la prise en charge multidisciplinaire ?</li> </ul> </li> <li>○ <b>PLACE DU MG DANS LA PRISE EN CHARGE REPPOP :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment caractérisiez-vous votre rôle dans la prise en charge RéPPOP de vos enfants ?</li> </ul> </li> </ul>
---------	--

Est-ce que vous souhaiteriez apporter quelque chose qui n'aurait pas été abordé ?

**Annexe 4 : Fiche d'approbation de la Commission Ethique du Département  
Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées**

 <p>Département Universitaire Médecine Généraliste</p> <p>Faculté de Médecine de Toulouse 133 rue de la Providence 31063 Toulouse Cedex Président: Paul Gabochet Toulouse 41</p>	<p><b>Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées</b></p> <p>Secrétariat : <i>Dr Serge BISMUTH</i></p> <p>59 rue de la Providence – 31500 Toulouse</p> <p>Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – <a href="mailto:dr-bismuth@wanadoo.fr">dr-bismuth@wanadoo.fr</a></p>
---	---

**Président : Mme Laurecine VIEU**

**Secrétaire : M Serge BISMUTH**

**AVIS A LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE  
MEDECINE GENERALE NE PORTANT PAS SUR UN ESSAI  
THERAPEUTIQUE**

**Renseignements concernant le demandeur :**

<b>Nom</b>	LAVAUD Jeanne	AUDIBERT Marion
<b>Qualite</b>	Médecin généraliste non thésé interne en médecine générale	Médecin généraliste non thésé interne en médecine générale
<b>Adresse</b>	9 rue Soufflot, 31400 Toulouse	1 impasse Sappho, 31200 Toulouse
<b>Courriel</b>	<a href="mailto:jeannelavaud@hotmail.com">jeannelavaud@hotmail.com</a>	<a href="mailto:marion.audibert@gmail.com">marion.audibert@gmail.com</a>
<b>Telephone</b>	06.77.57.87.70	06.17.90.27.83

**Renseignements concernant le promoteur :**

<b>Nom</b>	Docteur Motoko DELAHAYE
<b>Qualite</b>	médecin généraliste, directrice de thèse
<b>Adresse</b>	30 avenue des arcades, 12000 Le Monastère
<b>Courriel</b>	<a href="mailto:motokopro.delahaye@wanadoo.fr">motokopro.delahaye@wanadoo.fr</a>
<b>Telephone</b>	05.65.42.58.69

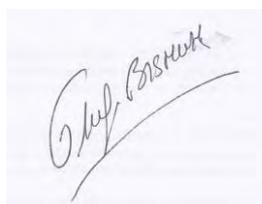
**IDENTIFICATION DE LA RECHERCHE**

**Titre complet de la recherche :** Evaluation du vécu du médecin généraliste membre du réseau RéPPOP Midi-Pyrénées sur la prise en charge de l'obésité infantile.

**Caractéristiques de la recherche : soins primaires : OUI**

<b>Domaine de l'étude</b>	Médecine Générale – Santé publique
<b>Méthodologie de l'étude</b>	Etude qualitative par réalisation de focus Groups
<b>Population concernée</b>	Médecins généralistes membres du réseau RéPPOP
<b>Durée de l'étude</b>	1 an

**AVIS DE LA COMMISSION : Avis favorable Le secrétaire**



## **Annexe 5 : Fiche de demande de consentement pour l'enregistrement de la séance**

AUDIBERT Marion et LAVAUD Jeanne

Internes en médecine générale

Le

Je soussigné Docteur .....

Accepte de participer à un entretien concernant le réseau RéPPOP Midi Pyrénées.

La conversation sera enregistrée dans un but de transcription fidèle des données de la réunion. Celles-ci sont analysées de manière totalement anonyme et exploitées dans le cadre d'un travail de thèse de Médecine Générale.

Signature

## Annexe 6 : Code Book

	<b>Connaissance du réseau</b>	Via une formation Via un spécialiste Contacté directement par le RéPPOP Via un patient Autre
	<b>Raisons d'adhésion</b>	Intérêt personnel Patientèle concernée/non concernée Mobilisation des pouvoirs publics Pathologie complexe MG démuni et seul Besoin d'outils dans la prise en charge Adaptée aux enfants Attrait pour le concept de réseau Prise en charge multidisciplinaire Prise en charge sociale Pas d'intérêt financier Accès aux consultations des spécialistes Ne sait pas
	<b>Adhésion</b>	Démarches Caractéristiques
	<b>Formation</b>	<b>INITIALE</b> Types de formation Caractéristiques Lieu de la formation Durée de la formation Intervention d'un expert Réunion inter professionnelle Outils fournis Thèmes abordés Formation bénéfique <b>CONTINUE</b> Mobilisation difficile du MG Intérêt reconnu Proposé par le RéPPOP mais inadaptée à la pratique du MG Nombre de formations reçues <b>EN GENERAL</b> Perte d'intérêt du MG sur le problème de l'obésité Formations annexes supplémentaires choisies par le MG
	<b>Inclusion des patients</b>	Nombre d'enfants inclus Tous les enfants en surpoids Sélection des enfants inclus Inclusion tardive par difficulté de motiver les familles Enfants déjà scolarisés à Carnot Inclus par qui ? Adressés au MG par qui ? Plus de choix des partenaires si pas d'inclusion dans le réseau Décision de ne plus inclure de patients car épuisement et pas de relai à l'hôpital
	<b>Partenaires</b>	Général Diététiciens Psychologues Educatrices physiques Assistants sociaux Accompagnateur
	<b>Dossier de consultation</b>	En général Positif Négatif D'inclusion De suivi Dossier informatisé Dossier papier
	<b>Prise en charge RéPPOP</b>	<b>IMPRESSIONS GENERALES DU MG</b> Prise en charge complexifiée Prise en charge simplifiée Ressenti de non appartenance au réseau <b>CONFORME AUX DEMANDES DU RéPPOP</b> <b>ATELIERS PROPOSES PAR LE MG</b> Section sport et santé Emotion positive Intérêts reconnus Pass Ado

		Ateliers sportifs Séjours diététiques Atelier cuisine Atelier d'éducation thérapeutique <b>SUIVI</b> Durée de suivi Fréquence des consultations chez le MG
	<b>Transmission d'informations</b>	<b>MEDECINS/PARTENAIRES</b> Carnet de suivi Téléphone Courriers Mobilisation du MG pour récupérer infos Annuaire RéPPOP Relations avec les IDE Relations avec l'accompagnateur Communication non optimale <b>MEDECINS/HOPITAL</b> <b>PROFESSIONNELS/FAMILLE</b>
	<b>Relation avec le RéPPOP</b>	Inexistantes ou épisodiques Téléphone Mail / newsletters Courrier papier Informations fournies par le réseau Informations non fournies par le réseau Bonne entente MG senti soutenu Indemnités Réponse du RéPPOP à une demande d'inclusion Retour du RéPPOP sur la prise en charge du MG
	<b>Rôle du médecin généraliste</b>	Prendre en charge l'obésité Rôle de conseiller Rôle de motivation Rôle d'accompagnement et de persévérance Adaptation du médecin au patient MG avec l'étiquette RéPPOP Gestion d'enfants hors patientèle Médecin traitant dans la prise en charge RéPPOP Intérêt de ne pas être le médecin traitant MG reste dépassé car difficile
	<b>Implication des familles</b>	Implication indispensable des familles Sur-implication des familles Implication faible Perdus de vue RéPPOP trop complexe Implication favorisée par... Persévérance dans le suivi
	<b>Changements de pratiques apparues depuis l'adhésion</b>	<b>POSITIFS</b> Généraux Non liés à l'adhésion mais à la formation Adaptation au patient Promotion du sport Rigueur dans la prise en charge Entretien motivationnel Dépistage précoce Travail d'équipe Outils supplémentaires <b>AUCUN</b>
	<b>Efficacité de la prise en charge RéPPOP</b>	Résultats sur l'enfant Rôle de l'implication des familles Rôle de l'implication des partenaires Problèmes d'organisation en médecine générale Efficacité d'une prise en charge sociale Pathologie trop complexe
	<b>Pistes d'améliorations possibles</b>	Formation du MG Prise en charge RéPPOP Amélioration de la consultation Meilleure interaction entre partenaires Redéfinir le rôle de l'accompagnateur Redéfinir le partenaire référent Meilleure accessibilité des ateliers d'éducation Favoriser l'accessibilité aux activités physiques Amélioration de la prise en charge sociale Gestion de la famille Liberté d'organisation du suivi par la famille Aucun changement nécessaire

## Annexe 7 : Extrait du tableur Microsoft Excel 2010® des données

CORPUS	FG ou EI	Page	Non verbal	ETIQUETTES	SOUS-SOUS-THEMES	SOUS-THEMES	THEMES
<p>Ma: j'ai une jeune fille que je suis qui évolue vraiment favorablement</p> <p>Ma: il y a des enfants qui ont bien réussis</p> <p>Is : une qui était hyper motivée, donc pas de problème elle a stabilisé</p> <p>Va: la prise en charge multidisciplinaire elle fonctionne quand le sujet participe</p> <p>Va: c'est tout il n'y a que ça</p> <p>Va: et après l'adhésion quoi! Il y a que ça quoi [...] c'est une prise de conscience</p>	FG3	6		bon résultats	* BONS RESULTATS (SI ENFANT MOTIVE)	* RESULTATS SUR L'ENFANT (résultats variables pour le médecin)	EFFICACITE DE LA PRISE EN CHARGE REPPPOP
	FG3	16		bon résultats			
	FG2	8		bons résultats quand enfants motivés			
	EI2	3		bon résultats quand enfants motivés			
	EI2	3		seule la motivation de l'enfant compte			
	EI2	3		facteur principal de réussite			
Ca : moins de résultats qu'avec mes propres patients	FG2	2		moins de résultats avec les enfants hors patientèle	* RESULTATS MOINDRES SI ENFANT HORS PATIENTELE		
Ph: on peut quand même récupérer des choses	FG1	7		meilleurs résultats si dépistage précoce	* MEILLEURS RESULTATS SI DEPISTAGE PRECOCE		
Ma: parce que si on repère précocement, on va en sauver beaucoup plus	FG3	12		meilleurs résultats si dépistage précoce			
Ma: en repérant très vite, en identifiant les facteurs de risque, être bien bien avant, repérer les enfants à risque tout de suite, très très tôt	FG3	16		meilleurs résultats si dépistage précoce			
Va: les résultats sont moyens, on arrive à grand peine à les stabiliser	FG1	6		résultats moyens les deux premières années de prise en charge	* RESULTATS A RETARDEMENT  (INTERET D'ETRE MEDECIN TRAITANT POUR LE SUIVI)  (MEILLEURS RESULTATS SI ENFANTS DE SA PATIENTELE)		
Va: c'est au bout de 4 ou 5 ans [...] on voit le bénéfice de tout le travail	FG1	6		bénéfices à retardement			
Va: ça arrive à retardement	FG1	6		bénéfices à retardement			

Va: finalement à 12 ans [...] leur courbe se normalise	FG1	6	bénéfices à retardement		
Va: le gamin adhère complètement	FG1	6	adhésion de l'enfant à retardement		
Va: quand ce sont nos patients	FG1	6	intérêt d'être le médecin traitant de l'enfant		
Va: ça fait très plaisir	FG1	6	<i>rites</i> satisfaction du MG		
Ma: on s'inscrit dans la durée, donc j'ai bien compris ça	FG3	7	bénéfices à long terme		
Ma: on s'inscrit dans la durée dans une maladie chronique	FG3	7	maladie chronique		
An: on vous fait du rabâchage et qu'après ça sortira toujours	FG3	16	efficacité d'un discours répété pendant deux ans		
An: ce que leur a dit la diét ou ce qu'on leur a dit	FG3	16	discours harmonisé et répété		
Xa : j'ai des bons résultats quand je ne les ai pas revus en leur demandant une courbe de poids, de taille	FG4	4	bons résultats si suivi espacé	<b>* BONS RESULTATS SI SUIVIS ESPACES</b>	
Is : justement j'en fais rien	FG2	7	cas difficiles restent en échec	<b>* MAUVAIS RESULTATS POUR CAS DIFFICILES</b>	
Is : je ne sais pas quoi en faire	FG2	7	MG démuni (cas difficiles)		
Is : j'exagère mais si il y a que ça pour faire réagir	FG2	7	attitude inadapté du MG face à l'échec		
Is : là je me sens un peu dépassée	FG2	8	MG démuni (cas difficiles)		
Is : c'est échec sur toute la ligne	FG2	8	sentiment d'échec pour les cas difficiles		
Is : c'était avant qu'il aurait fallu taper un peu du poing sur la table	FG2	7	retard dans la prise en charge (cas difficile)		
An: on a l'impression de se battre contre un moulin à vent	FG3	16	MG démuni		
Ma: j'ai passé une période un peu de déprime parce qu'ils étaient tous en échec	FG3	16	MG démuni devant l'échec		
Ma: on a rebasculé, j'ai l'impression qu'on est repartie deux ans en arrière	FG3	16	MG démuni face à la rechute		
Ma: c'est dur	FG3	16	émotion négative		
Ma : si on va à l'échec, en tout cas si on n'a pas la démarche de soins qu'on voudrait c'est souvent à cause de ces raisons-là qui sont sociales, familiales, financières	FG4	4	sentiments d'échec liés aux problèmes sociaux		
An: le plus dur c'est quand il y a des familles entières d'obèses	FG3	16	familles obèses problématiques	<b>* DIFFICILE CHEZ LES FAMILLES OBESES</b>	<b>* ROLE DE L'IMPLICATION DES FAMILLES</b>
Ma: oui c'est ça	FG3	16	familles obèses problématiques		

An: mon taux de réticence c'est souvent quand les couples sont séparés	FG3	11		parents séparés : diminution de l'implication	<b>* DIFFICILE AVEC FAMILLE MONOPARENTALE</b>
An: à être seule, à assumer le problème	FG3	11		difficultés quand parents séparés	
An: quand les couples sont séparés c'est difficile parce qu'on peut pas faire passer le message	FG3	13		problématique des familles monoparentales	
An: difficile, aussi c'est la cohésion dans la famille	FG3	13		manque de cohésion dans la famille	<b>* COHESION NECESSAIRE</b>
Is : peut-être qu'il ne reviendra pas	FG2	7		potentiel perdus de vue (sur comportement inadapté du MG)	<b>* PERDUS DE VUE</b>
Ca : je les ai plus au moins tous perdus de vue	FG2	4		enfants perdus de vue	
Is : tu as perdu de vue, c'était des enfants que tu ne connaissais pas	FG2	5		enfants perdus de vue (ne faisant pas partie de la patientèle)	
Ca : 3 enfants suivis par le RéPPOP [...] perdus de vue	FG2	1		enfants perdus de vue	
Va: tant qu'ils n'auront pas pris conscience que ça fait partie d'un problème médical	EI2	3		les familles dans le déni seront plus facilement dans l'échec	<b>* FAMILLE DANS LE DENI DE LA PATHOLOGIE</b>
Cé : ils l'ont entendu une fois chez nous, il l'a entendu une fois avec le pédiatre et puis quand ils reviennent ils le réentendent, c'est comme ça que ça marche	FG4	3		efficacité d'un discours répété	<b>* DISCOURS HARMONISE REPETE PENDANT 2 ANS</b>
Cé : si si c'est comme ça que ça marche	FG4	3		efficacité d'un discours répété	
Va: je crois que les enfants, enfin n'importe quel individu ont besoin d'entendre plusieurs fois, et par certaines personnes différentes	EI2	3		discours harmonisé nécessaire	
Va: c'est d'entendre des choses différentes par d'autres professionnels [...] ça c'est important	EI2	3		discours harmonisé nécessaire	
Va: si je continue à le faire, c'est que ça me plaît	FG1	7		poursuite de l'implication du MG	<b>* PERSEVERANCE DE LA MOTIVATION DU TRIO</b>  => Médecin
Ma: je crois que j'ai fait, excusez-moi, du bon travail, du très bon travail	FG3	16		satisfaction du MG dans son repérage précoce	
Va: satisfaites des outils que l'on me propose	EI2	3		satisfaction des outils proposés au MG	

**\* ROLE DE L'IMPLICATION DES PARTENAIRES DANS L'EFFICACITE DU RESEAU**

An: Au départ, [...] j'avais l'impression que tout le monde voulait bien faire, participer	FG3	3		Bonne participation initiale	* RELACHEMENT DU TRIO (activité générale ou R&PPOP)  => Diminution de l'implication du médecin
Pa : j'ai pas participé	FG1	3		manque d'implication du MG	
Pa : je n'ai pas été effectivement cherché à savoir ce qui ce qui c'était fait pendant toutes ces consultations	FG1	3		manque d'implication du MG	
Pa: peut-être m'impliquer d'avantage	FG1	7		manque d'implication du MG	
Ph: je ne suis plus tellement dans le réseau	FG1	3		retrait du MG vis à vis du réseau	
Ph: j'envoie juste comme ça	FG1	3		MG n'inclut plus directement. Envoi systématique au CHU	
Ph : j'ai commencé à fléchir [...] à plus trop m'en occuper	FG1	4		diminution dans l'implication dans le réseau suite au passage informatique	
An: peut-être que j'avais plus de punch	FG3	3	<i>sourire</i>	motivation perdue	
Cé: j'ai pas pris mon téléphone pour appeler la diététicienne	FG3	4		manque d'implication du MG	
Ma: du fait que du coup j'ai tout laissé, abandonné	FG3	8		abandon du MG	
Ma: j'ai un peu laissé tombé	FG3	8		démotivation du MG	
Je : on a besoin de temps en temps de se remotiver, ça m'est arrivé des fois	EI1	4		nécessité de se remotiver	
Je : c'est le même discours mais au bout de 4 ou 5 entrevues, quand on voit que ça avance pas...	EI1	4		démotivation en l'absence de résultat sur l'enfant	
Je : et un moment donné, on a l'impression que ça s'essouffle un peu	EI1	4		le suivi régulier est difficile à maintenir	
Cé : il y a des formations pour tout, partout, pour tout, c'est la mode	FG4	5		agacement du MG d'être relancé par toutes ces formations	- Gestion en profondeur de trop de choses
Cé : on fait des réseaux pour tout le réseau pour les cancers, pour ...	FG4	5	<i>soufflement</i>	agacement du MG par cette mode des réseaux	
Ph : s'il faut passer à l'informatique maintenant, stop, stop, stop	FG1	4		refus de l'informatique	- Refus de l'informatique
Ph : maintenant, je les envoie et hop	FG1	4		adresse les enfants directement au CHU	
Pa: je n'ai peut-être pas le temps	FG1	7		par manque de temps	- Manque de temps
An: et maintenant j'en ai de moins en moins (temps)	FG3	3		MG moins disponible	
An: tout le monde a plein de choses à faire importantes	FG3	3		manque de disponibilité du MG	
Da : peut-être qu'on n'est pas les meilleurs intermédiaires dans ce réseau	FG4	5	<i>acquiescement de Cé</i>	interrogation du MG sur sa place de référent dans le trio	
Da : on n'a pas suffisamment de temps	FG4	5		manque de temps pour implication	

An: j'organisais des soirées, derrière mon ordi pour parler de l'enfant	FG3	3	organisation de RCP -motivation perdue	<b>- Difficultés d'organiser des RCP</b>  <b>- Par absence de contact avec partenaires</b>  <b>==&gt; Diminution de l'implication des partenaires</b>          <b>- Espacement des RCP</b>  <b>- Absence de rémunération</b>   <b>==&gt; Diminution de l'implication du trio en général</b>	
Cé: je prends pas mon téléphone pour appeler la diététicienne, je prends pas mon téléphone pour appeler la secrétaire	FG3	15	pas de contact téléphonique du MG avec ses partenaires		
Cé: on ne le fait pas	FG3	15	pas de contact téléphonique du MG avec ses partenaires		
An: et puis petit à petit, il y a certains partenaires qui ont moins suivi	FG3	3	relâchement progressif des partenaires		
Cé: elle ne l'a pas fait non plus	FG3	4	manque d'implication du diététicien		
Na: tout ça s'est un peu essoufflé	FG3	16	relâchement progressif des partenaires		
Na: c'est dommage	FG3	16	regret - émotion négative		
Na: il y avait quand même une volonté	FG3	16	partenaires avec volonté initiale de bien faire		
Ma: "écoutez c'est peut-être pas la peine qu'on se rencontre tous les trimestres, on peut se voir une fois tous les 6 mois. Et puis tous les 6 mois, ça se délite	FG3	5	espacement des rencontres RCP		
Na: on s'est un peu essoufflé parce que la diététicienne n'a pas pu être payée	FG3	16	diététiciens non rémunérés : Prise en charge interrompue		
Ma: au début on est bien parti, on est là tous ensembles et puis progressivement on descend de la montagne, en disant "ah! ben mince, t'es tout seul!"	FG3	5	épuisement du travail en équipe		
An: j'ai l'impression que petit à petit tout le monde travaille un peu dans son coin	FG3	3	isolement des partenaires		
An: tout le monde a plein de choses à faire importantes	FG3	3	manque de disponibilité des partenaires		
Ma: "il faut que tu travailles en équipe" mais voilà il y a un problème d'organisation des soins primaires actuels, au niveau de la médecine générale qui ne donne pas les outils et les moyens pour cette prise en charge	FG3	5	problème d'organisation en médecine générale pour travail en équipe	<b>* POUR TRAVAIL EN EQUIPE</b>	<b>* PROBLEME D'ORGANISATION EN MEDECINE GENERALE</b>
Ma: notre organisation n'est pas faite pour cela	FG3	8	Problème d'organisation en médecine générale	<b>* MANQUE DE TEMPS</b>	
Ma: notre système de consultations empilées au fil d'une journée à la demande des patients et pas en réponse à leurs besoins	FG3	12	système de soins actuel non adapté au patient		
Ma: on est embolisé par des consultations qui n'ont pas lieu d'être	FG3	12	consultations embolisées		
Na: des réunions à Toulouse où l'on pouvait rencontrer effectivement tous les gens	FG3	3	nécessité et efficacité de réunions pour parler des situations sociales complexes		<b>* EFFICACITE D'UNE PRISE EN CHARGE SOCIALE</b>

