

ACADEMIE DE VERSAILLES
UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

ANNEE 2018

N°

THESE
POUR LE DIPLOME
D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
D.E.S. MEDECINE GENERALE

PAR

DAHMOUN Tassadit

Née le 10 novembre 1978 à PARIS XIV

Présentée et soutenue publiquement le 27 septembre 2018

Perception par les médecins généralistes de la MSP des Mureaux de la mise en place d'une action de santé publique : Dépistage de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants de 3 à 18 ans.

Président du Jury : Monsieur le Professeur Olivier SAINT LARY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal CLERC

ACADEMIE DE VERSAILLES

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

ANNEE 2018

N°

THESE

POUR LE DIPLOME

D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

D.E.S. MEDECINE GENERALE

PAR

DAHMOUN Tassadit

Née le 10 novembre 1978 à PARIS XIV

Présentée et soutenue publiquement le 27 septembre 2018

Perception par les médecins généralistes de la MSP des Mureaux de la mise en place d'une action de santé publique : Dépistage de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants de 3 à 18 ans.

Président du Jury : Monsieur le Professeur Olivier SAINT LARY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal CLERC

REMERCIEMENTS

A **Monsieur le Professeur Olivier SAINT LARY, Président du Jury.**

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, je vous en remercie et vous assure de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Aux membres du Jury, **Monsieur le Professeur Patrick ROZENBERG, Monsieur le Professeur Marcel BONAY, Monsieur le Docteur Pascal CLERC, Madame le Docteur Rachel COLLIGNON PORTES, Monsieur le Docteur Frédéric URBAIN.**

Vous me faites l'honneur de participer au Jury, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à cette thèse.

A **mon Directeur de thèse et tuteur le Docteur Pascal CLERC.**

Je te remercie de nous avoir accompagnés durant ce travail de thèse, merci pour ta patience et tes remarques bienveillantes.

A **Josué**, mon co-interne, pour ta rigueur, ta constance et ta détermination. Je te remercie de m'avoir épaulée durant ce travail de thèse.

Au **Docteur Denis HOVASSE**, pour m'avoir accordé ma chance, je vous en suis reconnaissante.

Au **Docteur Christian DIBIE** et au **Docteur Véronique FAUCHER.**

A mes maîtres de stage **Docteur Cécile DERYCKE, Docteur Pascal NOUGAREDE et Docteur Arnaud BLANC** pour m'avoir initié à la pratique de la médecine générale en me confiant vos patients. Je vous remercie de votre confiance.

A **Madame Solange DUCHATEL**, pour le temps consacré à la relecture.

A **mes parents**, merci de m'avoir soutenue et encouragée durant toutes ces années, je serai toujours là pour vous.

A ma fille **Lehna** que j'aime et qui m'offre tant de joie au quotidien.

A mes sœurs **Charline, Wardia, Chavha** et à mon frère **Maci** pour leur soutien indéfectible.

A ma belle-sœur **Lucile** et à mes beaux-frères **Adil** et **Ermir.**

A mes neveux **Shaines, Yani, Tyssem, Liam, Tahani, Jenane et Selena**

A mes **tantes, mes oncles, mes cousines, mes cousins, leurs enfants** et à ma grand-mère **Sadia.**

A mes amies fidèles **Assia, Dolci, Farida, Hassania, Isabelle, Magali, Hind, Nassera, Sabrina, Zahia et Zahra.**

A **Mouna** pour les heures passées à la bibliothèque de la Cité Universitaire de Paris.

A **Emna** pour tes conseils avisés, je tâcherai de ne pas les oublier.

A **Sarah et Kelly** pour les heures passées à la bibliothèque.

A **Babak** mon « meilleur ami de la fac », tu m'as fait tellement rire.

A **Carine**. Grâce à nos noms de famille nous avons partagé tant de moments à l'hôpital.

A **Calypso et Ismahane** mon duo préféré.

A **Jinaine, Loubna, Yousra, Ophélie** et tout mon groupe d'ECM de la faculté de médecine Paris Ouest.

A mes **collègues manipulateurs, aide manipulateurs et secrétaires** de la Clinique du Bois de Verrière et de l'Hôpital Privé d'Antony.