Na: Je.Tr. Qui est quelqu'un de très utile pour dénouer certaines situations familiales	FG3	3	Assistant social du RéPPOP s'est rendu utile pour dénouer certaines situations			
An: on a l'impression d'être un tout petit maillon	FG3	16	place essentielle du MG dans la prise en charge de l'obésité mais sensation d'efficacité minime		<b>* PATHOLOGIE TROP COMPLEXE</b>	
Ma: ça reste une maladie chronique. Quand j'ai appris ça, j'ai compris qu'il ne fallait pas s'attendre à des résultats spectaculaires	FG3	16	maladie chronique = difficultés d'obtenir des résultats			
Ma : quand on est vraiment chacun dans sa structure on se rend compte que c'est quand même difficile	FG4	4	pathologie trop complexe pour MG			
Cé : on s'attaque à des choses très profondes, très compliquées	FG4	5	pathologie complexe pour le concept de réseau			
Va: ça n'apporte pas la solution à tous les problèmes	EI2	3	le RéPPOP a ses limites devant la complexité de la pathologie			
Pa : j'aimerais bien en faire davantage	FG1	5	nécessité de renouveler la formation	<b>* PLUS DE FORMATIONS SOUHAITEES</b>	<b>* FORMATIONS DU MG</b>	<b>AMELIORATIONS POSSIBLES</b>
Pa : je crois pas qu'on ait abordé tout	FG1	5	thèmes insuffisamment abordés			
Pa : je serais partant pour en refaire encore d'autres	FG1	5	médecin motivé : plus de formations souhaitées			
Ph : c'est un bon stimulant pour les médecins	FG1	5	intérêt des formations continues			
Ma: à la fois régionales sur des thèmes une journée par an	FG3	14	formations régionales annuelles			
Ma: ensuite des journées ou des choses au niveau départements	FG3	14	plusieurs formations départementales			
Cé: moi je serai assez en attente	FG3	15	plus de formations souhaitées			
Da : peut-être on aurait refait d'autres formations,	FG4	5	intérêt des formations continues			
Da : je me serais sentie plus à l'aise	FG4	5	serait plus à l'aise dans son rôle de MG RéPPOP			
Da : ça serait intéressant	FG4	5	intérêt des formations continues			
Da : après je ne sais pas si en pratique on aurait le temps	FG4	5	difficulté de l'envisager par manque de temps			
Da : c'est vrai que ce sujet est intéressant	FG4	5	intérêt des formations continues			
Da : c'est qu'il aurait fallu des piqûres de rappel un peu régulièrement	FG4	6	souhait de formation continue : piqûre de rappel			
Da : ou se déplacer pour un stage sur Toulouse dans l'idéal si on avait le temps	FG4	6	stage sur Toulouse dans l'idéal			
Da : moi j'aurais bien aimé avoir plus de formations	FG4	6	souhait de formation continue			
Da : c'est vrai que j'aurais bien aimé	FG4	6	souhait de formation continue			

Je : de temps en temps une piqûre de rappel ne fait pas de mal	EI1	4	intérêt des formations continues	
Je : au bout d'un temps on peut oublier	EI1	4	souhait de formation continue/piqûre de rappel	
Je : ça de temps en temps ça peut être bien de motiver, de refaire une réunion pour se re-former	EI1	4	souhait d'une formation continue	
Je : de se remettre un petit peu en questions	EI1	4	souhait d'une formation continue	
Je : on a besoin de temps en temps de se remotiver ça m'est arrivé des fois	EI1	4	souhait de formation	
Va: alterner les formations longues courtes [...] avec des formations plus longues	FG1	5	alternance des formations courtes et longues	<b>* FORMATIONS COURTES/ LONGUES EN ALTERNANCE</b>
Ca : besoin d'y revenir	FG2	7	nécessité de renouveler la formation	
Je : ça serait le samedi ! Sous forme d'un séminaire MG Form un truc comme ça ?	EI1	3	séminaire le samedi	<b>* MEILLEURE COMPATIBILITE DES HORAIRES</b>
Je : pour notre formation, c'est d'arriver à avoir, soit sous forme de séminaire, avoir des horaires un peu plus compatibles avec notre pratique	EI1	4	meilleure compatibilité des horaires des FMC avec la pratique du MG	
Je : de ne pas être obligé de bloquer toute une consultation pour aller faire une formation	EI1	4	meilleure compatibilité des horaires des FMC avec la pratique du MG	
Je : un samedi ou un soir de séminaire, c'est plus facile	EI1	5	meilleure compatibilité des horaires des FMC avec la pratique du MG	
An : formations où il faut se déplacer, où on prend des notes, on écoute, on intervient	FG2	7	formations interactives	<b>* FAVORISER LES FORMATIONS INTERACTIVES</b>
An : c'est mieux	FG2	7	émotion positive (formations interactives)	<b>AVEC RENCONTRE DES PARTENAIRES</b>
An : on retient mieux	FG2	7	plus efficaces (formations interactives)	
Ph: pas juste entre médecins	FG1	6	Pluri professionnel	
Ma: c'est la méconnaissance des outils [...] l'évolution de la formation	FG3	5	insister sur les outils disponibles	<b>* INFORMATION DU MEDECIN SUR LES OUTILS</b>
Ph: s'il pouvait y avoir une formation plus localisée	FG1	6	formation de proximité	<b>* CELLULE LOCALE</b>
Ph: qu'on fasse une petite formation ensemble	FG1	6	formation de proximité	
Ph: formation où on se retrouve avec les acteurs vraiment locaux	FG1	6	formation de proximité	
Ph: pas juste entre médecins	FG1	6	Pluri professionnel	

Ph: très intéressant cette formation	FG1	6	concept intéressant	
Ph: des cellules vraiment locales	FG1	6	cellule locale	
Va: pas très à l'aise avec les formations en ligne	FG1	5	émotion négative	<b>* FORMATION EN LIGNE</b>
Va: pas très chaleureux	FG1	5	émotion négative	
Ph: moi j'ai trouvé ça assez intéressant (DPC)	FG1	6	concept intéressant	
Ph: quand on a un moment [...] quand on veut	FG1	6	liberté pour la faire quand on le souhaite	
Va: qui font associer la diététique, la sociologie, la culture [...] pas obligatoirement médical	FG1	5	thèmes souhaités divers non médicaux	<b>* THEMES SOUHAITES</b>
Pa: ce n'était pas tout à fait gratuit pour tout le monde [...] j'aurais aimé savoir, disons quelques exemples	FG1	6	thèmes: prise en charge sociale et financière pour patients	
Pa: à quoi concrètement ils ont droit de gratuit et de payant	FG1	6	thèmes: prise en charge sociale et financière pour patients	
Ph: c'est le côté anthropologique	FG1	6	anthropologie	
Ph: essayer de comprendre comment ils fonctionnent	FG1	6	anthropologie	
Ph: choses qui sont intéressantes	FG1	6	émotion positive	
Modérateur : sur le fonctionnement du RéPPOP et sur l'obésité	E11	4	Obésité	
Is : des mises à jours	FG2	7	newletters demandées pour mises à jour	<b>* DEMANDE DE MISES A JOUR PAR COURRIERS ELECTRONIQUE</b>
An : RéPPOP fasse un petit D.U.	FG2	7	DU "enfant obésité" à Toulouse	<b>* CREATION D'UN D.U. OBESITE A TOULOUSE</b>  <b>* SUPPORT PAPIER PENDANT LES FORMATIONS</b>
Ca : un support papier	FG2	7	nécessité d'un support papier (lors des formations)	
An : oui, oui	FG2	7	nécessité d'un support papier (lors des formations)	
Is : les scores de Tanner, avoir un schéma simple	FG2	3	Ajout schémas des stades de Tanner dans le dossier de consultation	<b>* FOURNIR LES STADES DE TANNER POUR AIDER A REMPLIR LES DOSSIERS DE</b>
Is : le tableau des stades de puberté	FG2	7	Ajout schémas des stades de Tanner dans le dossier de consultation	

Is : me parait important	FG2	7	émotion positive sur l'ajout de schéma des stades de Tanner	CONSULTATION	
					<b>* PRISE EN CHARGE REPPOP</b>
Is : avoir un dossier avec ce que vous pouvez faire, ce qu'il faut demander : 1er fois, 2ème fois, pas d'évolution	FG 2	7	nécessité d'un protocole de prise en charge	<b>* PRISE EN CHARGE REPPOP PROTOCOLISEE</b>	<b>AMELIORATION DE LA CONSULTATION</b>
Is : avoir peut être des critères plus objectifs	FG2	7	nécessité d'un protocole de prise en charge		
Is : un séjour diététique dans tel et tel cas	FG2	7	nécessité d'un protocole de prise en charge (à qui proposer les séjours diététiques)		
Ca : un petit livret [sourire] "Le guide du RéPPOP"	FG2	6	création d'un livret RéPPOP pour le MG		
Ma: je pense qu'il faut vraiment simplifier les choses	FG3	8	simplifier la prise en charge	<b>* SIMPLIFIER LA PRISE EN CHARGE</b>	
Ma: cibler les choses importantes	FG3	8	simplifier la prise en charge		
Ma: l'idée de définir une sorte de parcours de soins pour ces enfants obèses avec divers niveaux	FG3	14	définir un parcours de soins pour enfants avec acteurs bien identifiés		
Xa : alléger la prise en charge	FG4	4	alléger		
Va: devrait l'être jusqu'à la fin de l'adolescence	FG1	6	nécessité d'un suivi prolongé	<b>* DUREE DE SUIVI</b>	
Va: les prendre en charge jusqu'à l'âge adulte	FG1	6	nécessité d'un suivi prolongé		
Ma: je pense que c'est vraiment un suivi qui s'inscrit dans la durée	FG3	16	nécessité d'une prise en charge au long cours		
Ma: pour moi je dirai même c'est 10 ans	FG3	16	durée de suivi nécessaire de 10 ans		
Na: c'est toute la vie	FG3	17	durée de suivi toute la vie		
Ma: toutes les périodes de la vie	FG3	17	périodes à risque de rechute		
Va: il y a beaucoup de psychologie quand même	EI2	3	la prise en charge de l'obésité nécessite un encadrement psychologique	<b>* DOSSIER DE CONSULTATION</b>	
Va : une version, dans le dossier, plus réduite	FG1	4	dossier de suivi plus succinct	<b>==&gt; Succinct et simple</b>	
Ph : avoir quelque chose de très minimal	FG1	4	Minimal		
Ph : que ça soit minimal	FG1	5	Minimal		
Ph : l'IMC du jour, un écueil, voilà une difficulté que je remarque, une piste d'amélioration, ou quelque	FG1	4	contenu du dossier de suivi : IMC, ECUEIL, PISTE		

chose de bien qui s'est passé			D'AMELIORATION		
Ph : il faut qu'on ne s'y épuise pas	FG1	5	limiter l'épuisement du MG		
Ph : il faut que ce soit d'une simplicité	FG1	5	Simplicité		
Ph : quelque chose d'ultra simple	FG1	5	Simplicité		
Xa : alléger les questionnaires	FG4	4	alléger les dossiers		
Xa : mais les formulaires d'inclusion sont trop intrusifs	FG4	5	dossier de suivi plus succinct		
Xa : je veux bien faire une courbe poids/taille	FG4	5	courbe poids/taille justifié		
Xa : mais après c'est trop	FG4	5	dossier trop lourd		
Xa : il faudrait demander des choses plus simples : la courbe poids/taille par exemple et puis voilà	FG4	5	dossier plus succinct		
Xa : que ce soit sympa	FG4	5	dossier plus sympathique		
Ma: dossier informatique partagé...	FG3	8	intéressant lorsque sera partagé	<b>==&gt; dossier informatique partagé</b>	
Ma: et le jour où l'éducateur sportif pourra [...] se connecter [...] là ce sera vraiment utile	FG3	8	intéressant lorsque sera partagé		
Ma: ça sera vraiment un outil de communication	FG3	8	intéressant lorsque sera partagé		
Ma: l'évolution qui doit en être faite c'est le, la notion de, de communication avec les autres	FG3	9	dossier informatique partagé		
Na: partagé surtout	FG3	10	dossier informatique partagé		
Ma: il mériterait d'être un peu plus ludique un peu plus [-] un peu joyeux, un peu, un peu ergonomique	FG3	9	dossier informatique plus ergonomique	<b>==&gt; dossier informatique simple d'utilisation</b>	
Na: moi déjà arriver à mieux remplir le dossier	FG3	10	dossier informatique plus facile à remplir		
Na: il faut le revoir, comme tu dis, soit plus simple	FG3	10	dossier informatique plus facile à remplir		
Ma: le tour de taille peut faire office de...	FG3	6	Remplacement de la pesée par le tour de taille	<b>* OUTILS DE SURVEILLANCE POUR EFFICACITE</b>	
Ma: il faudrait qu'il y ait à la limite un critère poids obligatoire mais sur, par semestre ou par trimestre mais pas à chaque consultation	FG3	6	Espacer les pesées = pesées trimestrielles		
Ma: un outil politique qu'il faut mettre en place	FG3	4	réorganisation des consultations RéPPOP dans le planning du médecin	<b>* REORGANISATION DES CONSULTATIONS DU MG</b>	
Ma: il faut prendre du temps	FG3	8	temps dédié au suivi		

Ma: quand je reçois un enfant pour le RéPPOP à 6 heures et demi [...] je ne suis pas en disposition pour consacrer toute mon énergie à cet enfant	FG3	12	nécessité d'avoir une disponibilité d'esprit pour ces consultations		
Th: il faut choisir le moment où on va le passer	FG3	12	nécessité d'avoir une disponibilité d'esprit pour ces consultations		
Th: prendre le RDV pour la fois suivante avec les personnes	FG3	12	choix du MG dans les dates & heure du prochain rendez-vous		
Th: ça tient à des critères qui tiennent aux parents, à l'enfant et à notre organisation personnelle	FG3	12	compromis à 3 pour le choix du rendez-vous = complexité		
Na: parfois c'est quand même frustrant	FG3	12	frustration du MG de ne pas pouvoir se rendre disponible pour le suivi de l'enfant		
				<b>* BESOIN DE CONTACT ENTRE MEMBRE DU RESEAU  POUR UNE PRISE EN CHARGE ADEQUATE DE L'ENFANT</b>	<b>MEILLEURE INTERACTION ENTRE PARTENAIRES</b>
Va : secrétaires du réseau deux fois par an nous envoient, un message récapitulatif	FG1	4	message récapitulatif bi-annuel des secrétaires du réseau		
Va : "il y a eu tant de consultations"	FG1	4	message récapitulatif bi-annuel des secrétaires du réseau		
Va : juste un petit truc pour avoir une petite idée	FG1	4	message récapitulatif bi-annuel des secrétaires du réseau		
Pa : il faut informer le médecin traitant pour qu'au moins il voit les intervenants du réseau RéPPOP	FG1	4	informer le médecin traitant du parcours de l'enfant		
Pa : par exemple dans ma boîte mail, [...] en disant toute les consultations qu'il y a eu	FG1	4	information du médecin traitant sur le parcours de l'enfant		
Pa : on re-rentre dans le dossier, enfin dans le réseau	FG1	4	favoriserait l'implication du MG dans le réseau		
Pa : on participerait davantage à la prise en charge multidisciplinaire	FG1	4	favoriserait l'implication du MG dans le réseau		
Pa : qu'on soit informé sur le retour	FG1	4	pas de retour au médecin traitant		
Pa : simplement savoir qu'il y a eu une séance de diététique	FG1	4	information du médecin traitant sur le parcours de l'enfant		
Pa : le simple fait de savoir ça	FG1	4	information du médecin traitant sur le parcours de l'enfant		
Pa : (information) c'est la plus précieuse	FG1	4	information du médecin traitant sur le parcours de l'enfant		
Pa : c'est bien déjà de savoir ce retour, la régularité des consultations	FG1	4	information du médecin traitant sur le parcours de l'enfant		
Pa : par exemple dans ma boîte mail, [...] en disant toute les consultations qu'il y a eu	FG1	4	information du médecin traitant sur le parcours de l'enfant		
Is : que ce soit interactif	FG2	4	plus d'interactivité souhaitée avec l'accompagnateur		
Is : ça serait pas mal de l'envisager	FG2	4	contact avec accompagnateur nécessaire		
Ca : savoir qu'il a pris contact qu'il le voit régulièrement ou qu'il le voit pas	FG2	4	informations du suivi par l'accompagnateur souhaitées		
Ca : qu'il arrive rien à en faire	FG2	4	informations sur le sur la relation accompagnateur / enfant souhaitées		
Is : des adultes qui le prennent au sérieux	FG2	4	engagement du trio pour l'enfant		

Is : si on veut que l'enfant sache qu'effectivement il y a une prise en charge qui est globale avec une équipe	FG2	4	soutien de l'enfant par le trio		
Th: Sur Gaillac, je pense que ça reste à structurer	FG3	5	communication entre partenaires sur Gaillac à améliorer		
Th: il y a beaucoup de chemins à faire	FG3	5	communication entre partenaires sur Gaillac à améliorer		
Cé: pouvoir avoir un peu plus d'interaction	FG3	10	plus d'interaction		
Cé: pouvoir se rencontrer plus facilement	FG3	15	favoriser les rencontres pluri professionnelles		
Ma: ce qui est important c'est qu'ils sachent les objectifs que l'on négocie au fur et à mesure	FG3	8	RéPPOP informé des objectifs		<b>* INFORMER LE REPPPO DU DEVENIR DE L'ENFANT</b>
Is : faire des papillons volants sur le dossier	FG2	4	carnet : favoriser la transmission d'informations		<b>* AVOIR UN OUTIL POUR PLUS DE PARTAGE D'INFO</b>
Is : des volets qu'on peut décrocher et faire passer à l'accompagnateur ou à la personne référente	FG2	6	amélioration du carnet de suivi		<b>(REINTRODUCTION DU CARNET DE SUIVI)</b>
An : serait bien qu'il marque en fait dans le carnet lui aussi	FG2	4	partage d'informations via le carnet		
Is : si on a quelque chose à dire	FG2	6	notification du suivi		
Is : comme un carnet de classe, de présence	FG2	6	carnet de suivi		
Je : ça aurait été bien de mettre "consultation chez le généraliste" et boum. En bas de page, un truc pour le spécialiste. Après ça nous donne un tempo	EI1	2	différencier les consultations des partenaires sur le carnet de suivi		
Ma: je pense aussi que le site devrait reprendre [...] toutes les structures avec des couleurs différentes	FG3	14	création d'un nouveau site internet avec meilleure visibilité des partenaires		<b>(SITE INTERNET)</b>
Ma: avec géolocalisation	FG3	14	géolocalisation des partenaires		
Ma: la cartographie de l'ensemble des référents là-dedans	FG3	14	géolocalisation des partenaires		
Is : parler des cas qui nous posent problème	FG2	7	RCP pour les cas difficiles		<b>* ORGANISATION DE REUNIONS</b>
Is : il n'y a que la rencontre qui peut faire avancer les choses	FG2	7	RCP pour les cas difficiles		<b>MULTIDISCIPLINAIRE ENTRE</b>
Is : c'est pas par le téléphone	FG2	7	contact téléphonique inadapté pour les cas difficiles		<b>LES MEMBRES DU RESEAU</b>
Ma: un outil politique qu'il faut mettre en place	FG3	4	nécessité de RCP		<b>NOTAMMENT POUR LES CAS</b>

Ma: il faut des temps dédiés. C'est indispensable. Sinon c'est l'échec	FG3	5	temps dédié dans le planning du médecin pour RCP	<b>DIFFICILES</b> <b>(mais problématique du manque de temps)</b>
Na: ces rencontres sur Midi Pyrénées je trouve que c'est intéressant de voir tous les professionnels	FG3	10	réunions favorisant les rencontres pluri professionnelles	
Na: ces rencontres c'est vraiment important	FG3	10	importance des rencontres pluri professionnelles	
Th: des rencontres, des mises en commun, qui entraînent une redynamisation	FG3	10	Réunion de concertation pluridisciplinaire = redynamisation	
Th: mais pas qu'avec des médecins	FG3	10	rencontres pluri professionnelles	
Th: avec les autres professionnels, les autres professions	FG3	10	rencontres pluri professionnelles	
Ma: c'est de faire des groupes d'échange de pratique entre professionnels	FG3	10	groupes d'échange de pratiques pluri professionnelles	
Ma: avec des rencontres qui seraient trimestrielles par exemple	FG3	10	fréquence des réunions: trimestrielles	
Ma: de se retrouver pour former un groupe d'échange de pratique	FG3	11	groupes d'échange de pratiques pluri pro	
Ma: c'est comme ça qu'on partagera	FG3	11	partages d'expériences	
Ma: ça serait bien qu'on structure quelque chose sur un groupe d'échange de pratique d'enfants R&PPOP	FG3	15	groupes d'échange de pratiques pluri professionnelles	
Ma: mais pluri professionnels	FG3	15	groupes d'échange de pratiques pluri professionnelles	
Ma: ça serait vraiment intéressant	FG3	15	Intéressant	
Ma: en lien avec l'hôpital	FG3	15	en lien avec l'hôpital	
Da : on n'a pas beaucoup de temps pour avoir des contacts	FG4	5	mais problématique du manque de temps	
Da : on devrait faire des réunions avec les différents partenaires	FG4	5	RCP mais manque de temps	
Da : je ne suis pas sûre qu'on arrive à l'assumer	FG4	5	RCP mais manque de temps	
Cé : je crois que ce n'est pas adapté à ce qu'est notre pratique pour l'instant [...] ce qu'on fait actuellement, c'est pas possible quoi	FG4	5	mais problématique du manque de temps	
Cé : c'est possible mais c'est très difficile	FG4	5	RCP non adapté à la pratique du MG	
Cé: c'est pas possible! Je suis à 25 km je vais pas venir discuter	FG4	5	RCP inenvisageable : partenaires trop éloignés	
Da : une réunion annuelle aurait peut-être pu être mieux	FG4	5	RCP : réunion annuelle	
Da : au moins pour les connaître et en discuter un peu	FG4	5	but : rencontre partenaires et discussion	
Da : c'est quand même plus facile de voir un mot sur un bout de papier	FG4	5	RCP = plus d'interactivité	
Ca : arriver à centraliser	FG2	8	partenaires locaux définis	<b>* FACILITE L'ACCES AUX PARTENAIRES</b>

				==> PROXIMITE DES PARTENAIRES EN CREANT UNE CELLULE LOCALE
Ph: dans le coin	FG1	7	Proximité	
Ph: rencontrer la diététicienne, qui est vraiment de mon secteur [...] psychologue que je vais envoyer [...] les préparateurs physiques au besoin	FG1	6	rencontre des partenaires du secteur	
Ph: une petite cellule locale	FG1	6	cellule locale	
Ph: qu'on se connaisse bien	FG1	6	bonne connaissance entre partenaires	
Ph: connaître effectivement une diététicienne, un préparateur physique	FG1	7	bonne connaissance de ses partenaires	
Ph: on se connaît	FG1	7	bonne connaissance de ses partenaires	
Ph: quand on se connaît [-] c'est plus facile	FG1	7	facilite les relations	
Ph: réseau très très localisé	FG1	7	cellule locale	
Ph: hyper motivé	FG1	7	motivation des partenaires	
Ph travailler ensemble	FG1	7	travail d'équipe	
Th: un partage d'expériences	FG3	10	partage d'expérience	
Th: à l'échelle locale	FG3	10	Proximité	
Th: une sorte de sous-réseau	FG3	10	sous réseau	
Th: qui vient mailler encore plus	FG3	10	plus de maillage au niveau local	
Th: à l'échelle du département [...] ou alors au niveau des bassins de santé	FG3	10	une cellule locale par bassin de santé	
Ma: l'idée c'était aussi de réunions de concertation pluri-professionnelles entre les membres du même réseau	FG3	10	RCP	
Ma: ça serait de pouvoir avoir une identification avec nos correspondants départementaux	FG3	10	meilleure connaissance de ses partenaires	
Ma: on maillera le terrain	FG3	11	plus de maillage au niveau local	
Ma: on maillera en proximité	FG3	11	plus de maillage au niveau local	
Ma: je te rejoins sur l'idée plutôt de bassin	FG3	11	une cellule par bassin de santé	
Ma: parce qu'à l'échelle du département ça fait loin	FG3	11	cellule départementale trop éloignée	
Ma: alors le bassin on a les même correspondants	FG3	11	bassin de santé = toujours même correspondants	
Ma: (clinique du Sidobre) là il y a une ressource qu'il faudrait que les médecins du bassin sud connaissent	FG3	11	connaissance des outils dans sa cellule locale	
Ma: c'est connaître les ressources locales	FG3	11	connaissance des outils dans sa cellule locale	
Ma: plus on sera en proximité, plus on sera efficace	FG3	11	cellule locale = efficacité	
Na: essayer de trouver des structures locales plus proches des gens	FG3	14	favoriser la proximité	

Ma: indispensable de se structurer dans un réseau local de proximité	FG3	14	cellule locale pour plus de proximité	⇒ <b>COORDONNES DES PARTENAIRES PLUS FACILE A TROUVER</b>	
Ma: super bien identifiés	FG3	14	partenaires bien identifiés		
Ma: il y a vraiment un gros travail [...] de décentralisation et de mini réseaux locaux	FG3	15	besoin d'une cellule locale		
Je : un peu plus facilement	EI1	4	accès au spécialiste plus facilement		
Ca : plus facile d'accès	FG2	8	accès plus facile aux partenaires		
Ca : on s'en servirait probablement un petit peu plus	FG2	8	utilisation du réseau plus fréquente (si accès plus facile)		
Ca : on déroulerait l'éducateur sportif	FG2	8	accès aux coordonnées de l'éducateur sportif facilité		
Ca : sans être obligé d'aller chercher par soi-même	FG2	8	accès aux coordonnées de l'éducateur sportif facilité		
Ca : d'aller taper à 4 ou 5 portes pour trouver la bonne personne	FG2	8	accès aux coordonnées de l'éducateur sportif facilité		
Ca : ça serait plus facile	FG2	8	accès aux coordonnées de l'éducateur sportif facilité		
Is : un référent mettons sportif	FG2	8	réfèrent sportif souhaité par bassin		
Ca : ça soit mis à jour	FG2	8	mise à jour de l'annuaire des partenaires		
Je : éventuellement donner des adresses à ce moment-là, ça serait utile	EI1	5	utilisation du site internet donner la liste de partenaires au patient		
Ma: ça pourrait être une piste avec des bénévoles	FG3	15	accompagnateur = bénévoles		
Ma: des mamans bénévoles qui accepteraient peut-être de s'investir là-dedans	FG3	15	mamans bénévoles		
Ma: avoir une source de bénévoles accompagnateurs formés	FG3	15	avoir un pool de bénévoles formés		
Ma: ça pourrait être intéressant	FG3	15	Intéressant		
Ma: formidable idée	FG3	15	Intéressant		
Ma: une forme de solidarité	FG3	15	Solidarité		
Ma: intéressant ça	FG3	15	Intéressant		
Ma: ça pourrait résoudre le problème de l'accompagnateur qui est souvent mal perçu	FG3	15	réponse à la problématique de l'accompagnateur		
Ma: qui a du mal à trouver son rôle	FG3	15	réponse à la problématique de l'accompagnateur		
An: ça marcherait un peu mieux	FG3	15	rôle de l'accompagnateur plus efficace		

Ma: ça pourrait être intéressant	FG3	15		Intéressant		
Ma: se dire qu'on aurait un pool de bénévoles par bassin ou par secteur	FG3	15		pool de bénévoles par bassin de santé		
Ma: c'est intéressant ça	FG3	15		Intéressant		
Xa : je serais plus pour qu'on laisse, comment dire, inclure des patients, qu'il y ait un référent hospitalier	FG4	5		avoir un référent hospitalier pour inclusion		<b>REDEFINIR LE PARTENAIRE REFERENT</b>
Xa : lorsque je vois le nombre de questions par rapport au formulaire d'inclusion, je suis d'accord pour que quelqu'un d'hospitalier le fasse	FG4	5		avoir un référent hospitalier pour inclusion		
Cé : mais peut-être ce qui manque c'est quelqu'un qui coordonne	FG4	6		changement de la personne référente		
Ma : ça serait vraiment génial	FG4	6		Prise en charge hospitalière type hospitalisation de jour/semaine		
Ma : déplacer un peu plus pour que dans les hôpitaux de proximité	FG4	7		Prise en charge hospitalière type hospitalisation de jour/semaine		
Ma : ça soit plus globalisé	FG4	7		Prise en charge hospitalière type hospitalisation de jour/semaine		
Ma : ça serait peut-être pas mal	FG4	7		émotion positive		
Ma : Da : il aurait de quoi faire un réseau hospitalier, une antenne hospitalière, locale	FG4	7	<i>acquiescement des autres partenaires</i>	Prise en charge hospitalière type hospitalisation de jour/semaine		
Ma : enfin moi j'en serais ravie	FG4	7		Emotion positive		
Cé : parce que nous on n'y arrive pas	FG4	6		manque de temps du MG		
Cé : on n'a pas le temps	FG4	6		manque de temps		
Cé : ou alors si peut être l'inclusion était plus facile	FG4	6		MG d'accord pour être le référent si inclusion plus facile		
Cé : et puis qu'après le relai soit pris par une secrétaire à Toulouse par téléphone qui soit en contact avec les familles	FG4	6		organisation et suivi du parcours de soins par les secrétaires RéPPOP		
Cé : peut être quelqu'un qui nous décharge un peu de tout ça	FG4	6		organisation et suivi du parcours de soins par les secrétaires RéPPOP		
Ma: le problème c'est justement de décentraliser	FG3	11		décentraliser les ateliers		<b>MEILLEURE ACCESSIBILITE DES ATELIERS D'EDUCATION</b>
Ma: l'idée c'est de reconstruire, de décentraliser au maximum	FG3	11		décentraliser les ateliers		
Ma: les ateliers pourraient tourner dans divers bassins	FG3	11		notion d'ateliers mobiles par bassin		
Ma: avec des professionnels identifiés	FG3	11		professionnels identifiés		

Ma: ça serait décentraliser pour aller en proximité	FG3	11	décentraliser les ateliers		
Ma: la caravane RéPPOP	FG3	14	atelier mobile dans le département		
Je : on aurait besoin d'activités extra-scolaires, je ne sais pas, prévoir un coach sportif	EI1	5	plus d'activités proposées à l'enfant		<b>FAVORISER L'ACCESSIBILITE AUX ACTIVITES PHYSIQUES</b>
Je: faire des petites après-midi... avec des cours de sport	EI1	5	favoriser la promotion d'activité physique		
Is : même si c'est en Aveyron, bon ça nous concerne pas vraiment mais au moins savoir	FG2	5	intérêt des ateliers sportifs hors départements		
Is : ça peut donner des idées	FG2	5	source d'idées (favoriser les ateliers sportifs)		
Is : ça serait peut être intéressant de faire passer l'info (rôle du réseau)	FG2	5	plus de communication souhaitée sur les activités physiques		
Ph: pas bien au courant de ce qui se fait localement	FG1	6	médecin peu informé des activités		
Ma: il faut qu'on ait des référents sociaux locaux vraiment identifiés	FG3	14	référents sociaux de proximité identifiés	* REFERENTS SOCIAUX LOCAUX	<b>AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE SOCIALE</b>
Ma: quelles ressources on pouvait mobiliser, [-] financière pour continuer ce travail qui avançait bien quoi	FG3	14	ressources financières nécessaires pour financer éducateurs sportifs	* ENVISAGER LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES ACTIVITES PHYSIQUES	
Cé : non. Le diététicien ou la diététicienne, c'est très variable. Ça dépend plus des parents	FG4	6	nombre de consultations nécessaire variable en fonction de l'implication de la famille	* CONSULTATIONS REMBORSEES VARIABLES	
Cé : pour le psychologue, certainement pas	FG4	6	nombre de consultations chez le psychologue insuffisant		
Ph: le problème essentiel c'est la mère	FG1	7	mère problématique	* NECESSITE D'ENTOURER LA MERE	<b>* GESTION DE LA FAMILLE</b>
Ph: il faudrait plus [...] entourer la mère	FG1	7	nécessiter d'entourer la mère		
Ph: il y a vraiment beaucoup de choses au niveau de la mère	FG1	7	mère problématique		
An: c'est ce changement-là dans la famille qu'il faut faire	FG3	13	favoriser la cohésion dans la famille	* MEILLEURE COHESION DANS LA FAMILLE	

Je : peut-être faire des réunions d'informations	EI1	4		réunions d'information pour les parents	* FAVORISER L'EDUCATION DES PATIENTS	
Je : leur expliquer comment manger	EI1	4		conseils diététiques		
Je : faire des actions de terrain un peu ciblées	EI1	4		actions de terrain		
Je : faire des petites réunions régionales	EI1	5		formation de la population générale		
Je : le fait d'avoir un support internet, ne serait-ce qu'un site, pour leur donner de l'information,	EI1	5		utilisation du site internet comme site de conseil diététique		
Je : éventuellement donner des adresses à ce moment-là, ça serait utile	EI1	5		utilisation du site internet pour donner la liste des partenaires au sens large		
Xa : je pense qu'on excuse les possibilités justement aux familles de s'organiser autres choses que des objectifs matériels, courbes-poids-tailles etc	FG4	4		efficacité si liberté d'organisation du suivi par les familles	<b><i>LIBERTE D'ORGANISATION DU SUIVI PAR LA FAMILLE</i></b>	
Xa : c'est-à-dire qu'ils font leur soupe,	FG4	4		efficacité si liberté d'organisation du suivi par les familles		
Xa : ils vont voir le psychologue, ils vont voir le diététicien, ils prennent ce qu'ils ont envie, sans avoir une démarche obligatoire, enfin contraignante	FG4	4		efficacité si liberté d'organisation du suivi par les familles, pour prise en charge moins contraignante		
Xa : je pense que les choses se passeraient mieux	FG4	4		meilleure implication des familles		
Xa: je veux dire voir les gens quand ils ont besoin d'être vus, [...] obtiennent de la liberté par rapport au médecin	FG4	4		efficacité si liberté d'organisation du suivi par les familles		
Xa : je pense que s'il avait beaucoup de liberté, je pense que ça irait beaucoup mieux	FG4	4		efficacité si liberté d'organisation du suivi par les familles		
Xa : en leur laissant le choix du psychologue de l'entraîneur sportif le choix du kiné	FG4	4		choix des partenaires par les familles		
Xa : ils adhèrent	FG4	4		adhésion des familles si libre choix des partenaires		
Xa : ils sont très, très preneurs	FG4	4		bonne adhésion de la famille		
Xa : donner plus de liberté aux enfants	FG4	4		plus de liberté		
Va: absolument rien, rien du tout rien du tout non!	EI2	3	haussements d'épaule	pas de changement dans les relations avec les autres partenaires médicaux	<b>* AUCUN CHANGEMENT NECESSAIRE</b>	

## Annexe 8 : Retranscription du FG1

**Modérateur :** Bonjour à tous. Merci d'être, d'avoir fait l'effort de venir pour parler ce soir du réseau RéPPOP. On le fait dans le cadre de la thèse de Marion et Jeanne. Juste un petit mot pour rappeler un peu le principe du focus group. Le focus group, c'est un principe où tout le monde donne son point de vue, son avis. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Le but, c'est de rappeler son prénom quand on parle parce que quand, en fait, tout ce qu'on va dire, va être retranscrit par écrit. Vous prenez la parole en commençant par votre prénom et l'idéal est de laisser chacun enfin là ça va être plus facile, chacun puisse s'exprimer parce que 2 personnes qui parlent à même temps c'est difficile à retranscrire. Il faut essayer de respecter un peu ce [-]. De toute manière ce sera anonymisé ne vous inquiétez pas, il n'y a pas de fichage, ce sera totalement anonymisé. Ce qu'on peut faire peut être pour commencer c'est juste vous présenter : donner votre prénom, votre lieu d'exercice [-], est-ce que vous avez une clientèle essentiellement pédiatrique ou est-ce clientèle un peu variée, dont des enfants, et est-ce que vous avez une idée de combien d'enfants vous avez pu inclure dans le réseau ? Alors un ordre de grandeur, c'est pas un chiffre exact. Voilà on va commencer par Va.

Va : Je suis installée à Toulouse, quartier Saint-Simon [-] voilà, la clientèle pédiatrique ça représente à peu près 30 % de mes consultations pour les moins de 16 ans, quand même pas mal. D'enfants intégrés dans le RéPPOP depuis que j'y adhère, j'y participe 8 maximum je pense, ça fait un moment je ne me rappelle même plus depuis quand que je suis là [rire] donc euh...

Je : On aimerait rajouter l'année d'adhésion...

Va : Je sais pas

Je : Plus ou moins disons enfin 5 ans 10 ans ?

Va : Dans les 10 ans je pense [-] je ne me rappelle pas, je n'ai pas trop de traces.

Pa : Je suis installé [-] à Toulouse donc je vois de tout j'ai pas énormément d'enfants et je suis inscrit à RéPPOP depuis l'année dernière, j'ai fait un séminaire avec MG France. Au total, j'ai envoyé les gens, les patients en pédiatrie, ils se sont débrouillés seuls, je n'ai pas eu, j'avais peur de remplir des dossiers sur internet, un peu fastidieux, avec des courbes de poids, tous ces détails là et enfin de compte ça s'est jamais passé donc je suis bien content mais je vois que ça, mes patients continuent dans le réseau enfin je dois en avoir 4 ou 5 depuis 1 an je crois, je connaissais pas auparavant ce réseau RéPPOP. Voilà.

Ph : Donc euh installé pas loin à quelques centaines mètres d'ici donc moi je suis dans le réseau RéPPOP depuis un peu ça fait, depuis le début. J'ai pas compté mais depuis le début. Donc, j'en ai mis, je ne sais pas [-] 15, 20, un truc comme ça. Mais au début j'étais bien investi, j'étais à fond, j'ai des patients qui ont été interviewés par FR 3 [-] des trucs comme ça bref j'étais un peu à fond. Et puis, c'était quand même un petit peu lourd, on faisait tout avec les différents intervenants. Et petit à petit je me suis un peu démotivé et donc maintenant je ne rentre plus de patient sur le réseau comme ça avec moi partie prenante mais ça m'arrive de donner les numéros de téléphone en disant « voilà essayez de les joindre, je vous donne les numéros » et puis voilà et puis, effectivement ils le font. Voilà.

**Modérateur :** Très bien. Après cette présentation, ce qui serait intéressant c'est avoir un peu votre avis sur comment vous avez connu le réseau ? C'est à dire est ce que vous vous souvenez un peu comment vous avez mis un pied dans le réseau ? Est-ce que, comment est-ce qu'on vous en a un peu parlé, est ce qu'on est venu vous chercher, est ce que c'est vous qui avez vu passé l'information ?

Va : Je pense que, ou un mail ou un courrier qui me disait qu'il y avait une formation. Voilà donc [-] en 2005 quelque chose comme ça peut-être. Et que moi lorsque je me suis installée, je n'ai pas racheté de clientèle. Je suis arrivée, je me suis associée avec 3 hommes donc j'avais beaucoup de jeunes patients et de pédiatrie donc c'est quelque chose qui m'intéressait et j'y suis allée alors que j'avais pas beaucoup de patients concernés on va dire et j'y suis allée parce que ça m'intéressait. Donc j'ai connu le réseau comme ça heu et j'ai adhéré. Je pense que c'est suite au courrier envoyé par rapport à la formation je pense que c'est relativement au début du réseau RéPPOP.

Pa : Donc c'est ce que j'ai dit tout à l'heure j'avais fait effectivement suivi un séminaire par MGform donc j'ai pu rencontrer tous les intervenants, assistantes sociales, diététiciens, éducateurs sportifs. Ça m'a vraiment impressionné. Voilà et la diététique aussi très importante, j'ai [-] c'est vrai qu'il y avait un autre, un autre réseau qui existait dans mon quartier aussi à Bonnefoy Toulouse. Un réseau qui s'occupe de tous les patients en surpoids, c'est versant psychiatrie, et j'ai plus le nom d'ailleurs, c'est vrai j'envoyais les anorexiques, les boulimiques chez eux puis bon maintenant c'est vrai que là, c'est pour les enfants je trouve que c'est pratique mais j'ai envoyé les enfants à l'hôpital en pédiatrie et c'est vrai que ça s'est bien passé et voilà.

Ph : Donc moi, je me demande si c'était pas le docteur Oliver à l'époque qui s'en occupait et que je connaissais, qui m'avait un peu contacté un peu branché sur le truc et bon c'est vrai que j'étais intéressé là-dessus parce que bon j'avais un certain nombre d'enfants en particulier je m'occupais plus à cette époque-là que maintenant, des gitans qui est une population, qui est beaucoup plus affectée par l'obésité que la population classique. Et donc, bon j'étais un peu interpellé par cette montée de l'obésité donc j'avais bien adhéré à cause de ça. On avait fait une formation à Sesquières où on s'était déplacé. Pendant un an, les diététiciennes se déplaçaient là-bas, faisaient la bouffe avec les femmes... c'était un gros, gros truc qui avait été fait à l'époque. Mais ça n'a pas marché du tout pourtant [murmurements incompréhensibles].

**Modérateur :** Une fois que vous en avez entendu parlé, est-ce que vous avez un petit mot à dire sur l'adhésion, ça été à été compliqué pas compliqué ? Est-ce que vous avez trouvé ça fastidieux ? ou alors ça n'a pas posé de problème particulier ?

Va : Non, j'ai pas le souvenir que ça était très compliqué. Je me rappelle, on a fait une formation, je sais plus de un ou deux jours et voilà c'est tout voilà c'était simple. C'était simple.

Pa : Moi aussi j'ai aucun souvenir ça a dû être très simple sur internet j'ai dû avoir les coordonnées, voilà.

Ph : Quand tu parles d'adhésion tu veux dire quoi exactement ?

**Modérateur :** C'est-à-dire, c'est entre le moment où vous avez été intéressé, vous vous êtes renseigné on va dire, les démarches pour y rentrer est ce que c'était compliqué de joindre les gens du réseau ? Est-ce que ça a été [-] des fois on peut être rebouter parce qu'il faut des papiers, des choses je sais pas... D'un point de vue administratif ça a été compliqué ?