Aux **radiologues** de la Clinique du Bois de Verrière et de l'Hôpital Privé d'Antony.

A tous les **professionnels de santé** (médecins, infirmières, aide soignantes, secrétaires et agents hospitaliers) que j'ai croisés durant mes stages.

Aux médecins généralistes que je remplace, **Docteur Muriel INI, Docteur Thierry LEFRESNE et Docteur François OBERLE**.

A **mes patients** pour leur confiance.

A **Mouna et Néfis** qui nous ont quittés trop tôt.

A **mes grands-parents** qui ne sont plus de ce monde.

COMPOSITION DU JURY

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Olivier SAINT LARY

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Patrick ROZENBERG

Monsieur le Professeur Marcel BONAY

Monsieur le Docteur Pascal CLERC

Madame le Docteur Rachel COLLIGNON PORTES

Monsieur le Docteur Frédéric URBAIN

LISTE DES ABREVIATIONS

AME	Aide Médicale de l'Etat
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ARS	Agence Régionale de Santé
ASALEE	Action de SANTé Libérale En Equipe
ASV	Ateliers Santé Ville
AVK	Anti Vitamine K
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CE2	Cours Élémentaire 2 ^{ème} année
CES	Centres d'Examens de Santé
CLS	Contrat Local de Santé
CMU	Couverture Mutuelle Universelle
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CMG	Collège de Médecine Générale
CSO	Centres Spécialisés de L'Obésité
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ENMR	Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération
EPS	Examen de Prévention en Santé
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FFMPS	Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FIR	Fonds d'Intervention Régional
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patients Santé et Territoires
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
JO	Journal Officiel
M1	Médecin 1
M2	Médecin 2
M3	Médecin 3
M4	Médecin 4
M5	Médecin 5
M6	Médecin 6
M7	Médecin 7
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
NMR	Nouveaux Modes de Rémunération
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PRS	Projets Régionaux de Santé
RCP	Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle
REPPPOP	REseau de Prévention et de Prise en Charge de l'Obésité Pédiatrique

SFMG	Société Française de Médecine Générale
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SMS	Short Message Service
SNIIRAM	Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
SNIR	Système National Inter-Régime
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SUDOC	Système Universitaire de Documentation
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
WONCA	World Organization of National Colleges, Academic Associations of General Practitioners
ZEP	Zone d'Education Prioritaire
ZUS	Zone Urbaine Sensible

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	4
1.1	Contexte de l'étude	4
1.2	Les soins primaires	5
1.2.1	Définitions des soins primaires et évolution du cadre législatif au fil des années	5
1.2.2	Place et importance des soins de santé primaires dans le système de santé	8
1.2.3	Organisation des soins primaires en France et dans les pays développés	8
1.2.4	La prévention : l'une des missions des soins primaires	9
1.3	Evolution des soins primaires : Emergence des MSP	11
1.3.1	Historique et définitions	11
1.3.2	Maisons de santé et projet de santé	13
1.3.3	Les nouveaux modes de rémunération	14
1.4	Projet de santé publique dans une commune défavorisée	16
1.4.1	Description de la population des Mureaux et de ses besoins de santé	16
1.4.2	Offre de soins aux Mureaux	17
1.4.3	Projet de maison de santé pluriprofessionnelle des Mureaux	18
1.5	Choix d'une mission de santé publique, dépistage de l'obésité chez les enfants de 3 à 18 ans	20
1.5.1	Définition du surpoids et de l'obésité	20
1.5.2	Obésité : quelques chiffres	20
1.5.3	Etat des lieux en France et sur le plan régional	21
1.5.4	Les déterminants du surpoids et de l'obésité	22
1.5.4.1	Génétiques	22
1.5.4.2	Les facteurs socio-environnementaux	23
1.5.5	Les complications de l'obésité infantile	24
1.5.5.1	Facteurs de risques d'obésité à l'âge adulte	24
1.5.5.2	Retentissement psycho-social	24
1.5.5.3	Retentissements somatiques	24
1.5.6	Obésité et inégalité en santé	25
1.5.7	Prise en charge de l'obésité infantile	25
1.5.7.1	Dépistage et prévention de l'obésité	25
1.5.7.2	Acteurs de la prise en charge de l'obésité	26
1.5.7.3	Stratégie thérapeutique moderne	26
1.5.7.4	Les réseaux de santé de l'obésité : RÉPPOP (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique)	27
1.5.7.5	Initiatives locales « La santé dans l'assiette » aux Mureaux	29
1.5.7.6	Les contrats de santé publique de l'ARS passés avec des équipes de soins primaires : exemple de la MSP Philippe Marze Les Mureaux	29
1.6	Objectif de l'étude	30