Ph : J'ai fait une petite formation qui était intéressante d'ailleurs sur la diététique, sur le côté physique tout ça c'était intéressant.

**Modérateur : D'accord. Pour finir un peu sur les premiers pas dans le réseau, quels étaient vos objectifs, on l'a déjà un peu abordé mais qu'est-ce que vous attendiez du réseau ?**

Va : Je l'envisageais et je continue à l'utiliser comme ça, c'est vraiment pour les enfants qui me posent problème dans la prise en charge. C'est à dire que j'y adresse que les enfants pour lesquels j'ai dû mal ou il y a une problématique particulière dont je peux pas m'en sortir juste dans la relation habituelle de patient/médecin. Voilà c'était pour avoir une aide, de travail de groupe, un appui auprès d'autres professionnels, des moyens dont les gens peuvent bénéficier en plus c'était vraiment pour avoir un plus dans des cas difficiles.

Pa : Bon ben c'est ce que j'ai dit aussi, prise en charge multidisciplinaire. Effectivement je crois, effectivement que c'est le réseau qui peut répondre à cette prise en charge à la fois diététique, psychologique, psychiatrique, sportive. Au départ, nous en médecine générale, on fait beaucoup d'hygiène diététique et sportive mais il y a aussi tout ce qui est psychiatrique psychologique qui est aussi à prendre en compte. Effectivement, il y a une avec des gens en difficultés sociales avec de faibles moyens et il y a une possibilité donc d'obtenir des réductions dans des clubs de sport donc ça, ça m'a beaucoup interpellé et je pense qu'effectivement c'est le but d'un tel réseau qui doit être réalisé.

Ph : C'est un petit peu différent de Va, moi effectivement moi c'était un peu systématique. Quand j'avais un enfant qui était trop gros, je cherchais pas à comprendre, vraiment je l'envoyais. Parce que j'avais quand même cette notion personnelle que c'était vraiment difficile, vraiment difficile de, pour [-], d'arriver effectivement à en faire maigrir. Soit par l'enfant lui-même quand il était un petit peu grand, soit quand il était petit, que les parents s'y mettent vraiment. Donc il y avait besoin d'une aide multidisciplinaire, plus importante que ce que je pouvais offrir, euh, et puis avec du temps parce qu'il faut beaucoup de temps pour ces consultations-là. Et puis, ce qui était bien ce qui me plaisait beaucoup, c'était effectivement certaines choses qui étaient, je leur disais bien « gratuite », « la diététicienne, vous l'avez gratos, en général vous la payez », « la psychologue en général vous la payez aussi, et là elle sera gratos aussi ». Donc ça les intéressait aussi cette choses-là, qu'on puisse leur expliquer que la société était prête à mouiller la chemise pour eux parce qu'ils se rendent compte que c'était vraiment difficile et que donc on y mettait les moyens, le paquet, qu'on mettait des sous là-dedans, et que ça valait le coup et donc que ça c'était tout une structure forte, importante et je trouvais que c'était bien ce qui se mettait en place et puis je les stimulais un peu pour qu'ils y aillent voilà.

**Modérateur : Une fois qu'on a vu comment on l'a découvert, comment on y est entré, un peu les motivations, on va aborder un peu en quoi, qu'est-ce que ça a changé dans votre pratique ? Est-ce que ça a changé votre pratique ? Déjà on va dire ça comme ça.**

Va : [-]C'est pas vraiment le fait d'intégrer le réseau, d'adhérer au réseau, qui a changé ma pratique, ma prise en charge de l'obésité de l'enfant en particulier. Voilà, ça a été plus des formations autres, des choses sur les motivations aux changements, de l'entretien motivationnel, qui ont modifié ma manière de faire, mais c'est pas le réseau RéPPOP. Après c'est les techniques que j'applique pour le RéPPOP mais et c'est pour ça aussi que je l'utilise dans le sens vraiment pour les cas difficiles pour avoir un plus, pour le RéPPOP je fais pas vraiment différent que ce que je vais faire pour un enfant x ou y qui est aussi obèse mais pour lequel la gestion se fait plus facilement. C'est juste pour avoir des choses en plus quoi vraiment. Donc dans la pratique, concrètement, c'est plus une aide pour la famille, par rapport au club de sport, la diététicienne, la psychologue qu'ils ne pourraient pas avoir s'ils n'étaient pas adhérents au réseau. Directement dans ma consultation, dans la gestion de ma consultation, j'ai pas l'impression que ça change vraiment ma manière de faire.

Pa : Effectivement avant j'adressais au pédiatre, pédiatre de l'hôpital ou du privé ces gamins et effectivement avec ce réseau RéPPOP, je préfère les envoyer directement à l'hôpital, pour voir une équipe qui semble plus adaptée pour répondre à cette, à leur problématique. C'est vrai que notre rôle de médecin généraliste et en général d'adresser à des spécialistes et là on adresse à un réseau, et on leur dit que c'est pas forcément des spécialistes qu'ils vont voir, donc là c'est effectivement différent comme prise en charge depuis que je connais ce réseau.

Ph : Qu'est-ce que ça a changé dans ma pratique ? [-] C'est vrai que la formation que j'ai faite m'a éclairée sur certaines choses que je faisais pas tellement jusque-là. La formation initiale, on connaissait pas cette histoire d'obésité pédiatrique et sa prise en charge, on l'a pas apprise [-]. Donc ça, c'est arrivé donc on a eu des notions effectivement sur la diététique de l'enfant, on avait des fiches c'était intéressant. Et puis il y avait tout ce côté prise en charge physique qui pour moi était pas du tout claire, j'avais une petite notion comme ça et donc toute cette prise en charge physique par rapport à la télévision par rapport voilà pour moi c'était un plus. Donc moi ça m'apportait vraiment quelque chose quoi. Donc ensuite, la deuxième chose que j'ai apprise effectivement, c'était plutôt en prenant en voyant effectivement, à partir du moment où l'on s'intéresse au problème où l'on fait partie du réseau, pendant un moment en tout cas on s'intéresse, on s'y passionne, on y fait attention, on est vigilant. Et donc là, ça a guidé un petit peu mon esprit et je me suis aperçu que effectivement le problème c'était les parents. La mère en particulier, qui faisait pas son job de mère à dire non. J'en avais encore vue une, avant-hier, une gosse de 3 ans, énorme, énorme, et puis je dis : « - alors ça va mieux ? - Oui de temps en temps elle prend un peu de coca. - C'est-à-dire qu'il y a du coca à la maison encore ? - Oui, c'est que moi j'aime bien le coca, donc j'en prends, et je dis à ma fille qu'il faut pas qu'elle en prenne mais elle en prend quand même. ». Donc, ça m'a appris beaucoup sur la famille, la gestion de la famille donc c'est ça, qu'il y avait besoin. Et toutes ces aides effectivement le RéPPOP, c'est très intéressant car ça faisait plusieurs voix qui disaient à la mère « il faut que vous changiez de comportement » donc c'était intéressant pour ça.

**Modérateur : C'est intéressant la gestion des parents, c'est-à-dire que la pédiatrie c'est un peu particulier, on n'est pas face à un patient mais face à un enfant et ses parents. Est-ce que l'habitude qui n'était pas forcément naturelle au départ de travailler à plusieurs en tant que professionnel, en tant que libéral, est-ce que, qu'est-ce que vous diriez sur le ... c'était pas quelque chose qu'on faisait naturellement en fait de mon temps on ne faisait pas ça forcément systématiquement.**

Va : Par rapport à la relation parent ? Par rapport à la relation avec le réseau ?

**Modérateur : C'est-à-dire la relation que vous avez avec les 2 autres professionnels, est ce que c'est une aide, pas une aide dans cette relation multiple qui est l'enfant/les parents, en fait la famille au sens large.**

Va : Oui donc oui je crois que c'est un des intérêts c'est-à-dire on dit globalement quand même, j'espère à peu près la même chose aux parents. Mais c'est dit d'une manière différente chacun à sa façon et ça peut convenir mieux à certain que ce soit dit comme ceci ou comme cela. Nous voilà il y a des fois où la diététicienne va écouter un peu plus la maman et nous on va écouter un peu plus l'enfant, ou c'est le père qui l'a amené cette fois-là. Voilà, ça permet de voir aussi tous les membres de la famille aussi, je crois que c'est important et de dire les choses chacun à sa façon et que ce soit entendu et qu'il y a une possibilité que ce soit entendu de différentes façons par le système que l'on a en face de nous qui est une famille quoi. Oui ça pour ça le réseau aide.

Pa : Je n'ai pas grand-chose à rajouter sur ce point-là. Bon c'est vrai que les parents parasitent la relation, parfois avec l'enfant, surtout avec l'adolescent. Bon j'ai bien appris à recevoir les enfants et adolescents à part si c'est possible. Bon d'un autre côté, j'avoue que je n'arrive pas à culpabiliser les parents, je pense que c'est tellement, tellement compliqué ou parfois c'est les parents qui ont eu des expériences ou un environnement qui les ont un petit peu rendu comme ça. Moi je

pense que les parents ne sont pas forcément fautifs s'il faut chercher une faute quelque part. C'est tout un environnement, il y a tout à prendre en compte. Je pense qu'en médecine générale c'est quand même chronophage, on ne peut pas s'en sortir seul, surtout avec des parents qui ont leurs idées très rigides. Donc avoir un réseau ça permet d'enfoncer un petit mieux le clou, parce qu'on est à plusieurs, on peut donner des vrais conseils diététiques et redire et au niveau psychologique aussi peut-être aussi d'essayer de résoudre quelques conflits, parce que c'est vrai qu'il y a des conflits dans la famille qu'on peut avoir connaissance dans la relation avec les parents. Et on peut quand même en tant que tiers essayer de les résoudre en les laissant communiquer. Mais bon, il y a ces deux aspects, il faut recevoir, enfin, essayer de trouver, c'est le réseau qui m'a appris à bien faire ça, bien appris à essayer de bien prendre l'enfant et l'adolescent seuls et les parents seuls, et les trois. Tout est important. C'est vrai que Le réseau m'a montré que tout ça était trop chronophage donc effectivement il faut laisser travailler tout un tas de gens qui sont bien spécialisés là-dedans. Je délègue bien aux membres du réseau à cause de tout ça.

Ph : [raclement de gorge] Dans le réseau ... Alors une première chose, c'est effectivement qu'on n'a pas de contact les uns avec les autres, [--] que ce soit avec la diététicienne, le psychologue ou l'éducateur physique. Alors l'éducateur physique ça ne m'est vraiment jamais arrivé. [Raclement de gorge] Il n'y a pas de contact. Il peut y avoir un petit mot de la diététicienne sur un petit truc, à l'époque où on faisait le cahier. Mais voilà, ce n'est pas une équipe qui communique tellement sur le patient. Donc c'est plutôt chacun son job, hein donc la diététicienne elle fait son truc, le préparateur physique fait son truc, et moi, je suis un peu là-dedans, s'ils n'ont pas vu la diététicienne depuis un moment, [--] Donc je fais un peu le boulot effectivement de diététicienne, préparateur physique c'est pareil, je fais un petit peu les choses comme ça. Mais c'est pas, [raclement de gorge, puis soupirs], c'est pas très simple. Ce n'est pas très simple non plus pour les parents qui souvent n'y vont pas, aux réunions. Enfin je trouvais qu'ils n'y allaient pas : ça faisait loin, et alors que j'avais cette chance c'est que je suis juste à côté. Mais bon c'était lourd, ça faisait trop, trop pour eux. Pour nous, c'était moins chronophage mais pour eux ça l'était d'avantage. Donc ils n'y allaient pas, voilà, donc ce n'était pas facile. Parce que je ne sais pas si on en parlera, mais c'est vrai que maintenant j'ai un peu arrêté, je ne suis plus tellement dans le réseau, j'envoie juste comme ça. Je ne fais plus les choses comme je faisais bien au début. Voilà il y a toutes ces petites choses qui coïncident.

**Modérateur : C'est intéressant J'aurai bien voulu avoir votre avis quand tu dis « il n'y a pas de contact », c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'information qui circulent c'est ça que tu as voulu dire c'est ça ?**

Ph : Oui. De la part en tout cas de l'éducateur physique, oui il y a zéro, du psychologue, on peut dire pratiquement zéro aussi, diététiciennes c'est ceux qui jouaient un peu plus le jeu à mon sens. J'avais un peu plus de messages de leur part. Ou alors au téléphone, moi quand je faisais rentrer quelqu'un, je pouvais avoir la diététicienne au bout du fil, je pouvais en parler un petit peu, j'avais un petit contact. Mais c'est tout. C'était un peu favorisé au niveau de la diététicienne.

Va : Je pense effectivement que c'est un écueil pour l'instant ; la communication entre les différents intervenants reste difficile, encore plus maintenant qu'on a supprimé le petit carnet. C'était peut-être que du papier mais au moins on voyait ce qui était écrit, on voyait qu'ils avaient été chez la diététicienne, la psychologue et même s'il n'y avait pas de discours, on avait un objectif de noté voilà et c'était bien. Moi je le remplissais systématiquement et je trouvais que c'était bien. Parce que là, quand on regarde le dossier sur le site, ou je ne sais pas faire, mais sinon on a accès qu'à ce que l'on met alors moi je ne vois que ça les courbes, etc... et sinon ça veut dire passer par le téléphone, avec tous les aléas du téléphone, on se croise, on se rate, il faut appeler 50 fois pour arriver à s'avoir au bout du fil. Joindre c'est toujours un peu difficile. Donc diététicienne, on a nos petites habitudes, donc souvent je fonctionne avec celles qui sont aux alentours, qui sont dans le réseau. Ça va un peu près. Les psychologues c'est un peu moins souvent, ou ceux qui étaient amenés à être suivis c'était des psychologues qu'ils avaient avant, qui ne faisaient pas partis du réseau, mais bon, on pouvait garder le contact. Educateur physique, jamais eu voilà. Mais après c'est vrai que ce sont des clubs sportifs qui ne sont pas directement en lien avec le réseau, qui ne le connaissent pas non plus. C'est difficile d'aller appeler un coach de basket ou je ne sais pas quoi, on ne peut pas donner des infos comme ça non plus voilà. Après, ceux avec qui on peut être en contact et relativement facilement, c'est les assistantes sociales du réseau quand on utilise les centres de vacances d'été de 3 semaines, ça peut être très intéressant et on peut en discuter assez facilement. On peut les avoir facilement. Mais sinon la communication reste un point noir et du coup moi j'ai souvent l'impression que je suis quand même le médecin, presque le référent prépondérant et que même si ça nous aide en terme de temps, on passe sur le dossier avec le patient ça reste très chronophage, parce qu'on reste l'élément central.

Pa : Bon, moi je n'ai pas eu effectivement de retour. Mais je ne m'y suis pas intéressé, il faut dire la vérité parce qu'on a tellement de choses à faire. Mais bon c'est vrai qu'en recevant les patients, j'ai vu effectivement qu'ils suivaient la diététicienne, les entretiens avec les diététiciennes ou les psychologues mais j'ai pas participé, je n'ai pas été effectivement chercher à savoir ce qui se fait pendant toutes ces consultations.

**Modérateur : Est-ce que, on en parlait tout à l'heure, du temps du petit carnet papier, qu'est-ce que vous diriez sur le système informatisé ? Le dossier d'inclusion ? D'un point de vue purement technique, d'organisation. Vous disiez que ça prenait déjà... un peu chronophage, est ce qu'il y a d'autres remarques ?**

Va : Hormis que je « bugue » régulièrement, que je suis obligée d'appeler pour débloquer mon compte parce que je fais des fausses manœuvres et que voilà [sourire], et que ça prend un peu de temps, il y a un truc qui m'énervait particulièrement quand il y a des enfants que l'on voit régulièrement tous les mois, et qu'il faut se taper à chaque fois re-remplir « qu'est-ce qu'il prend au petit déjeuner », toute la liste [soupirs] , des fois je saute voilà parce que on n'a pas moyen d'adapter, de faire une consultation longue ou une retranscription longue de quelque chose de très complet ou de quelque chose de plus bref, qui est vraiment du suivi puisqu'on le voit très régulièrement. Il y a des enfants qu'on voit tous les 3 mois et oui, c'est logique de tout reprendre, mais pour les gamins qu'on voit tous les mois des fois, on n'a pas envie de tout reprendre, c'est pas souple. Voilà c'est pas souple par rapport à ce côté-là. Heu et après, reprendre tous les IMC depuis la naissance, c'est passionnant mais... c'est usant ! [rire] Voilà ! On souhaite qu'ils viennent très tôt, à 3 ans, car il y en a moins ! [rires]

**Modérateur : Ok. D'un point de vue purement pratique, le dossier ?**

Pa : J'ai jamais rempli de dossier au niveau informatique, j'avais très peur de le faire, parce qu'effectivement j'ai très vite compris que ce n'était pas à ma portée. Heu Je pense que c'est vrai qu'il devrait y avoir essentiellement, qu'on soit informé sur le retour, pas forcément le contenu de la séance de psycho, de diététique, mais simplement savoir qu'il y a eu une séance de diététique. Effectivement, j'ai jamais vraiment inclus de patients personnellement donc c'est peut-être pour ça que je ne reçois rien. Je pense que ça serait bien, effectivement que le médecin généraliste du patient qui suit l'enfant, doit avoir un retour, comme quoi il a vu un diététicien. Nous en tant que généraliste c'est pas très intéressant le contenu mais déjà s'il a eu un rendez-vous qui a été pris et bien suivi, par exemple, avec un psychologue ou avec un diététicien, le simple fait de savoir ça, cette information, pour nous c'est la plus précieuse. Après pour le contenu, je crois ... il ne faut pas demander à tous ces professionnels de nous donner un contenu puisqu'ils ne s'en sortent pas, ils ne s'en sortiraient jamais [soupirs]. A la limite, si on veut fouiller, on peut toujours interroger le patient mais c'est bien déjà de savoir ce retour, la régularité des consultations. Ça c'est une information, la seule précieuse pour le médecin généraliste voilà. Effectivement, j'aimerais bien avoir, par exemple dans ma boîte mail, tel enfant a eu la consultation diététique tel jour ou alors, une tous les 3 mois, en disant toutes les consultations qu'il a eu : il y a eu l'Assistante Sociale qui est intervenue, l'éducateur sportif, voilà, déjà tout ça, ça nous donnerait du concret, on re-rentretrait dans le dossier, enfin dans le réseau avec l'enfant, et on participerait davantage à la prise en charge multidisciplinaire, voilà. Je crois qu'il ne faut pas trop demander à tous ces professionnels des compte-rendu parce que, à mon avis, c'est pas très, très ... c'est là le cœur du problème. C'est juste le fait qu'il y ait une consultation.

Ph : Donc moi heu, moi, je parlerai plus de la lourdeur effectivement de bon.... Moi, au moment où le côté informatique s'est mis en place, au début ça ne marchait pas du tout. Pendant un bon moment ça marchait pas du tout. Donc à ce moment, j'ai commencé à fléchir, à me dire, à plus trop m'en occuper. S'il faut passer à l'informatique maintenant, stop, stop, stop. Parce que je voyais bien que ça ne marchait pas trop et que déjà effectivement je trouvais que c'était un peu lourd au niveau paperasse, qu'il fallait remplir tout ça. Qu'il fallait... bon entre le fait que les familles ne venaient pas régulièrement, donc, pourquoi ? Parce que effectivement c'est une pathologie où justement les gens ne sont pas très réguliers, pas très observateurs, c'est un peu n'importe quoi. Les concessions, justement par définition, ils vont pas venir parce qu'ils ne sont pas comme ça. Ils venaient, ils ne venaient pas. Donc il fallait remplir des tas de choses lorsqu'ils venaient. Je sais à la fin, on pouvait toucher une somme assez rondelette, je ne sais plus combien c'était. Que je n'ai jamais demandé, je n'ai jamais demandé parce que je me suis dit « tu ne le mérites pas, tu n'as pas remplie toutes les cases les jours où ils ne sont pas venus », donc tu ne vas leur envoyer un truc qui est n'importe quoi. Je n'ai jamais demandé la somme qu'on pouvait toucher. Donc heu mais voilà pour dire que c'était lourd. Donc on ne pouvait pas, s'il fallait mettre à chaque fois les menus... Non ! C'était un peu trop lourd pour moi. C'est pour ça que maintenant, je les envoie et hop c'est tout.

**Modérateur : Est-ce que comme vous êtes identifiés comme médecin RéPPOP, vous avez été des fois amenés à suivre des enfants qui ne sont pas de votre patientèle ?**

Va : la première aujourd'hui. C'est la première fois que ça m'arrive. C'est un enfant qui est suivi par une psychologue et qui a par ailleurs un problème de poids, probablement en lien avec sa pathologie psychologique, et qui a dit à la maman de venir me voir pour le réseau. Donc c'était la première fois. J'ai trouvé ça encore plus, bien plus difficile que sur un enfant qu'on connaît depuis qu'il est petit, parce qu'on a déjà parlé du problème, on l'a déjà évoqué. On connaît la famille, on sait comment ils réfléchissent, comment ils raisonnent, on connaît un peu leurs habitudes... etc, etc, etc. Là ça a été [sourir] voilà, avec des parents, investis, ils sont venus tous les deux au rendez-vous c'est la première fois que ça arrive je pense [rire]. Tout reprendre, la petite, elle avait 11 ans, pas une courbe de poids et d'IMC faites... tout reprendre depuis l'âge de 1 an. Essayer de comprendre les tenants, les aboutissants et je lui ai rien fait de clinique que la peser, de la mesurer, regarder son stade pubertaire, ça a été l'examen clinique 5 min hein pas plus, et tout le reste ça a été presque 55 minutes d'histoires, de reprendre tout, de tout noter. Donc très, très lourd parce qu'on ne connaît pas tout ce qui est derrière et que malgré tout il y a un moment où il faut le faire, parce qu'on en a besoin si on veut gérer la problématique, il faut connaître ce qui s'est passé avant. J'ai trouvé que c'était beaucoup plus difficile. Et c'était sans doute une de mes angoisses entre guillemets, modérée quand même, quand j'ai intégré le réseau de me dire, que je voulais bien le proposer à mes patients mais j'avais pas envie de voir plein d'enfants rien que pour ça, pour des questions très basiques. Je suis un peu maniaque des courbes et ça m'énerve quand je vois un carnet tout, et que je dois les faire moi [rire]. Pour ce genre de choses, c'est vrai que je pense que je ne pourrais pas le faire 50 fois dans la semaine parce que c'est encore plus de temps que pour un enfant qu'on connaît bien.

**Modérateur : Ça t'est déjà arrivé ? (à l'attention de Ph)**

Ph : Ca m'est jamais arrivé, enfin j'ai pas le souvenir en tout cas que ça me soit arrivé.

Pa : Moi non plus. Je suis à Toulouse et les gens bougent beaucoup. On récupère tout un tas d'enfants qui ont eu des prises en charge avec d'autres réseaux, et qui sont assez décevantes. On voit qu'ils grossissent toujours sur les courbes de poids. Et donc c'est toujours gênant quand on voit tous ces jeunes patients arriver et leur redire « Est-ce que vous avez vu un spécialiste pour le surpoids de votre enfant ? » Ils en ont tellement entendu parler qu'ils ne veulent plus trop se l'avouer. Mais en tout cas de spécialistes, ou de psychologues qui m'ont demandé de prendre en charge dans le réseau RéPPOP, non.

**Modérateur : Quand vous disiez tout à l'heure, on a un peu fait la liste des choses qui étaient un peu lourdes ou qui fonctionnaient, est-ce que vous auriez des attentes ou des propositions ? Comment vous verriez, est-ce qu'il y aurait un moyen ou une solution pour que ça fonctionne un peu mieux ? Comme on a un peu listé la lourdeur du dossier, la difficulté que l'information circule, le fait que les familles viennent ou ne viennent pas forcément, enfin l'implication des familles ? Vous auriez des pistes ou des remarques particulières ?**

Va : J'utilise l'informatique maintenant donc c'est vrai je pense qu'il faut alors l'utiliser jusqu'au bout. Et essayer de faire que tout le monde mette un petit quelque chose pour que les secrétaires du réseau deux fois par an nous envoient, un message récapitulatif, « il y a eu tant de consultations », vraiment juste un petit truc pour avoir une petite idée, je pense que les coordonnées des uns et des autres. Voilà ça peut, ça pourrait peut-être nous faciliter les choses. On sait que dans le dossier, il y a les coordonnées des différents intervenants. Et peut-être avoir une version, dans le dossier, plus réduite pour vraiment des suivis heu moins détaillés, rapprochés.

Pa: Moi aussi je pense qu'avant tout il faut informer le médecin traitant, qu'il appartienne ou pas au réseau RéPPOP. D'ailleurs le réseau RéPPOP devrait s'agrandir grâce à ça parce qu'il serait peut-être d'avantage connu. Mais au moins il doit y avoir un médecin traitant, pas forcément un médecin qui appartienne à RéPPOP pour qu'il soit informé, pour qu'au moins il voit les intervenants du réseau RéPPOP.

Ph : Bon, moi, ce qui m'intéresserait en fait, c'est si ... je ne sais pas comment il est ce dossier informatique. Mais [...] ce qui serait peut-être bien, c'est toujours pareil, nous, on est tellement à la suite de quelque chose, qui nous réduirait, quand j'écoutais Va qui disait 55 minutes [son et mimique qui miment l'horreur], je me dis « l'horreur », c'est impossible pour moi. Donc, effectivement avoir quelque chose de très minimal. Moi ce que j'aimerais marquer c'est l'IMC du jour, un écueil, voilà une difficulté que je remarque, une piste d'amélioration, ou quelque chose de bien qui s'est passé. Tac tac juste ça. C'est tout. Puis ensuite que la diététicienne dise pareil, une petite chose, un petit plus et que les choses avancent tout doucement. Quelque chose de vraiment très, très minimal et qui puisse fonctionner quoi. Parce que nous, si on veut continuer à travailler là-dedans, dans la durée, il faut qu'on ne s'y épuise pas, il faut que ce soit d'une simplicité, mais vraiment il faut que ça soit minimal, moi sinon j'y vais pas quoi. Donc, voilà quelque chose d'ultra simple.

**Modérateur : Si je vous ai bien écouté, vous n'avez à aucun moment d'informations, de ce qui est écrit, l'équivalent du dossier papier de l'époque, à aucun moment avec le dossier informatique vous avez le moindre point de vue des deux autres, c'est ça ?**

[Acquiescement général]

**D'accord. Est-ce que, on a discuté un peu de la relation entre les trois professionnels autour de l'enfant. Quelle est la relation en tant que médecin RéPPOP avec l'équipe hospitalière ? Est-ce que vous trouvez que la communication elle est heu ... ?**

Ph: Pardon pour réagir à ce que tu as dit là : on n'a pas d'information de la part du psy de la part du préparateur tout ça etc, etc. C'est vrai qu'en fonction de ce que je viens de dire, dire que je leur demande que moi je suis prêt à faire le minimum je leur demande pas à l'opposé de m'écrire trois pages, ça va pas marcher également de leur côté hein d'accord ! Pardon.

**Modérateur : Donc la relation on va dire avec l'équipe hospitalière, est-ce que vous auriez des choses à dire ?**

Va : Relation hospitalière classique. Donc difficultés des fois à les joindre, voilà des trucs banals on va dire avec. Sinon une fois qu'on les a, [--] [soupir] non, pas de gros, gros problèmes. Après moi, l'intérêt pour moi du RéPPOP c'est malgré tout d'avoir une prise en charge ambulatoire. Donc je ne les envoie pas beaucoup sur l'hôpital. Juste des enfants qui ont eu peu de bilans, ils vont faire les 3 jours tant qu'à faire pour bien cadrer, mais c'est pas la majorité des enfants. La plupart des enfants que j'intègre ne font pas systématiquement de passage à l'hôpital, ne vont pas obligatoirement en milieu hospitalier pour compléter le bilan. Ou alors c'est parfois juste une consultation, c'est même pas une journée en hôpital de jour, terminé. Donc après, pas trop de problèmes de communication. On reçoit toujours un quand ils y vont on a toujours un, quelques temps après mais on a un courrier, c'est pas un problème, ça finit par arriver. Mais c'est pas dans le dossier informatique par contre.

**Modérateur : J'ai peut-être mal posé ma question. Ce n'était pas forcément quels sont vos problèmes, mais quelles sont vos relations ? Qu'est ce qui fonctionne bien ou qu'est ce qui fonctionne pas bien ?**

Va : Ouais ce ne sont pas les relations avec l'hôpital les plus intenses... Ca ne fonctionne pas trop mal, pas trop mal.

Pa : Ce sont des relations habituelles, médecin généraliste/spécialistes/pédiatres. J'ai des courriers me disant que l'enfant est confié au réseau RéPPOP

Ph : Moi pareil. Pareil que vous deux. Vous étiez assez d'accord.

Va : Je vais rajouter quelque chose après je trouve quand même que les médecins sont disponibles : Si on veut discuter, savoir quel type de choses on peut proposer, si on veut plutôt une prise en charge avec des ateliers de groupe. J'ai eu ce [...] type de relation, de questions, et j'ai eu des réponses claires. Donc voilà globalement ça se passe bien.

**Modérateur : On revient juste sur votre point de vue sur les formations que propose RéPPOP, quelles soient la formation initiale, même si ça remonte à quelques années. Mais qu'est-ce que vous diriez sur les programmes ou sur les différentes propositions que vous propose le réseau ?**

Va : J'en ai pas fait beaucoup après. Parce qu'il n'y a souvent pas beaucoup de dates. C'est un peu le souci. Ça tombe souvent pendant des périodes ou on fait des formations continues. Après c'est des choix mais c'est parfois compliqué de mettre deux formations en 15 jours, pour l'histoire de remplaçants etc, etc... Donc voilà il y en avait quelques-unes qui m'auraient intéressées et je n'ai pas pu y aller pour une histoire, car j'étais déjà inscrite ailleurs qui étaient trop proches et on n'avait pas trop de choix dans les dates. C'est simplement ça. Après il y a des choses, et on prend ce qui nous intéresse.

Pa : Moi j'ai eu la proposition de cette formation par MG France et le réseau RéPPOP effectivement. J'ai trouvé ça effectivement extraordinairement bien fait parce qu'il y avait la partie diététique qui a bien été traitée à fond, la partie éducateur sportif, ils sont intervenus, les kinés, les psychologues aussi, on a eu tout un tas de speeches. Et Je pense que j'ai eu 4 jours intenses. Et j'aimerais bien en faire d'avantage d'ailleurs. Je crois pas qu'on ait abordé tout, c'était impossible en 4 jours je pense que c'était très bien fait. Je serais partant pour en refaire encore d'autres de ce type. Très enrichissant.

Ph : Bon, à part le [--]

il y a bien longtemps, il y a eu cette formation initiale puis peut être une autre fois ensuite, je n'y suis pas allé du tout aux formations successives. Et en même temps, c'est quelque chose que je demande pour rester dans le coup, heu je me dis que c'est bien que les gens ils continuent à former pour ... c'est un bon stimulant pour les médecins... et d'un autre côté, heu c'est vrai que j'y allais pas quand même, j'ai perdu mon intérêt là-dedans. Et donc je n'y allais pas par voilà heu ; parce que ... parce que je fonctionne un peu comme ça, personnellement, je fonctionne un peu avec des passions effectivement sur des choses qui vont m'intéresser pendant quelques années et puis, je vais y aller à fond, et puis ensuite, ça va moins m'intéresser et par contre il y a autre chose qui m'intéresse beaucoup donc je vais me lancer là-dedans, et je vais fonctionner un peu comme ça. Je change un peu ma façon d'être médecin généraliste. Je varie mes hobbies effectivement dans ce métier-là.. Je suis comme ça, je ne reste pas très fidèle sur ce plan-là voilà.

**Modérateur : Et ce que disait Va c'est que « des fois c'est difficile de mettre des formations, des dates. Est-ce qu'il y aurait des idées de formations différentes, en ligne, je dis n'importe quoi mais. Est-ce que vous seriez demandeurs de formations, de format pédagogique un peu différent ? Ou plus facile ? Plus court sur une soirée ? Voilà**

Va : Alors moi je ne suis pas très à l'aise avec les formations en ligne. C'est pas très chaleureux [rires]. Après, oui, l'idée pour moi serait d'alterner des formations courtes (une soirée, une demi-journée) avec des formations plus longues où on va vraiment approfondir quelque chose. Après, aussi, dans ce type de problématique, on fait quand même le tour de la question, il n'y a pas, il y a des choses qui progressent, mais ça c'est toujours un peu les mêmes choses qui reviennent donc une fois qu'on les a faites, c'est logique que le RéPPOP continue à proposer des choses mais voilà on a déjà eu donc c'est logique que les formations s'espacent. Moi ce qui m'intéresserait maintenant c'est plus des choses qui font associer la diététique, la sociologie, la culture, des choses comme ça. Comment ajuster par rapport à nos différents patients. Ce n'est pas obligatoirement directement médical. La base du médical reste toujours à peu près la même.

Pa : Moi, c'est le côté concret qui m'aurait intéressé. Dans les formations, enfin il y a des ... il y a des ... des... éducateurs enfin des... des sports mis en place gratuitement pour les enfants bon. La formation que j'ai suivie il y a un ou deux ans, ce n'était pas tout à fait gratuit pour tout le monde. Il y avait le passage auprès de l'assistante sociale, pour étudier vraiment les conditions sociales, avant de débloquer quelques moyens. Mais il semble que ce soit évolué mais peut-être pas dans ce sens de la gratuité complète. Et donc j'aurais aimé savoir, disons quelques exemples, par exemple telle ... telle personne, au niveau social, avec la CMU heu, ou de très bas niveau social, peut avoir tel stage proposé par exemple une heure de basket, trois fois par semaine, pendant trois ans heu pendant un an pardon. C'est ce côté concret qui m'a manqué. On nous a dit que l'assistante sociale avait étudié les moyens de la famille des enfants et proposerait des solutions plus ou moins gratuites. La diététicienne aussi c'était la même chose : la première consultation était gratuite mais après il y aurait la moitié... j'aurais bien aimé avoir quelques exemples, par exemple pour un bas niveau social, à quoi concrètement ils ont droit de gratuit et de payant. Pour un niveau social un peu plus élevé, qu'est-ce qu'ils peuvent attendre de ce réseau social. C'est là ce sont des exemples plus concrets que j'aurais vu dans les formations. Parce que c'est vrai que je n'ose pas trop dire à mes patients que ça va être gratuit avec le réseau RéPPOP [rire] que tout va être donné comme ça euh. Je pense au contraire, je leur dis tout un tas d'effort qu'il faut qu'ils fassent, que peut-être il y aura des aménagements mais que ce sera vraiment payant tous ces efforts qu'ils feraient en rentrant dans le réseau.

**Modérateur : Est-ce que c'est votre point de vue aussi sur le coté de « je ne suis pas trop au courant de quoi proposer de manière concrète » ? Où vous êtes globalement bien informés ?**

Pa : En fonction du niveau social encore une fois bon c'est vrai qu'on a de très bas niveau sociaux et peut être qu'effectivement ils auraient plus de moyens mais concrètement ....

**Modérateur : Et indépendamment du côté financier, vous êtes au courant des activités concrètes qui existent ?**

Ph : Donc heu enfin moi il y a quelque chose qui m'a interpellé dans ce que disait Va, c'est le côté anthropologique, effectivement donc heu effectivement les maghrébins, donc heu souvent il y a de l'obésité, donc essayer de comprendre comment ils fonctionnent leur menus etc. Ce sont des choses qui sont intéressantes quoi. Donc j'ai vu ce côté-là avec les gens du voyage mais effectivement les maghrébins ça peut être également ...

Sinon, effectivement, on n'est pas bien au courant, heu on est pas bien au courant de ce qui se fait localement, et moi ce qui m'aurait plus intéressé, plus que le truc en ligne, qui quoi j'ai goûté au DPC en ligne, j'en ai fait un, j'ai trouvé ça assez intéressant car on le fait quand on a un moment, on s'y met, on le fait quand on veut. J'ai trouvé ça assez [ - ] intéressant de ce côté-là. Mais sinon, moi ce qui m'intéressait comme formation, c'était peut-être, c'est plutôt le réseau justement pour en revenir à ce qu'on disait tout à l'heure, qu'on se connaît, qu'on se connaît pas, qu'on ne communique pas. S'il pouvait y avoir une formation plus localisée, c'est-à-dire que moi je puisse effectivement rencontrer la diététicienne, qui est vraiment de mon secteur à moi là avec qui je vais envoyer, psychologue que je vais envoyer voilà, que je vais les connaître, heu les préparateurs physiques au besoin. Faire une petite cellule locale, qu'on se connaisse qu'on se connaisse bien et qu'on fasse une petite formation ensemble, là qui soit pas juste entre médecins mais où se retrouver de tout, c'est très intéressant cette formation, on n'était pas que des médecins généralistes. Une petite formation où on se retrouve avec les acteurs vraiment locaux, qu'on voit des visages pour que ça soit vraiment convivial, pour que ça soit chaleureux voilà. Ça, ça serait peut être intéressant à mettre en place : des cellules vraiment locales voilà.

Va : Par rapport, au fait d'avoir des infos, je trouve que c'est pas trop mal par rapport aux sports, moi je ne sais pas comment je l'ai eu mais je l'ai [rire], j'ai une liste avec toutes les associations auxquelles le réseau RéPPOP participait Bouge Mieux 31 etc, donc j'ai surligné toutes celles qui sont dans le 31100, et c'est vrai que voilà je donne les coordonnées aux gens quand il y a besoin et ça se passe pas trop mal, des infos qui viennent directement du RéPPOP. Je sais que l'an dernier, ils nous avaient appelé pour dire qu'il y avait des Ateliers de cuisine avec je ne sais plus quel grand chef, on nous avait contacté pour savoir si on avait des enfants intéressés. Donc moi j'ai trouvé que de ce côté-là, quand même l'info pour moi c'est sur ce type de choses, pour transmettre au patient j'ai pas eu de gros problèmes, j'ai pas eu de gros gros soucis, des camps d'été etc. De ce côté-là, ça va.

**Modérateur : Est-ce que [--] pour finir, [--] est-ce la base de partir sur deux ans vous paraît une base adaptée, pas adaptée ? Ce suivi-là est-ce que ça vous paraît trop long, trop court ?**

Ph : Ça me paraît être quelque chose de correct. On est quand même dans une durée qui se tient. Un effort sur deux ans, c'est déjà bien. On va dire que c'est long hein ! 2 ans c'est long. Mais c'est vrai que quand les consultations ne se font pas systématiquement tous les mois, qu'on les voit qui reviennent, un an ça serait trop peu ce serait trop peu. Deux ans c'est bien ciblé.

Va : Il faut ça. J'ai des enfants qui y sont depuis plus longtemps avec un suivi plus relâché après. Mais il faut ça parce que ça prend énormément de temps de changer les habitudes et souvent c'est une impression qui s'est un peu répétée qu'ils soient dans le RéPPOP ou pas d'ailleurs, puisque finalement c'est pareil c'est la même chose, heu [--]

On fait des choses à un temps donné, pendant deux, trois ans, on a l'impression qu'ils sont très motivés, très présents, ils suivent bien pendant 2 mois ou 3 mois. Et puis les résultats sont moyens on arrive à grand peine à stabiliser on va dire on se dit ouais bof tout ça pour ça ! Et finalement, c'est au bout de 4 ou 5 ans qu'ils arrivent à l'adolescence, on a l'impression, on voit le bénéfice de tout le travail et là du coup les choses s'améliorent et le gamin adhère complètement. C'est souvent que ça arrive à retardement. Alors ça on le voit quand ce sont nos patients. Mais heu c'est [-] voilà. Alors qu'à 8 ans c'est la galère qu'il y a des moments que [souffle] que ça faisait beaucoup pour arriver à un IMC qui est encore au-dessus bof bof ! Personne n'est content ; ni eux, ni nous et voilà. Et puis finalement à 12 ans, hop on voit qu'ils reviennent, que leur courbe se normalise. Ça fait très plaisir. [rire] voilà

Pa : Je pense que c'est très schématique deux ans. Je crois qu'à partir du moment où il est inclus, il devrait l'être jusqu'à la fin de l'adolescence. S'il le souhaite encore une fois. Je pense que deux ans c'est tout à fait artificiel, comme un an, comme trois ans. Je crois qu'il faut les prendre en charge jusqu'à l'âge adulte.

**Modérateur : Tu parlais du Financement pour le médecin par rapport au temps passé. Toi t'as dit « j'ai pas osé demander puisque je n'ai pas rempli toutes les cases ». Je veux juste votre avis sur le le ; vous avez envoyé le le [--] ? Vous trouvez que c'est payé correctement par rapport au temps passé ? vous avez envoyé ? Vous n'avez pas envoyé ?**

Va : Alors moi j'ai pas le souvenir d'avoir jamais réclamé mais on m'a envoyé quelque chose. Ce qui me met quand même très en colère c'est quand on me dit que ce soit d'ailleurs papier ou informatique « pour l'enfant truc, nous n'avons pas reçu votre machin » alors que on l'a fait, on y a passé du temps. Alors là je prends mon téléphone [rire]. Je n'aurais rien réclamé si il ne m'avait rien dit mais il vient de me dire qu'ils ne vont pas me le donner parce-que je ne l'ai pas envoyé alors que je l'ai fait... ça, ça m'énerve. Voilà, après [-] c'est [-] non [-] si on rapporte au temps qu'on y passe franchement c'est 200 euros maintenant par dossier pour une année de de suivi heu. Voilà, si on fait un bon suivi tous les mois ou tous les deux mois [toux d'un participant]. Voilà moi personnellement je [-] c'est des consultations c'est [-] voilà [-] c'est une demi-heure, minimum, c'est une demi-heure [--] donc quand l'informatique, quand on arrive à accéder au site tout ça, si il faut prendre après... enfin bref... donc heu voilà par rapport au temps passé c'est probablement pas grand-chose et ça fait pas cher de l'heure. Après moi je ne fais pas pour ça c'est aussi quelque chose qui m'intéresse et ça me [-] si je continue à le faire c'est que ça me plaît, mais c'est vraiment pas pour ça.

Pa : Moi je ne suis pas du tout intéressé par cet aspect-là et encore moins par l'aspect, effectivement, informatique, remplissage de paperasse, donc, effectivement, je n'ai jamais réclamé ce genre de chose. Moi ce qui m'intéresse c'est qu'il rentre et qu'il voit d'autres personnes et qu'il y ait un retour si possible, c'est vrai, et c'est peut-être effectivement dommage parce-que je pourrai peut-être m'impliquer davantage. Bon vu que je n'ai peut-être pas le temps malheureusement [-] bon j'ai très vite compris que c'était trop chronophage, tout ce remplissage de [--] Et je laisse faire les réseaux RéPPOP et je ne, donc, pense pas que ce soit légitime que j'ai eu la moindre rémunération.