2 MATERIEL ET METHODE.....31

2.1	Recherche bibliographique	31
2.2	Choix de la méthode	31
2.2.1	Méthode quantitative	32
2.2.2	Méthode qualitative	32
2.2.2.1	L'observation participante	32
2.2.2.2	Entretiens individuels semi-dirigés	33
2.2.2.3	Focus group.....	34
2.2.2.4	Retranscription des entretiens et du focus group	35
2.2.3	Analyse des données	35
2.2.3.1	Etude quantitative	35
2.2.3.2	Etude qualitative.....	35

3 RESULTATS37

3.1	Caractéristiques de la population étudiée	37
3.2	Caractéristiques des entretiens	38
3.3	Résultats de l'analyse quantitative	38
3.3.1	Travail d'inclusion	38
3.3.2	Indices de dispersion	40
3.3.3	Orientation des patients.....	41
3.4	Résultats de l'analyse qualitative des entretiens semi-dirigés	42
3.4.1	Les atouts.....	42
3.4.1.1	Pertinence du protocole	42
3.4.1.2	Vision positive de la MSP et des NMR	51
3.4.1.3	Efficience du dépistage	55
3.4.1.4	Améliorer la prise en charge des patients	57
3.4.1.5	Remplir la mission de prévention du médecin généraliste.....	58
3.4.1.6	Simplicité des indicateurs	59
3.4.2	Freins	60
3.4.2.1	Contexte actuel de la médecine générale et son impact sur l'action de prévention du médecin généraliste	60
3.4.2.2	Difficultés humaines	64
3.4.2.3	Difficultés techniques	72
3.4.2.4	Difficultés économiques	78
3.4.3	Voies d'amélioration.....	81
3.4.3.1	Acteurs	81
3.4.3.2	Les outils	85
3.4.3.3	Organisation du travail	89
3.5	Resultats de l'analyse qualitative du focus group	91
3.5.1	Importance d'une animation.....	91
3.5.2	Impact de la médecine générale actuelle.....	92

3.5.3	Impact de l'installation dans les nouveaux locaux	93
3.5.4	Informatique et tracabilité	94
3.5.5	Motivation hétérogène au sein de l'équipe	95
3.5.6	Processus intellectuel, absence de reflexe	97
3.5.7	Rémunération.....	97
3.5.8	Difficultés d'organiser des réunions	99
3.5.9	Orientation	99
3.5.10	Protocoles.....	101
3.6	Résultats de l'observation participante	102
4	DISCUSSION	103
5	CONCLUSION.....	113
6	ANNEXES.....	115
7	BIBLIOGRAPHIE	131

1 INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE DE L'ETUDE

Afin de répondre aux problématiques actuelles de la médecine générale (démographie médicale en baisse, aspirations des jeunes médecins, vieillissement de la population, prévalence des maladies chroniques et des patients polyopathologiques), nous assistons depuis quelques années à une « modernisation » de l'offre de soins avec l'essor des maisons de santé pluriprofessionnelles favorisant la coopération entre les différents acteurs de santé.

L'Agence Régionale de Santé (ARS), au travers de l'instauration de protocoles de santé publique et de la généralisation de la rémunération forfaitaire, souhaite promouvoir une politique de santé en accord avec cette nouvelle organisation des soins primaires.

Parmi les enjeux de santé publique, la prise en charge de l'obésité infantile reste un objectif prioritaire de par sa prévalence dans le monde et en France (1) ainsi que ses conséquences sanitaires et économiques (2).

La prévention et une prise en charge précoce ont démontré leur intérêt dans la prise en charge de l'obésité (3).

Dans ce contexte, l'objet de cette thèse était d'observer et d'accompagner sept médecins généralistes exerçant aux Mureaux regroupés autour d'un projet local de santé travaillant initialement en multi-sites, puis regroupés au sein d'une maison de santé en décembre 2017, qui se sont investis dans l'écriture de deux protocoles de dépistage dont l'un était le

dépistage de l'obésité et du surpoids des enfants de 3 à 18 ans et de leurs parents (annexe 1).

L'objet principal de ma thèse était de révéler les freins et les atouts de la mise en place du protocole de dépistage. L'objectif secondaire était d'explorer les voies d'amélioration possibles.

1.2 LES SOINS PRIMAIRES

1.2.1 DEFINITIONS DES SOINS PRIMAIRES ET EVOLUTION DU CADRE LEGISLATIF AU FIL DES ANNEES

Lors de la conférence de Alma-Ata en 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé définit les soins primaires comme des « soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays.» (4)

En 1991, la WONCA définit le rôle du médecin généraliste de la façon suivante :

« Le médecin généraliste - médecin de famille est un spécialiste formé pour le travail de soins primaires d'un système de santé et formé à prendre les mesures initiales pour fournir des soins aux patients indépendamment du type de problème(s) de santé présenté(s). Le médecin généraliste - médecin de famille prend soin des personnes au sein d'une société, indépendamment du type de maladies ou d'autres caractéristiques personnelles ou sociales. Il organise les ressources disponibles du système de santé à l'avantage de ses patients. Le médecin généraliste parcourt avec des individus autonomes les domaines de la prévention, du diagnostic, des soins, de l'accompagnement et de la guérison, en utilisant et en intégrant

les sciences biomédicales, la psychologie et la sociologie médicale. » (5)

En 1996, l'American Institute of Medicine redéfinit les soins primaires comme « des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté.» (6)

La loi HPST du 21 juillet 2009 (7) a intégré une définition ainsi que l'objectif des soins primaires dans son titre II « accès de tous à des soins de qualité » qui sont les suivants :

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

Cette loi a également renforcé le processus de territorialisation du système de soins avec la création d'Agences Régionales de Santé (ARS) dont l'objectif affiché est de répondre aux nouveaux enjeux de notre système de santé : vieillissement de la population, accroissement des maladies chroniques, baisse de la démographie des professionnels de santé, révolution numérique et contraintes économiques.

Elle a confié aux agences régionales de santé la mission d'élaborer des projets régionaux de santé (PRS), le premier s'étendant de 2013 à 2017 (8) visait à déterminer les priorités des

politiques de santé en région, dans les différents champs sanitaire, ambulatoire, médico-social, et de prévention au plus près des besoins de la population (9).

Fort des enseignements du PRS1, un deuxième PRS (10) a pris la relève en 2018, prévu initialement pour durer jusqu'en 2022, la loi de janvier 2016 « loi de modernisation de notre système de santé » (11) a renforcé son caractère stratégique en l'inscrivant dans une temporalité de dix ans.

Le PRS 2 dont l'une de ses priorités est de « poursuivre résolument la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé » s'articule autour de cinq programmes (12) :

- Appui au déploiement territorial : développer des stratégies de promotion de la santé et la construction de parcours au plus près des patients et des professionnels
- Ressources humaines en santé : une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à dix ans
- Allocation des ressources financières : dégager des marges de manœuvre, mieux prioriser les financements
- Production et traitement de l'information : des systèmes d'information au service des parcours
- Appui à la transformation des organisations pour des prises en charge pertinentes et performantes.

Pourquoi les différentes lois de santé s'axent-elles tant sur les soins primaires ?

1.2.2 PLACE ET IMPORTANCE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES DANS LE SYSTEME DE SANTE

Le carré de White (13) montre que la majorité des demandes médicales de la population concerne des soins de santé primaires (14).

Des données scientifiques ont prouvé qu'un système de santé à forte orientation vers les soins primaires permettait :

- Une diminution des coûts de l'ensemble des services des soins de santé
- Une amélioration des indicateurs de santé notamment chez les jeunes et les personnes âgées
- Une équité des services de santé (15).