**Modérateur : Une dernière chose et j'ai fini. Le [--] vous trouvez que [-] en faisant parti de RéPPOP vous faites plus de dépistages ? Vous avez plus de ... enfin... ça modifie votre [-] enfin ça fait partie d'un centre de réflexe de [-] dans le [-] ? Ou non ?**

Va : Oui moi je pense que [-] je suis plus vigilante [--] J'en parle... Voilà, je vais soulever des problèmes beaucoup plus tôt parce-que, parce qu'on s'aperçoit très vite que voilà, quand on voit que ça commence à dérapé à 2 ou 3 ans, on sait qu'à 8 ça va être très compliqué donc... voilà je reviens sur la question du début : est-ce que ça a modifié mes pratiques ? Peut-être un peu par ce biais-là, en améliorant... en sensibilisant plus. Et puis après, l'habitude fait aussi. Le fait de faire ça, de s'en occuper, de s'y intéresser, je pense que ça améliore nos capacités à [-] mieux le gérer. Voilà, mais c'est sûr qu'en termes de [--] dépistage, et de proportion, dans les consultations pédiatriques consacrées à la prise en charge du poids, à la diététique, à l'alimentation, ça influe et ça a fait augmenter la part de tout ça. C'est clair.

Pa : Moi j'ai fait effectivement quelques formations qui se complétaient en pédiatrie [-]. Il y a eu les problèmes ostéo-articulaires, en particuliers plus sous ces aspects R       que j'ai appris et qui m'ont obligé à bien tenir les courbes de poids, de croissance... Bon, à fait du bien de faire ces formations r  gulierement parce-que à nous rappelle un petit peu notre devoir de médecin généraliste. Et je pense que je suis plus sérieux dans le suivi des enfants depuis que j'ai fait ces formations. C'est sûr.

Ph: Bon [--] c'est comme    que je vois effectivement ce métier, comme quand je change effectivement d'intérêts, et à à parce qu'il en reste toujours quelque chose. Donc là je pense que j'ai un regard qui est plus aiguës, qui est plus vigilant, que à soit sur l'enfant dès qu'il est un peu haut, hop ! De suite je vais sauter sur les parents, en particulier. Et là je vois il y a un problème, à va être un peu un peu automatique. Et également, très tôt aussi sur le beau bébé. Celui qu'avant on disait : « ah ben c'est un beau bébé à ! ». Et ben voilà maintenant c'est plus un beau bébé ! Il est juste trop gros votre gosse [rires] ! Bon il ne faut pas culpabiliser comme tu disais tout à l'heure mais bon, quand même ... [rire] on en revient là, hep, hep, hep là : très tôt, très très tôt. Pour pouvoir leur dire : « hep, il faut que vous fassiez attention là », donc redressez la barre tout de suite . Voilà, quand les parents ne sont pas partis loin, à la dérive, on peut quand même récupérer des choses. Voilà.

**Modérateur : Merci. Est-ce que quelqu'un veut dire un dernier mot ? Une chose qui n'a pas été abordée et qu'il aurait voulu aborder ?**

Ph : On n'a peut-être pas énormément parlé, effectivement, de ce qui me semble un peu essentiel, c'est de [-] C'est la mère, quoi. Voilà, pour moi le problème essentiel c'est la mère, dans ces problèmes d'obésité pédiatrique. Voilà, donc effectivement, on aurait peut-être pu en parler un petit peu plus, [-] donc il faudrait plus entourer, effectivement ... entourer la maman qui [-] que c'est elle qui se tape souvent d'aller aux réunions, c'est elle qui se tape les courses, c'est elle qui se tape les repas [--]. Le gosse qui revient de l'  cole et puis qui se précipite dans le frigo. Il y a vraiment beaucoup de choses au niveau de la mère. Donc je crois qu'il faudrait vraiment insister sur...

Va : Oui donc moi, un souci que j'ai, on est censé théoriquement fonctionner avec un trio, dont un tiers qui est choisi par l'enfant, qui sert de... de partenaire et tout et moi je suis désolée mais je n'arrive pas à comprendre d'abord à quoi    sert, et surtout je n'arrive pas à trouver des gens ou des idées pour aider les enfants ou leur famille, qui ou alors même si ils trouvent quelqu'un j'en entends jamais parler, il n'y a jamais de discussion, je trouve que à sert à rien alors que c'est un truc qui figure en gros dans le dossier informatique où on doit mettre nos coordonnées et tout, et vraiment Je trouve que ce truc ne sert à rien alors que dans l'idée, le principe est intéressant mais qui est quand même je trouve très, très difficile à [--] à gérer parce que à veut dire accepter que quelqu'un qu'on ne connait pas du tout, qui peut être un ami, n'importe qui , un prof, un éducateur, [-] un frère, un cousin ou une tante, aide l'enfant pour qu'il puisse parler d'alimentation, lui donner éventuellement des conseils sachant que il n'a pas du tout de formation et qu'on ne sait pas du tout quel type de conseils il peut être amené à donner . Donc voilà. Moi , Je reconnais que je n'insiste pas beaucoup s'ils ont pas d'idée et je leur dis que c'est pas grave et qu'on s'en passera et puis voilà, parce que j'ai ... j'ai pas vraiment fondamentalement compris le fonctionnement et j'aimerais savoir s'il y en a qui l'ont compris et s'ils s'en servent et si    sert à quelque chose. Voilà. Partenaire, le troisième... ? [Haussement d'épaules]

Pa : Je suis du même avis, d'autant que dans les grandes villes, il y a... il y a une solitude qui s'est aggravée d'années en années, et c'est vrai, je comprends pas aussi comment trouver cette fameuse tierce personne, mais je pense que la maladie actuelle de notre monde contemporain, c'est la solitude et tous ces jeux vidéo qui cassent la communication, et alors absolument chercher un r  f  rent familial ou dans [-] l'environnement. Alors en plus les gens bougent beaucoup, enfin à Toulouse, moi j'ai pris, comme j'ai dit tout à l'heure, j'ai pris en charge des gens qui venaient sur Toulouse qui n'ont personne, pas de famille, donc aller chercher cette fameuse tierce personne à me paraît un petit peu [-] inutile.

Ph : Alors moi, quand je le faisais au début, à l'opposé, heu j'ai été quelques fois touché par, effectivement, il m'est arrivé quand l'enfant nous disait « bon moi je choisis mon professeur d'éducation physique », il disait à. C'était lui qui le choisissait ! Et heu il avait raison. Il avait raison. Parce qu'il m'est arrivé à deux reprises d'appeler heu d'appeler le collège et d'appeler le prof, et de tomber sur un type mais motivé de chez motivé par ce gosse ... par ce gosse qui l'avait choisi, il avait ce truc-là « je voudrais que vous soyez mon r  f  rent » et ... et le ... et le, le prof jouait le jeu à fond quoi ! Il motivait, il faisait... il jouait son rôle très content quelque part, une espèce de valorisation, de s'occuper de la santé, de choses que effectivement il a signé quand il est prof de physique c'est pour un intérêt de la santé. Mais là brutalement il accède vraiment à la vraie santé quelque part enfin. Moi j'avais, les deux fois que j'ai eu, j'ai eu deux personnes très enthousiastes qui vraiment, étaient contentes de faire à, pour l'enfant quoi. Ils étaient bien impliqués. Donc je trouve à pas mal quand l'enfant lui-même, quand il dit « je vois pas alors je vois pas » ; mais quand il dit « Ouais j'ai l'idée » à c'est chouette.   , on ne peut pas pas lui poser la question. Donc   , c'est un peu important. Maintenant après, effectivement les contacts, c'est pour à que à serait peut être intéressant d'avoir un petit truc, de réseau très, très localisé à conn  tre, effectivement une diététicienne, un préparateur physique qui est hyper motivé, qui est dans le coin, qui dise «ouais à m'intéresse à fond ce truc-là. Voilà et donc qu'on puisse travailler ensemble, on se connait, c'est toujours pareil, quand on se connait [-] C'est plus facile.

Pa : Là tu vois Philippe la problématique ce n'était pas la mère mais le père ! [Rires] Cet enfant qui a choisi le prof de sport, c'est l'absence du père [rire général]

**Modérateur : Je suis super étonné du manque de communication entre les trois trucs c'est quand même ahurissant, parce que le base de ce réseau c'est la communication entre les professionnels. Et c'est vrai, moi je suis comme toi j'en ai mis beaucoup et puis je ... je quand c'est passer à l'informatique j'ai vraiment lâ  ch   le truc. Et vraiment le papier au moins ce petit truc.**

Va : au moins cet avantage-là, c'est pas grand-chose mais il y avait au moins un gros lien de fait [en même temps que le modérateur] Ouais, ouais, ouais ! Voilà c'est rien, objectif tac, on travaille sur ...

**Modérateur : Le papier avait l'avantage de cette communication, un petit objectif, deux lignes, alors là de voir cette absence totale de truc. C'est ...   tonnant quand même. Et bien merci beaucoup.**

## Annexe 9 : Retranscription de l'EI 1

**Je m'appelle Marion. Je suis interne en dernière année de médecine générale. Merci de me recevoir pour parler du RéPPOP ensemble dans le cadre de mon travail de recherche. Il s'agit de vous exprimer de manière totalement libre, avec des critiques et arguments qui peuvent être négatifs et positifs. Je suis là pour comprendre concrètement votre perception votre quotidien et vos attentes vis-à-vis du RéPPOP. A noter qu'à partir de maintenant nous enregistrons la séance, mais qu'en aucun cas vous serez cité personnellement lors de la retranscription de l'entretien par écrit. Nous garderons seulement les deux premières lettres de votre prénom. Ca durera environ 20 à 30 minutes.**

**Je vais vous laisser vous présenter il va falloir que donniez votre prénom, âge, taux de patientèle pédiatrique, un peu près, date d'installation, date d'intégration dans le RéPPOP ainsi que le nombre d'enfants inclus depuis que vous êtes adhérents.**

Je : Je m'appelle Je. j'ai 39 ans, je me suis installé en Juillet 2003 Je pense que j'ai intégré le RéPPOP dès qu'ils ont fait la présentation officielle. On est allé à Toulouse sur un séminaire de formation. De mémoire, je crois que c'était l'après-midi, il me semble. Après donc au niveau de ma patientèle enfant, [-] je dirai que donc 10%. [recherche de documents avec les statistiques sur sa patientèle] J'ai pas une grosse, grosse patientèle enfant. Parce que quand je me suis installé, mes collègues, à l'époque, m'avaient donné pas mal de visites. Parce que ça les embêtait de faire les visites... parce qu'ils n'avaient pas le temps. Je suis en train de regarder les statistiques [regarde ses feuilles]

Donc de mémoire, je n'ai pas une très grosse activité pédiatrique. C'est plus ma collègue O. mais je pense qu'elle ne l'avait pas fait, RéPPOP, la formation, puisqu'elle n'était pas arrivée. Elle est arrivée en 2007. Alors après...

**Modérateur : ensuite, la date d'installation vous me l'avez dit, 2003, c'est en même temps que vous avez intégré le RéPPOP. Et votre nombre d'enfants inclus dans le réseau ?**

Je : je dirai que je dois en avoir trois sûr.

**Modérateur : depuis le début ?**

Je : Pas beaucoup plus. Les inclusions de ma part hein ! Oui. Après j'avais des patients qui étaient allés voir M. Pe., à Tarbes, et je pense qu'il avait dû le proposer aux quatre autres.

**Modérateur : que vous avez suivi par la suite ?**

Je : Oui, par la suite.

**Modérateur : D'accord. Comment avez-vous connu le RéPPOP ? Qui vous en a parlé ? Qui vous l'a mis en avant ?**

Je : Le RéPPOP ? De mémoire, je fais partie d'une association de formation de médecins de Lannemezan et il me semble qu'on avait eu une réunion pédiatrique par Pe. qui nous avez présenté le RéPPOP, qui nous avait convié à s'intégrer à travers le réseau.

**Modérateur : D'accord. C'est pour ça que vous avez fait cette formation. L'initiative était d'intégrer le réseau. Ce n'était pas pour vous former à l'obésité ?**

Je : pas spécialement... C'était quand même dans le cadre de formations personnelles post-universitaires. Donc à la base c'était quand même une réunion sur l'obésité des enfants. Mais dans le prolongement de cette journée de formation, il nous a dit que ça serait bien d'avoir un maximum de généralistes qui fassent partie du RéPPOP pour pouvoir intégrer les enfants.

Après voilà, c'est pas moi spontanément qui ai eu un besoin de formation personnelle pour ça. C'étaient des formations toutes organisées, on faisait une réunion par semaine, on a quand même des thèmes multiples et variés et puis moi je suis quand même assidu donc ...

Ca paraissait intéressant.

**Modérateur : du coup vous avez adhéré ?**

Je : oui parce que ça paraissait intéressant

**Modérateur : D'accord. Du coup, comment l'adhésion s'est faite ? Quels ont été vos interlocuteurs ? Est-ce que les réponses apportées ont été suffisantes ?**

Je : La formation initiale, ça m'avait bien plu. C'était Pe. qui nous en avait parlé. Et après, j'étais allé faire un séminaire, à l'époque [--] l'interlocuteur au sein du RéPPOP ? il y avait un médecin... ? [cherche un nom] Il y avait Pe. mais il y avait un médecin universitaire de Toulouse

**Modérateur : Ma.Ta. ? Bé. Jo. ?**

Je : non...

**Modérateur : Et du coup, concrètement comment vous avez adhéré ? Vous avez eu des papiers à remplir ?**

Je : Je crois qu'on avait signé une convention au début

**Modérateur : à quel moment ?**

Je : Je pense, cette réunion d'information là, ça avait été à La Grave. On avait été dans le bâtiment administratif, ça je m'en souviens parce qu'on avait beaucoup tourné pour trouver. Il me semble qu'à la suite de ça, on signalait juste un formulaire de consentement.

**Modérateur : Quels étaient vos objectifs en rentrant dans le réseau ?**

Je : Améliorer la prise en charge et essayer d'accompagner le jeune. Parce que c'est vrai que c'est un problème soulevé depuis plusieurs années. Puis essayer d'améliorer la prise en charge.

**Modérateur : et quels bénéfices attendiez-vous de cette adhésion ?**

Je : une meilleure coordination entre les séjours de cure, et les entretiens avec les spécialistes. Le fait d'être un peu acteur dans la prise en charge.

**Modérateur : ça, ça vous intéressez ...être plus actif [acquiescement du participant]**

**Donc maintenant que nous en savons plus sur les raisons qui vous ont motivées à adhérer au RéPPOP, nous allons parler du RéPPOP dans votre quotidien, ce que cela induit, ce que ça change ou modifie dans votre pratique? En quoi l'adhésion au RéPPOP a-t-elle modifié votre pratique dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant ?**

Je : La mesure plus systématique des IMC. Parce que c'est pas forcément quelque chose il y a 10 ans qui faisait clairement parti de la pratique. On pesait, on mesurait. Mais on ne faisait pas forcément la courbe d'IMC de manière systématique. Je me souviens. On en parlait toujours à la fac, mais sans... Moi, je viens de Normandie et en Normandie, on, j'ai fait toutes mes études universitaires où on était fac pilote. Et on faisait déjà des stages chez le praticien, il y a 10 ans. Même

plus que ça parce que j'ai démarré dès la D2 on n'avait plus de cours en amphithéâtre, on était directement en stage sur le terrain, on parcourait les différentes spécialités médicales, par apprentissage, par problèmes. On était par petits groupes de 7, 8 avec un tuteur puis on faisait des séances d'apprentissage. On se soumettait des problèmes, on allait chercher nous même pendant 3-4 jours, à la bibliothèque les réponses à nos questions donc on se mettait des objectifs et ensuite on faisait une séance retour on essayait d'élucider le problème qui nous avait été posé. Et puis on validait ou pas les acquis qu'on avait ... Tout ça c'était encadré par un tuteur. Ce qui fait qu'on a été formé très peu en amphithéâtre et beaucoup sur le terrain et avec des stages hospitaliers comme on fait classiquement. Et on avait déjà un stage de 6 mois chez le praticien, cloisonné entre 4 et 5 praticiens. Et dans tous les cabinets où j'étais passé, on en parlait très peu de l'obésité de l'enfant. On prenait en charge un petit peu l'obésité de l'adulte dans un des cabinets où j'étais mais sans plus. Ça ne faisait pas trop partie des habitudes.

Donc, moi ce que ça m'a apporté l'intégration au RéPPOP, c'est d'être un peu plus systématique dans le suivi des enfants, d'alerter un peu plus vite sur la formation, du rebond d'adiposité, d'un an, d'essayer de dépister assez tôt, quand ils sont jeunes enfants pour essayer d'alerter un peu les parents. Ce qui fait qu'on essaie d'insister. Les enfants que j'ai inscrits au RéPPOP en règle générale étaient quand même bien obèses. Quand ils étaient obèses légers en premier stade, l'obésité en général c'était rare. Mais maintenant,

Plus par difficulté des parents. On est quand même dans une région il y a beaucoup d'agriculteurs donc pour être en bonne santé il faut être gros et gras. Ce qui fait qu'un enfant qui est en légère obésité, quand on dit aux parents que leur enfant est obèse et qu'on l'envoie à une consultation rien que pour ça, ça passe pas bien du tout. Ça passe pas bien du tout. C'est pour ça, qu'en inclusion effective, c'était vraiment pour des enfants pour qui la prise de conscience des parents était beaucoup plus facile.

**Modérateur : donc du coup, à proprement parlé, ce que le RéPPOP vous a apporté, c'était plus dans la formation et ensuite par rapport, est-ce que le RéPPOP en lui-même vous a apporté quelque chose ?**

Je : d'avoir un intervenant plus identifié, par exemple tous les patients RéPPOP, moi je les envoyais à Pe. Ça me permettait d'avoir un intervenant spécialiste, donc je savais qu'il allait prendre en charge mon problème plutôt que d'envoyer à un pédiatre X qui ne va forcément apporter beaucoup. [-] Et puis savoir aussi qu'on avait quelque part un discours commun, parce que des fois on envoie chez un spécialiste on en sait pas trop ce qui est dit et après voilà.

**Modérateur : ça vous rassurait de ce côté-là.**

Je : L'avantage du RéPPOP aussi c'est d'avoir un carnet de suivi. On note les IMC et puis quand il allait voir Pe. re-marquait, il re-marquait un mot derrière.

**Modérateur : Est-ce que vous l'avez ce carnet de suivi ?**

Je : Les patients l'avaient. C'est plutôt Pe. qui les donnait, parce que moi j'en ai pas beaucoup.

**Modérateur : Vous avez toujours eu des patients qui amenaient leur carnet de suivi, c'était systématique ?**

Je : Ah oui, quand ils étaient inclus dans le RéPPOP, Pe. leur donnait un carnet. Et après voilà, je les voyais de temps en temps pour mesurer l'IMC, on faisait le point sur l'activité physique. On faisait le point un peu sur l'alimentation. On définissait les objectifs à prendre... Mais vous l'avez vu le carnet comme il était fait ?

**Modérateur : Ils le font plus ce carnet, c'est pour ça que je vous posais cette question ils sont en train d'en refaire un, le restructurer....**

Je : Le problème du carnet effectivement c'est que c'était des colonnes comme ça [dessine le tableau], comme ça, et c'était rébarbatif parce qu'il y avait plein de feuilles, on ne savait pas quand est-ce que ça allait finir. [-] Ça aurait été bien de mettre de « consultations chez le généraliste » et boum. En bas de page, un truc pour le spécialiste, après ça nous donne un tempo.

**Modérateur : C'est vrai que je ne le connais pas du tout**

Je : C'était juste ça, taille /poids / mesure de l'IMC. Clac clac clac, on a l'objectif/ pas d'objectif/ problème identifié/problème à améliorer enfin ce qu'on peut faire comme action c'est tout

**Modérateur : Et ça circulait entre tous les partenaires ?**

Je : Oui, ils étaient censés remplir le carnet. On a un système qui est beaucoup plus complet [appel téléphonique]

Il y a un centre de prise en charge, et si je ne dis pas de bêtise, je ne pense pas qu'ils soient très affiliés avec le RéPPOP... à Capvern ? Si ?

**Modérateur : Si tout à fait, le RéPPOP permet cette prise en charge là.**

Je : Voilà, des fois, ce qu'on peut peut-être avancer, c'est qu'ils le font pas beaucoup connaître... Ils font partie directement du RéPPOP voilà et en terme de suivi il y a un gros dossier assez lourd à remplir qui lui pour le coup est très rébarbatif.

**Modérateur : C'est la question suivante, enfin pour le dossier informatisé. Je voulais savoir qu'est-ce que vous pensiez du dossier informatisé ? De l'interface informatisée ? Et du dossier de suivi ?**

Je : Le dossier informatisé, jamais utilisé, pas au courant. Voilà. Si j'étais au courant voilà, je l'aurais rempli.

**Modérateur : Voilà, il y a un dossier informatisé. A priori je crois que vous êtes le premier qui m'annonce qu'il n'était pas au courant.**

Je : non je ne suis pas au courant.

**Modérateur : mais vous n'êtes pas le seul à ne pas l'utiliser ! [sourire]**

Je : Par contre si j'avais été au courant, effectivement, contacté en disant « on a le dossier informatique » qu'on est convié, qu'on a un mot de passe, ça aurait pu être bien par contre.

**Modérateur : je crois que pour la prochaine inclusion vous pourrez appeler les secrétaires du RéPPOP. Elles vous expliqueront !**

Je : Alors le problème du RéPPOP c'est que moi je n'appelais pas directement. En fait j'envoyais plutôt chez Pe., pour faire le point et c'est lui qui faisait les inclusions.

**Modérateur : Donc vous les dossiers d'inclusion, vous ne les avez jamais rempli ?**

Je : non ça ne me dit rien. Non, non parce que j'ai toujours fait transiter par Pe. Je suis en train de réfléchir à qui j'avais inclus dans le RéPPOP... Ceux qui me reviennent....

**Modérateur : les dossiers de suivi par contre, est ce que vous en avez rempli ?**

Je : que dalle ?!

**Modérateur : je vais vous montrer à quoi ça ressemble...**

Je : Ça ne me dit rien. Je sais qu'il y a eu quelques formations qui étaient proposées à Toulouse à 19h, un truc comme ça, c'est pas possible. Matériellement impossible. Ici on est en exercice rural : on est 4 médecins, 3 ici. Il y en a un qui est tout seul en ville. Et nous on est trois dans notre groupe. Et il y a de la place pour 5. On travaille comme des cons. Je ne sais pas si ça vous dit quelque chose en terme de patientèle, mais je discutais avec un médecin de Lannemezan « Je suis débordé, je suis débordé ». Je lui dis « t'as combien de patients dans ta patientèle ? » Il me dit « j'en ai 800 » Enfin il y a « débordé » et « débordé » ! « Tu sais combien j'en ai moi ? J'en ai 1200. Voilà, on touche pas les pieds par terre. Je vais me former, je fais l'effort toutes les semaines, tous les jeudis soir de me former alors voilà. Quand après on a une réunion, que ça soit à Tarbes ou n'importe, si elle commence à 19h c'est mort. Ça serait le samedi ! Sous forme d'un séminaire MG Form un truc comme ça ? Mais comme c'est pas moi qui inclus peut être que c'est Pe. qui recevait.

**Modérateur : Parce que logiquement vous devriez en recevoir, sous version papier ou sinon par l'accès informatisé, avec votre identifiant et vous pourriez inclure les enfants.**

**D'accord, maintenant comment évaluez-vous les relations entre le trio de partenaires.**

Je : Avec la proximité de terrain, avec le pédiatre ça va. Parce qu'en général, quand j'envoyais en consultation, j'avais un retour par courrier. On avait des nouvelles comme ça. Et c'est vrai qu'au sein du RéPPOP, puisque ce n'est pas moi qui faisais l'inclusion, effectivement j'avais pas de retour direct. Peut-être qu'ils considéraient qu'il n'y avait pas de ... Peut être même que je ne suis pas enregistré sur le dossier des patients? Enfin, c'est possible parce que moi je ne me souviens d'avoir reçu une quelconque fiche de suivi. J'imagine qu'il doit y avoir quelque chose pour le spécialiste et peut être quelque chose pour le généraliste aussi. Parce que Pe. il peut être très gentil mais, des fois on a l'impression qu'il joue un peu cavalier seul.

**Modérateur : et vous aimeriez plus d'interaction ?**

Je : Après voilà, l'interaction était bonne dans la mesure où voilà il y avait le carnet, on remplit. On avait toujours un courrier de retour. C'est toujours le point positif. Mais après effectivement, avec le réseau, est ce que c'est pour nous éviter la paperasse administrative que lui il remplissait j'en sais rien. Et après il est parti à la retraite, nan ? Pas encore ?

**Modérateur : Je peux pas vous dire, je ne sais pas. Comment vous percevez le rôle de l'accompagnateur ? Est-ce que vous en avez entendu parler ?**

Je : le rôle il est quand même primordial, puisque c'est l'accompagnateur qui va gérer le réseau au quotidien, c'est celui qui doit piger les mesures diététiques, qui doit accompagner l'enfant. Dans les trois dont je me souviens vraiment clairement. Bon c'était, il y avait deux cas soc' et une famille un peu près normale avec des parents et une maman un peu cortiqués. Les deux autres c'était très dur. C'était une famille, le 10 du mois, ils ont déjà bouffé toute la paie, donc quand on leur dit qu'il faut manger des fruits et des légumes, ils arrivent et me disent « on a pas de sous pour acheter des fruits et des légumes ». Ceci dit quand on rentre dans la maison, il y a la play-station, machin, il y a tout ce qu'il faut... On est plus dans le débilisme que... mais effectivement le rôle de l'accompagnateur il est primordial.

**Modérateur : Et du coup, vous avez clairement identifié des accompagnateurs pour chaque enfant ?**

Je : Oui, effectivement. En général, c'est souvent la maman quand même, c'est souvent elle qui prépare les repas. Mais je me souviens à la réunion de formation, effectivement on disait que ça pouvait être n'importe qui, l'accompagnateur c'est celui qui est quand même censé faire le point avec l'ado sur ses problèmes...

**Modérateur : et du coup, est-ce que vous avez ? [Nouveau coup de téléphone] Ce que je voulais savoir c'est comment se déroule la relation avec les diététiciens, les autres partenaires, les psychologues, éducateurs sportifs...**

Je : Initialement, en 2003 on avait un dentiste, dont la femme s'était mise en place en tant que diététicienne RéPPOP. Et puis le dentiste est parti, donc elle est partie aussi. Ce qui fait qu'on avait un intervenant de terrain qui était pas mal. Elle avait beaucoup de mal à faire bouger les choses donc par exemple, elle était allée mettre un petit peu les pieds dans le plat à la cantine scolaire pour essayer de faire avancer le problème. Et c'est vrai qu'au jour d'aujourd'hui, la diététicienne référente, ça doit être la diét de l'hôpital.

**Modérateur : D'accord. Vous n'avez pas identifié de diététicien à proximité qui pourrait ? Et pour les psychologues, éducateurs sportifs ? Est-ce que c'est la même chose ?**

Je : Les patients du début, on avait pour deux, j'avais contacté les profs de sport. Pour essayer d'adapter un petit peu l'activité. Parce que les gamins avaient l'impression d'être brimés de ne pas pouvoir faire comme les autres et qu'on les prenne un peu en grippe... Donc j'avais discuté directement avec le prof de sport.

**Modérateur : et là il y avait une bonne implication du professeur ?**

Je : à partir du moment où je pense on prend la peine de les appeler, et puis de discuter avec eux, en général... C'est la manière de les prendre, faut pas les prendre de haut, en voulant leur expliquer comment faire leur boulot, on les intégre au sein d'un réseau... et qu'on aimerait bien qu'ils soient partie prenante.

**Modérateur : Maintenant quelles sont vos relations avec les secrétaires du réseau ?**

Je : inexistantes ! [rires] Je sais qu'une fois, je dis des bêtises lorsque je dis que je n'ai jamais inclus de gamin. Je pense qu'une fois, on avait des soucis pour inclure un gamin, et j'avais appelé à Toulouse. C'était au tout début ça, le réseau se mettait en place. Il avait un médecin référent. Peut être le premier nom que vous m'avez dit ?

**Modérateur : Ma. Ta ? Bé. Jo ?**

Je : elles y sont depuis le début ? J'avais discuté d'un cas comme ça avec l'une d'entre elles. Ça c'était bien passé, il n'y avait pas de souci. Mais il n'y avait pas beaucoup de contact téléphonique en fait. Parce que justement je crois qu'on tardait à recevoir le carnet.

**Modérateur : D'accord. Là ça c'était bien passé, il n'y avait pas eu de souci ? Et du coup, est ce que vous recevez une rémunération forfaitaire attribuée à chaque dossier ?**

Je : Non. Ceci dit je ne regarde pas.

**Modérateur : qu'est ce qui a changé avec vos confrères médecins ou paramédicaux, du fait d'être étiqueté médecin RéPPOP ?**

Je : Je pense pas grand-chose [rires]

**Modérateur : et par rapport à votre patientèle ?**

Je : [souponner] Non pas grand-chose. Peut-être un peu de surprise des patients quand on leur parle des problèmes d'obésité des enfants en disant qu'il y a un réseau qui est consacré à ça. Donc c'est tout l'un ou tout l'autre. Si les patients sont partie prenante au projet, ils trouvent que c'est plutôt positif ; et puis les patients qui n'ont pas pris conscience du problème de poids de leur enfant, on en sait pas quoi faire.

On dépiste au quotidien et puis effectivement quand il y a un problème, on en parle avec les patients, avec les enfants, les parents, on leur dit qu'il existe une structure donc je fais partie. Je pense, pour répondre à la question du début, ça peut être plus apporté de faire l'adhésion au RéPPOP, plus un changement de mentalité ou un changement de pratique mais au quotidien. Et pas forcément l'utilisation du réseau en tant que tel, mais le fait de prendre plus conscience...

**Modérateur : Vous êtes plus sensibilisé aux problèmes**

Je : ouais voilà. Après le souci est un peu différent dans la mesure où on est quand même loin des hôpitaux donc les faire déplacer c'est quand même compliqué.

**Modérateur : comment percevez-vous la prise en charge d'enfants hors patientèle ? Est-ce que ça vous est déjà arrivé ?**

Je : non. Ça ne m'est jamais arrivé de les prendre en charge hors patientèle. Par contre ça m'est arrivé d'appeler des collègues, pour leur dire « tu penses pas que pour tel enfant... » Et à ce moment-là je pense qu'ils ont dû l'envoyer voir Pe.

Moi c'est plus qu'on est un cabinet de groupe et je ne suis pas là pour faucher les patients de mes collègues. C'est pas parce que je suis étiqueté RéPPOP que je fais prendre en charge leurs patients.

**Modérateur : d'accord. Ça vous intéresse pas d'avoir des enfants ?**

Je : Non, on a assez de boulot comme ça . Le souci principal, activité qui est quand même importante. On cherche pas après du travail.

**Modérateur : parce qu'il y a des médecins qui sont dérangés d'être étiquetés RéPPOP. Des patients qui viennent hors patientèle, Là ça leur pose problème.**

Je : parce qu'il y a des médecins qui ne veulent pas prendre en charge et qui se défaussent peut-être.

**Modérateur : c'est pour ça que je vous posais cette question, mais à vous ça ne vous est pas arrivé.**

Je : Et après ce n'est pas spécialement l'étiquetage...

**Modérateur : oui, oui, les gens ne le savent pas mais après le bouche à oreille ça peut arriver.**

**Que changeriez-vous pour mieux adapter le RéPPOP à vos besoins et à ceux de vos patients ?**

Je : Alors, peut-être, ce qu'on pourrait adapter c'est, déjà nous pour notre formation, c'est d'arriver à avoir, soit sous forme de séminaire, avoir des horaires un peu plus compatibles avec notre pratique, et de ne pas être obligé de bloquer toute une consultation pour aller faire une formation. Parce que c'est difficile, quand on a beaucoup d'activité, c'est un peu le souci. Après ce qu'on pourrait changer pour les patients. Peut-être faire des réunions d'informations ? Par exemple, on avait, au collège, la diététicienne qu'on avait leur avait une réunion d'informations, une après-midi, dans le cadre du collège, leur expliquer comment manger. Faire des actions de terrain un peu plus ciblées

**Modérateur : et vous parliez tout à l'heure d'organiser des réunions à des horaires plus adaptés. Quels seraient les thèmes qui vous intéresseraient ?**

Je : de temps en temps une piqûre de rappel ne fait pas de mal. Donc, voilà Je me souviens par exemple, l'accompagnant désigné du jeune c'est un truc important. Mais au bout d'un temps on peut oublier. C'est vrai qu'au jour d'aujourd'hui, si j'avais besoin d'intégrer un jeune, je ne suis pas sûr que je penserai à parler, qui il veut qui soit son accompagnant. Je mettrais plutôt la mère par exemple d'emblée, alors que ce n'est pas forcément dans l'esprit du réseau, c'est pas forcément ça. C'est une personne avec qui on peut discuter.

**Modérateur : laisser l'enfant choisir... D'accord.**

Je : ça de temps en temps ça peut être bien de motiver, de refaire une réunion pour se re-former.

**Modérateur : sur le fonctionnement du RéPPOP et sur l'obésité ? C'est un peu les deux.**

Je : oui. Une formation sur l'obésité oui, car c'est important aussi. De se remettre un petit peu en questions.

**Modérateur : une dernière question : comment caractérisiez-vous votre rôle dans la prise en charge RéPPOP ? Par rôle de médecin référent ?**

Je : La question c'est comment je vois le rôle... c'est un peu l'acteur de terrain, de motiver les troupes quand on sent qu'il y a un peu de laisser aller. Après ce que je pourrais éventuellement reprocher à mon intervenant spécialiste c'est de ne pas forcément prendre assez de temps avec les gens, pour bien bien leur expliquer, de ne pas les revoir assez souvent non plus. On a besoin de temps en temps de se remotiver, ça m'est arrivé des fois. C'est le même discours. Mais au bout de 4 ou 5 entretiens, quand on voit que ça avance pas, ...

**Modérateur : vous auriez aimé pouvoir renvoyer au spécialiste ?**

Je : Voilà, un peu plus facilement. On a l'impression que c'était quand même formaté ?

**Modérateur : parce que vous les revoyez tous les combien les enfants ?**

Je : ça dépendait. Mais sur les enfants que j'avais inclus au sein du RéPPOP, on se voyait quasiment tous les mois. On faisait le point sur ce qu'elle avait mangé. Ça permettait un peu de refaire le point. Et un moment donné, on a l'impression que ça s'essouffle un peu. On aurait besoin d'activités extra scolaires, je ne sais pas, prévoir un coach sportif, faire de petites réunions régionales, faire des petites après-midis...avec des cours de sport...

**Modérateur : est-ce que vous avez vu sur le site internet du RéPPOP, il y a accès à tout un annuaire ; alors je ne sais pas s'il y en a un à côté de chez vous, mais des éducateurs sportifs. Ils essayent d'en mettre dans chaque département. Alors c'est difficile parce que Midi Pyrénées c'est très vaste, mais peut-être, alors je ne sais pas si vous en avez-vous à côté, mais il faudrait regarder sur l'annuaire du RéPPOP, ou leur demander qu'ils vous l'envoient parce qu'il faut un code d'accès maintenant pour y accéder. Avant c'était libre d'accès pour tout le monde, mais maintenant il y a un code d'accès très simple**

Je : Et après il y a une version aussi pour les patients ?

**Modérateur : Et justement les patients ne peuvent pas y accéder. Mais je sais que certains médecins prennent la liste et qui la donnent aux patients et disent « vous appelez tel ou tel diététicien, ou tel ou tel psychologue. Eux font partie du RéPPOP et vous serez encadré par le RéPPOP »**

Je : cette informatisation ?

**Modérateur : On ne vous en a parlé ? Même le site internet ? C'est vrai que si vous y êtes depuis le début... C'était pas encore le cas ; et puis ça c'est fait.**

Je : Non, non, non, c'était que le dossier papier

**Modérateur : Et on ne vous a pas donné de note d'information, un mail... ?**

Je : Je ne me souviens pas. Je ne pense pas. Je sais qu'il y a eu peut être 2 ou 3 séances de formations ; deux peut-être sûr, mais c'était toujours...

**Modérateur : vous ne pouviez pas vous libérer ?**

Je : un samedi ou un soir de séminaire, c'est plus facile. Je reconnais que le WE ça ne convient pas non plus à tout le monde. Quand on est en ville c'est beaucoup plus facile, pour nous c'est une heure et demi de bagnole...

**Modérateur : je trouve que ça serait pas du tout adapter pour vous de partir sur Toulouse, ça serait complètement inenvisageable.**

**Est-ce que vous souhaiteriez apporter autre chose qui n'aurait pas été abordé ?**

Je : Non. Mais le fait d'avoir un support internet, ne serait-ce qu'un site, pour leur donner de l'information, ça peut quand même dans le prolongement naturel, et éventuellement donner des adresses à ce moment-là, ça serait utile.

**Modérateur : en tout cas c'est étonnant que vous n'ayez pas été informé. Que l'information n'est pas été suffisamment faite ?**

**Vous n'êtes peut être pas le seul...**

**Et bien merci, c'est gentil d'avoir pris du temps.**

## Annexe 10 : Analyses longitudinales

### 1. ANALYSE LONGITUDINALE FG 1 : HAUTE-GARONNE

<p><u>Cadre de l'entretien, médecins présents :</u></p> <p>Salle de réunion de l'hôpital des enfants à Purpan. Il y a eu un problème de salle à la dernière minute. Nous avons été réunis dans une autre salle sans qu'il y ait de répercussion sur le bon déroulement de la séance. 3 médecins présents : 1 femme et deux hommes Exercice décrit comme urbain Seulement trois participants sont arrivés sur les six attendus. Un petit buffet inaugural attendait les participants puis la réunion a pu débiter trente minutes après leur arrivée après décision de commencer le focus group sans avoir la totalité des personnes attendues. La séance a été animée par un quatrième médecin membre du DUMG, qui avait déjà fait de l'animation de FG, nous permettant d'être toutes les deux spectatrices et d'acquérir la méthode pour les futurs entretiens.</p>
<p><u>Déroulement de l'entretien :</u></p> <p>Malgré le faible nombre de participants, de nombreuses choses ont été abordées ce soir. 2 médecins sur les 3 présents n'incluent plus de patients. Malgré une sensibilisation accrue du médecin généraliste au problème de l'obésité, il est ressorti que le réseau leur demandait beaucoup de temps entre la gestion des dossiers et l'organisation du suivi de l'enfant, ce qui semble peu compatible avec une activité de médecin en libéral et tend à épuiser le médecin, le poussant à se retirer du réseau.</p>
<p><u>Points remarquables :</u></p> <p>Intérêt d'un tel réseau est d'avoir plusieurs voix avec le même message. Mais le côté très regrettable est l'absence de communication au sein du trio ! Les médecins suggèrent un dossier de suivi plus succinct avec un seul objectif noté par séance. Intérêt d'une cellule locale afin que les partenaires membres du trio se connaissent vraiment et puissent mieux partager. L'inclusion devrait être maintenue jusqu'à la fin de l'adolescence, car le bénéfice arrive à retardement</p>
<p><u>Éléments nouveaux :</u></p> <p>Nous avons eu l'impression que les médecins ont confondu le moment de leur adhésion au réseau RéPPOP au moment où ils ont eu une formation. Nous nous sommes interrogées sur un lien potentiel d'une inclusion directe après la formation ? Nous avons préféré laisser la question telle quelle pour voir ce qui ressortirait des prochains FG.</p> <p>Devant la méconnaissance de la définition du trio de partenaires (médecin/diet/psy), nous avons voulu leur faire préciser leur perception sur le rôle de l'accompagnateur. C'est pourquoi nous avons rajouté une relance précise à ce sujet dans le guide d'entretien.</p> <p>Nous avons rajouté une question ouverte ayant pour but d'amener le sujet des rémunérations, non abordées spontanément dans ce premier focus.</p> <p>Nous avons également rajouté une dernière question de synthèse pour savoir quels étaient les bénéfices apportés chez les enfants d'un tel réseau.</p>

#### Discussion :

- Modérateur membre RéPPOP, est-ce un biais ?
- Les relances du modérateur non réellement conformes au guide d'entretien est un biais ?
- Est-ce bien normal de faire adhérer les médecins après une formation alors qu'ils n'ont pas clairement pas eu toutes les informations sur le réseau ?

## 2. ANALYSE LONGITUDINALE FG 2 : GERS

### Cadre de l'entretien, médecins présents :

Salle de réunion de l'hôpital d'Auch, facilement trouvable par les participantes. La pièce était grande mais calme, adaptée à l'enregistrement de la séance. Pas d'interruption inopinée.

Buffet inaugural. Pas de retard des médecins.

3 médecins généralistes femmes dont 1 seule d'Auch, se connaissant de vue, tout petit comité.

Réunion de courte durée

### Déroulement de l'entretien :

Une des médecins semblait investie dans le réseau +++, a amené le dossier d'un enfant pour en discuter, en espérant des conseils de prise en charge et une aide pour sa connexion sur le site pensant qu'on était membre responsable du réseau.

Elle semblait assez démunie par rapport à ce cas et n'ayant pas pu répondre à sa demande, elle en réfèrera au réseau pour avoir une aide pour cet enfant.

Le MG d'Auch semblait plus neutre sur le RéPPOP.

Un médecin nutritionniste avec des idées assez arrêtées sur le réseau, qui se contredisait parfois dans son propre discours sur le RéPPOP. Elle nous donnait l'impression de l'utiliser comme filet de sauvetage pour les cas difficiles, à travers les aides mais pas comme membre à part entière. Du fait de son statut, ce médecin nous a suggéré avant l'enregistrement, qu'elle « avait été prise de haut » par le réseau, la rendant un peu plus distante avec ce dernier.

Malgré le nombre faible de participant, plusieurs avis ont été donnés, rendant la séance intéressante et dynamique.

### Points remarquables :

Suggestions faites :

- fiches « pense bête » pour bilan biologique et score de Tanner
- supports papiers lors des formations MG Form souhaités
- favoriser l'information notamment sur les ateliers d'activité physique adaptée
- faire un livret/guide : sur le rôle de chacun

Adhésion faite lors de la journée formation, rencontre de toute l'équipe

Modification pratique :

- Calcul systématique de l'IMC
- Utilisation du carnet de santé
- Plus de vigilance

Ecueils :

- inclusion d'enfants reste complexe car difficulté d'investir les parents
- patients hors patientèle rendent plus difficile la prise en charge par manque de lien et de cohésion avec le médecin.
- informatisation : accès difficile, ne l'utilise pas, problème pour rentrer les mots de passe
- difficile de trouver un éducateur sportif dans le Gers (utilisation du Pass'Ado)

Dossier de consultation :

- rien à redire hormis le rajout d'un schéma sur le score de Tanner
- rempli pendant la consultation
- Contenu adapté. Pas de revendication à ce sujet-là (par rapport au FG1)

Nostalgie du carnet de suivi pour la transmission d'information

Trio de partenaires :

- non compris par l'ensemble des MG. Le rôle de l'accompagnateur reste toujours problématique.

Rémunérations :

- MG doivent renvoyer le dossier (les secrétaires du réseau les rappellent à l'ordre à la fin de l'année)
- manque d'information à ce sujet
- les familles pensent que les consultations sont gratuites

### Éléments nouveaux par rapport au focus group précédent :

Contrairement au FG 1, le dossier de suivi est rempli pendant la consultation et les médecins ne semblent pas se plaindre de la lourdeur du dossier. Ateliers d'APA / éducateurs sportifs, absence de proximité regrettée par les médecins malgré la reconnaissance des efforts fournis par le réseau. La création du Pass'Ado est appréciée mais n'apporte pas autant que la section Sport et Santé.

Discussion :

- Pour An., prise en charge excessive par le RéPPOP avec des bilans biologiques systématique, qu'elle ne fait pas pour tous les enfants.
- Sélection des enfants pour l'inclusion dans le RéPPOP : utilise le réseau comme filet de sauvetage ?
- « alors que » « voilà » : oppositions aux recommandations du réseau.
  - ⇒ Attitude critique d'Anne vis-à-vis de la prise en charge RéPPOP, malgré la poursuite de son utilisation dans les cas difficiles.

### 3. ANALYSE LONGITUDINALE FG 3 : TARN

#### Cadre de l'entretien, médecins présents :

Réunion dans une salle du CH d'Albi. La salle était calme et propice à l'enregistrement.

5 médecins présents : 4 femmes et un homme, qui se connaissaient déjà mais ne se savaient pas forcément membres du réseau.

Exercice considéré comme urbain ou semi rural.

Les participants ont été accueillis par un buffet. La séance a commencé trente minutes après leur arrivée dans une ambiance détendue.

Une des médecins présents est très impliquée dans une des associations de formation continue médicale de Midi Pyrénées, avec de ce fait une implication toute particulière dans le réseau RéPPOP pour lequel elle en fait sa promotion lors de FMC de médecins généralistes.

Une deuxième médecin est membre du comité de pilotage du RéPPOP. Son expérience était enrichissante car membre actif depuis la création du réseau.

#### Déroulement de l'entretien :

Entretien dynamique, avec un bon échange entre les différents participants. Un médecin est resté en retrait mais le modérateur l'a poussé à prendre la parole.

Une des médecins, a souvent pris la parole pour « résumer » les idées fortes qui venaient d'être dites, entraînant dans ces moments-là un arrêt de l'échange d'idées. Cette personne avait l'habitude des prises de paroles dans les réunions de pairs. Ce comportement de patronage, de chaperonnage vis-à-vis des autres participants s'est immédiatement ressenti. Néanmoins, nous avons veillé à ce que chacun puisse prendre la parole librement.

L'interaction entre jeunes médecins membres et médecins membres depuis plusieurs années était intéressante avec échange autour de cas difficiles, conseil de pratique...

#### Points remarquables :

- Accompagnateurs bénévoles formés : Maman bénévole ?
- Nécessité de définir un parcours de soins
- Organiser des groupes d'échanges de pratiques au sein de bassin de santé, s'identifier, partage d'expérience
- Alternance consultation chez le MG et les partenaires (trop lourd pour l'enfant et les familles)
- Créer des journées thématiques à proximité, caravane RéPPOP, à l'échelle du bassin de santé = maillage du terrain
- Réseau local identifié à proximité : cartographie des partenaires comme sur le site du plan Alzheimer
- Bénéfice d'une prise en charge sociale avec acteurs sociaux bien identifiés.

#### Éléments nouveaux par rapport aux focus groups précédents :

- Problématique de la pesée à chaque consultation

Définir quel critère de suivi est indispensable à chaque consultation : poids ou tour de taille ?

Médecins gênés par cette obligation de pesée qui sans quoi, la poursuite de la rédaction du dossier informatique n'est pas possible. Mais est-ce que la pesée est obligatoire à chaque consultation !? La pesée régulière peut être source de démotivation et d'abandon de l'enfant devant l'absence de résultat concret malgré des efforts fournis?

- Problématique de l'accompagnateur

Notion de bénévoles disponibles pour suivre l'enfant au domicile, ayant un lien direct avec le réseau afin d'intervenir au mieux dans la prise en charge de l'enfant et d'améliorer le suivi entre les différents partenaires. La notion de formation semble indispensable pour être sûr de la pertinence de ses conseils. Infirmier ? Maman ? Ou alors étudiants comme à l'AFEV (Association de la Fondation Etudiante pour la Ville)

#### Discussion :

- Certains médecins qui ont participé avaient certaines compétences ou un statut particulier en plus de celui de MG pouvant influencer fortement leurs réponses aux questions.
- Pas de modification du guide d'entretien après ce focus.

#### 4. ANALYSE LONGITUDINALE FG 4 : LOT

##### Cadre de l'entretien, médecins présents :

Salle de réunion de l'hôpital de Cahors. Les médecins ont trouvé facilement ce lieu. La salle était calme, adaptée à un enregistrement.  
4 médecins présents : 3 femmes et un homme, dont deux qui se connaissaient et exerçaient dans le même village.  
2 médecins ont fait plus de 40 min de voiture pour venir.  
Exercice décrit comme rural.  
Tous les participants sont arrivés à l'heure. Petit buffet inaugural puis la réunion a pu débuter rapidement.

##### Déroulement de l'entretien :

Beaucoup de critiques négatives, utilisation du RéPPOP en adressant les enfants au pédiatre de l'hôpital (moyen de se décharger d'un travail qu'ils considèrent comme n'étant pas de « leur ressort » car pour eux la médecine rurale est une médecine d'urgence et l'obésité n'est pas une urgence. Sont trop surchargés de travail selon eux.  
Beaucoup de réseaux, mode des réseaux, qui en fait leur compliquent la tâche plus qu'autre chose.  
Le réseau local entre différents spécialistes existe déjà, et tous ces nouveaux réseaux régionaux n'apportent rien de plus.  
Ils utilisent quand même les outils du réseau (diét/psycho gratuit) mais ne se sentent pas membres actifs du réseau !  
Donc le RéPPOP leur permet de déléguer la problématique de l'obésité qu'ils n'ont « franchement pas le temps de traiter »

##### Connaissance du Réseau :

- réunion suite à une l'invitation du Dr Bossard
- connaissance par un patient inclus par B Jouret (nouvelle info)

##### Objectifs :

- Prise en charge financière
- accès à un diététicien
- se sentir moins seul

##### Modification de pratique :

- Le MG insiste pour faire du sport et moins les restreindre sur l'alimentation
- Intérêt car permet de travailler en équipe

Relation avec le trio : aucun

Accompagnateur : famille (souvent un parent)

Interface informatisée : trop lourd

Dossier de consultation : trop lourd (jamais rempli en consultation)

A plusieurs reprises, les médecins se sont adressés à nous dans l'idée où nous étions « responsables » dans le réseau.

##### Points remarquables :

Leur principale difficulté : faire adhérer la famille et l'enfant au système avec cette obligation de déplacement pour aller consulter les différents partenaires.

##### Eléments nouveaux par rapport aux focus groups précédents

Suggère que le médecin référent de l'enfant ne soit pas le médecin traitant car le questionnaire d'inclusion est ressenti comme trop intrusif, avec un malaise du médecin traitant lors de certaines questions.  
Cette nouvelle idée nécessite d'organiser un nouvel entretien mais du fait des difficultés que nous avons eu pour réunir les médecins généralistes, nous changeons de méthodologie avec désormais des entretiens individuels.

*Discussion : signature de l'adhésion au RéPPOP après seulement les deux journées de formation*

## 5. ANALYSE LONGITUDINALE EI 1 : HAUTES-PYRENEES

<p><u>Cadre de l'entretien :</u></p> <p>Le médecin interrogé fait partie d'un cabinet médical regroupant 3 autres médecins. Il est le seul à avoir fait la formation RéPPOP. Exercice rural. Médecin disponible pour l'entretien car temps dédié, entretien débuté à l'heure prévue dans le cabinet du médecin traitant, en début d'après-midi. Nous étions placés face à face favorisant le contact visuel. Cet entretien ne m'a pas permis de prendre des notes, et l'échange a nécessité une participation plus active de ma part (que les focus group) L'enregistrement de l'entretien a été fait par l'intermédiaire de 2 dictaphones placés entre nous deux.</p>
<p><u>Déroulement de l'entretien :</u></p> <p>Lieu calme, L'entretien a duré 38 minutes, mais a été interrompu à 2 reprises par des appels téléphoniques de courtes durées.</p>
<p><u>Points remarquables :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ce médecin est peu actif dans le réseau malgré une adhésion datant des débuts du RéPPOP Midi-Pyrénées. Il a réalisé l'inclusion de seulement 3 enfants, intégrés par le pédiatre du CH de Tarbes. Mais malgré ce, paraît très impliqué dans le suivi des enfants,</li><li>- Ce médecin dit n'avoir jamais rempli de dossier de consultation, ne le connaît pas</li><li>- N'a pas eu connaissance du dossier informatisé, malgré son enthousiasme vis-à-vis de ce dernier. Son utilisation aurait été compatible avec sa pratique car son cabinet est informatisé.</li><li>- Souhaiterait favoriser les actions de terrain, afin de sensibiliser de la population générale</li></ul>
<p>Pas d'élément nouveau apparu lors de cet entretien.</p>

## 6. ANALYSE LONGITUDINALE EI 2 : HAUTES-PYRENEES

<p><u>Cadre de l'entretien :</u></p> <p>Le médecin interrogé fait partie d'un cabinet médical regroupant 4 médecins, et travaille en milieu semi-rural. L'entretien a débuté en milieu d'après-midi avec 10 minutes de retard, dans une salle de réunion au cabinet médical. Le retard était lié à l'activité du médecin qui consultait cet après-midi-là. Cet entretien s'est déroulé dans un temps dédié, prévu par la secrétaire médicale.</p>
<p><u>Déroulement de l'entretien :</u></p> <p>Lieu calme, Nous étions placés face à face afin de percevoir le non verbal. Cet entretien ne m'a pas permis de prendre des notes et l'échange a nécessité une participation plus active de ma part (que les FG) L'entretien a duré 18 minutes environ et nous avons été interrompues par 1 appel téléphonique.</p>
<p><u>Points remarquables :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ce médecin était dans l'ensemble très satisfait du réseau.</li><li>- Ce médecin est un membre actif du réseau, adhérent depuis les débuts du RéPPOP.</li><li>- Utilise le réseau pour son accès aux outils et aux partenaires RéPPOP, avec l'aide financière pour les familles qui est le motif principal de son adhésion</li></ul>
<p>Pas d'élément nouveau apparu lors de cet entretien</p>

### Discussion :

- Nette différence entre les entretiens individuels et les focus group (malgré le maigre nombre de participants), les entretiens individuels sont plus linéaires et ressemble d'avantage à un interrogatoire le rendant moins dynamique

**Annexe 11 : Talon sociologique**

<b>FG/EI</b>	<b>Genre</b>	<b>Age</b>	<b>Type d'exercice</b>	<b>Evaluation du taux de patientèle pédiatrique</b>	<b>Nombre d'enfants inclus</b>	<b>Année d'adhésion</b>	<b>Durée de l'entretien</b>	<b>Lieu de l'entretien</b>
FG 1	F	46	Urbain	30 %	8	2004	1'06	CHU Purpan
FG 1	H	52	Urbain	10 %	4 ou 5	2013	1'06	CHU Purpan
FG 1	H	60	Urbain	20 %	15 à 20	2004	1'06	CHU Purpan
FG 2	F	52	Rural	15 à 20 %	3	2012	1'10	CH Auch
FG 2	F	52	Urbain	15 à 20%	3	2012	1'10	CH Auch
FG 2	F	39	Semi-rural	15 %	2	2004 ou 2005	1'10	CH Auch
FG 3	F	37	Semi-rural	20 %	3	2013	1'43	CH Albi
FG 3	F	50	Semi-rural	25 %	10	2009	1'43	CH Albi
FG 3	F	53	Urbain	20 %	5 ou 6	2006	1'43	CH Albi
FG 3	F	59	Rural	23 %	60	2003	1'43	CH Albi
FG 3	H	38	Semi-rural	20 %	3	2011	1'43	CH Albi
FG 4	F	56	Semi-Rural	28 %	10	2009	0'54	CH Cahors
FG 4	H	54	Rural	10 %	2 ou 3	2010	0'54	CH Cahors
FG 4	F	49	Rural	50 %	2	2009	0'54	CH Cahors
FG 4	F	53	Urbain	25 %	2	2010	0'54	CH Cahors
EI 1	H	39	Rural	10 %	3	2003	0'38	Cabinet médical
EI 2	F	50	Semi-rural	25 %	30 à 40	2003	0'18	Cabinet médical

## Annexe 12 : Algorithme des différents niveaux de prise en charge de l'obésité infantile (HAS)

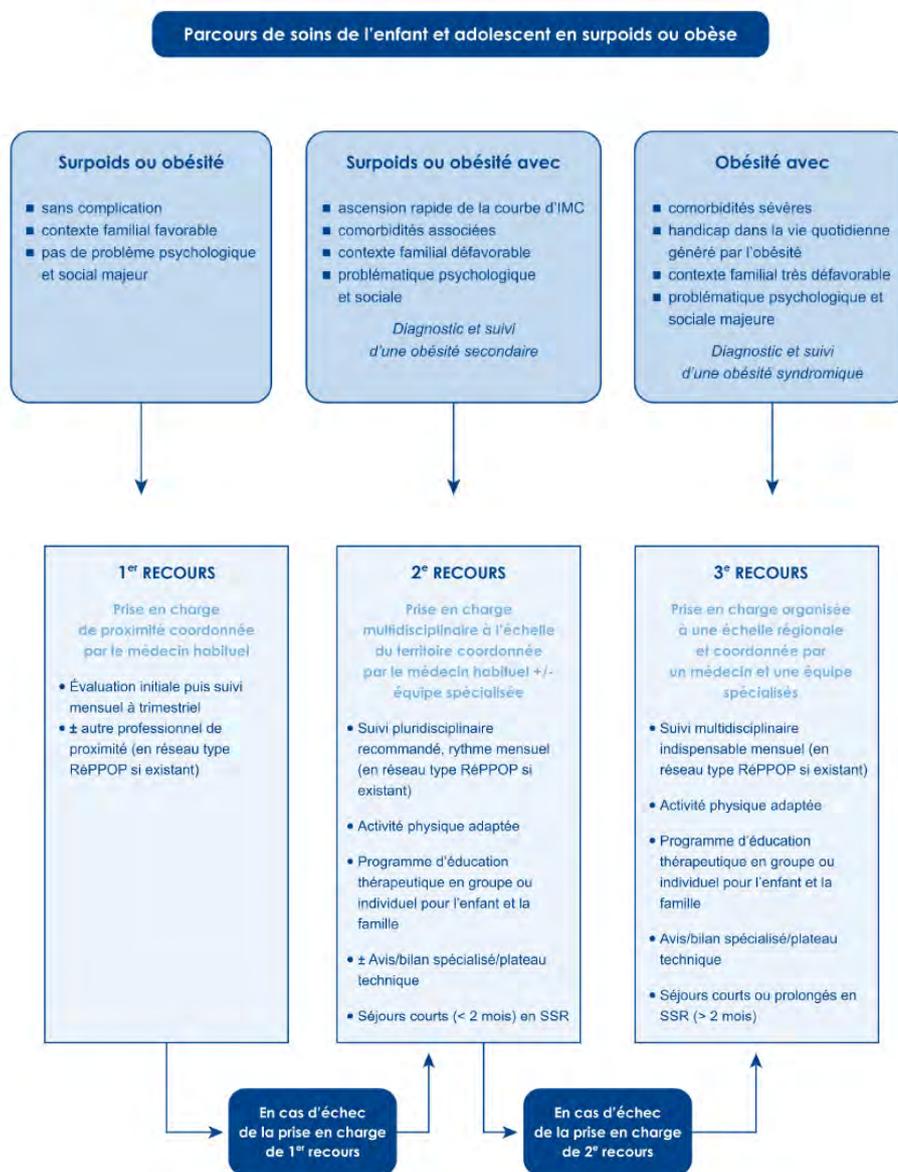
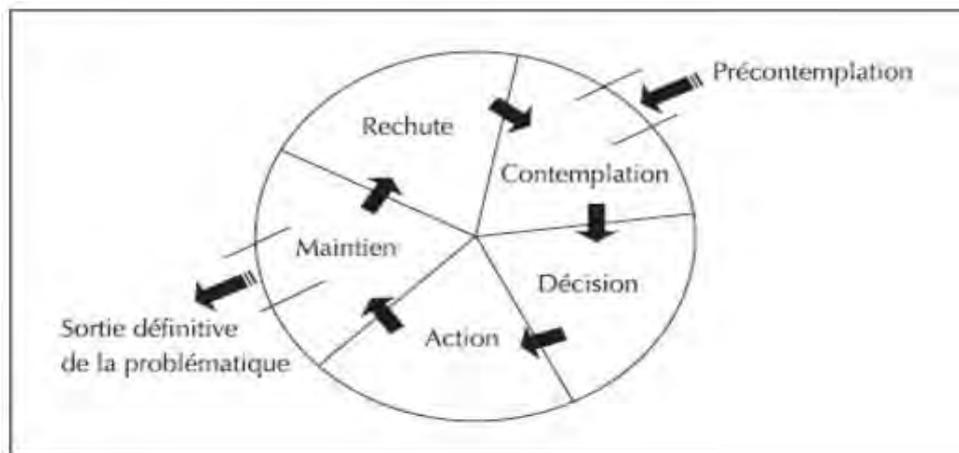


Figure 5. Algorithme des trois niveaux de prise en charge

**Annexe 13 : Le modèle des stades de changement du comportement de Prochaska**



---

TITRE : Vécu des Médecins Généralistes membres du RéPPOP Midi-Pyrénées, sur le réseau et la prise en charge de l'Obésité Infantile. Etude qualitative auprès de 17 Médecins Généralistes.

---

#### RÉSUMÉ

Le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique Midi-Pyrénées a été créé en 2003. Son objectif est d'améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'obésité infantile. Il permet le travail en équipe des médecins généralistes, pédiatres, psychologues, diététiciens et éducateurs sportifs autour de l'enfant en surpoids. Cette recherche qualitative étudie les attentes, le ressenti et l'utilisation du RéPPOP par 17 MG membres en Midi-Pyrénées.

4 focus groups et deux entretiens individuels ont été réalisés entre Mars et Août 2014. Nous avons effectué une analyse thématique.

Les MG participent à une formation sur l'obésité infantile avant d'adhérer au RéPPOP : elle les sensibilise au dépistage par l'Index de Masse Corporelle. L'adhésion au réseau est motivée par le travail d'équipe pluri professionnelle et répond à leur sentiment d'isolement face à l'OI. Ils déplorent un manque de communication entre partenaires. Ils jugent le remplissage des dossiers d'inclusion et de suivi chronophage. Le manque de motivation de l'enfant et de sa famille est le frein majeur à son inclusion et au maintien de son implication dans le réseau.

Le RéPPOP remplit son rôle en assurant une prise en charge de proximité. Il réunit l'ensemble des professionnels concernés par l'OI. Deux profils de médecins généralistes se sont distingués, référent ou collaborateur, selon leur degré d'investissement. Cependant, une approche plus adaptée à la pratique de la médecine générale optimiserait son utilisation par les MG et favoriserait une meilleure adhésion de l'enfant et de sa famille.

MOTS CLÉS : obésité infantile – médecin généraliste – étude qualitative - réseau de soins – éducation thérapeutique

---

TITLE : A qualitative study on General Practitioners (GPs) experience about the Network for prevention and care for obesity in pediatrics (NPCOP) of Midi-Pyrénées (France).

---

#### ABSTRACT

Network for prevention and care for obesity in pediatrics of Midi-Pyrénées was created in 2003 to improve child obesity prevention, screening and care management. Thanks to this network, GP, pediatrician, psychologist, dietician and sports coach can work together to take care of the overweight child. This qualitative research studies expectations, feelings about the network and how it is used by 17 GPs in Midi-Pyrénées.

We carried out 4 focus groups and 2 individual interviews from March to August, 2014. We used a thematic analysis.

Before subscribing to the NPCOP, the GPs follow a child obesity training which raises awareness among them concerning the body mass index.

They subscribe because of the multidisciplinary teamwork which helps them not to be isolated about child obesity care.

They regret lack of communication between network partners. Besides, according to them, filling medical files take too much time.

The main obstacle to a sustainable involvement of the child in the network remains his motivation as well as his family's.

The NPCOP fulfills its objective by offering a local care management to child obesity. It gathers all the professionals who deal with child obesity. We found 2 types of GP : referent or associate GP, depending on their involvement to this disease. Finally, our main finding is that an approach more tailored to GP practices would improve the use of the network by GPs as well as the participation of the child and its family.

KEY WORDS : child obesity- general practitioners – qualitative study- community network- health education

---

Discipline administrative : Médecine générale

---

Université Toulouse III - Paul Sabatier - Faculté de Médecine Rangueil - 133 Route de Narbonne – 31062  
Toulouse Cedex 04 - France

---

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Motoko Delahaye

---