1.2.3 ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES EN FRANCE ET DANS LES PAYS DEVELOPPES

Il existe différents modèles d'organisation :

- Le modèle normatif hiérarchisé dans lequel le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'Etat (Espagne, Finlande, Suède)
- Le modèle professionnel hiérarchisé dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni)
- Le modèle professionnel non hiérarchisé qui traduit une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada).

En France le système correspondait initialement au modèle professionnel non hiérarchisé mais emprunte désormais des caractéristiques sanitaires similaires aux deux autres modèles (16).

En 2004, la réforme du médecin traitant place le médecin généraliste au centre des soins primaires. Cette réforme incite le patient à déclarer un médecin traitant à la caisse d'assurance maladie. Celui-ci aura pour rôle de constituer un premier recours qui pourra éventuellement mener à une orientation vers un spécialiste au risque que le patient soit sanctionné par une diminution du remboursement s'il ne respecte pas le parcours de soins coordonné. Les consultations d'ophtalmologie, de pédiatrie et de gynécologie ne sont pas concernées (17).

1.2.4 LA PREVENTION : L'UNE DES MISSIONS DES SOINS PRIMAIRES

En 1948, l'OMS définit la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

La prévention occupe une place de plus en plus importante en médecine générale, l'évolution de la société pousse les médecins généralistes vers une démarche préventive car la population est globalement en bonne santé et souhaite le rester.

Il existe quatre niveaux de prévention :

- La prévention primaire qui vise à réduire l'incidence d'une maladie, rôle de l'éducation pour la santé

- La prévention secondaire qui vise à réduire la prévalence de la maladie, rôle des dépistages
- La prévention tertiaire qui vise à limiter les conséquences et les séquelles de la maladie et de prévenir les complications
- La prévention quaternaire, notion plus récente, visant à atténuer ou limiter les conséquences de l'intervention inutile ou excessive des processus de soins (18).

Ces démarches de prévention peuvent être individuelles ou collectives.

Actuellement, des actions de prévention sont réalisées par le médecin généraliste de façon opportune au cours d'une consultation et dans le cadre de dépistages organisés (cancer colo-rectal, cancer du sein et cancer du col utérin).

La notion de consultations de prévention a de nombreuses fois été abordée (19), elles n'ont à ce jour pas été mises en place.

Elles existent toutefois sous d'autres formes, en voici quelques exemples :

- Examen de prévention en santé (EPS), offre proposée aux assurés sociaux et financée en intégralité par l'assurance maladie, réalisé dans un centre de réseau d'exams de santé (CES) et destiné en priorité aux personnes de plus de 16 ans éloignées du système de santé et en situation de précarité (20)
- Consultation de prévention destinée aux médecins qui par négligence, manque de temps et refus de la maladie (21) consultent peu
- Médecine du travail, acteur central de la prévention des risques professionnels.

1.3 EVOLUTION DES SOINS PRIMAIRES : ÉMERGENCE DES MSP

1.3.1 HISTORIQUE ET DEFINITIONS

Alors que l'année 2006 voit se construire les premières maisons de santé, le terme de « maisons de santé » apparaît en 2007 avec le rapport du sénateur Juilhard (22) dont l'un des objectifs était de rendre la médecine rurale plus attractive.

En 2008, la loi de financement de la sécurité sociale (article 44) est la première à leur accorder un cadre juridique et une toute première définition :

« Elles assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les MSP sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux » (23).

Le déploiement des maisons de santé correspond à la fois à une attente des professionnels de santé (pratique modernisée) et des patients (continuité et permanence des soins).

Elles apparaissent comme une solution afin de pallier à certaines problématiques de la société actuelle :

- La pénurie et le vieillissement des médecins généralistes
- Le vieillissement de la population
- L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et la complexification des soins
- L'accentuation des inégalités sociales en matière de santé et de prévention

- L'inexorable croissance des dépenses de santé.

Leur rôle va être renforcé par la loi HPST 2009 (7), une nouvelle définition va leur être attribuée, « une maison de santé est définie comme une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins de premier recours sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales ».

Le regroupement en maisons de santé est fortement encouragé, on compte en mars 2015 environ 615 maisons de santé et plus de 1000 en projet (24).

On assiste en 2008 à la naissance de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) dont les différents objectifs sont de représenter les maisons et pôles de santé, leur apporter un soutien dans leur développement, participer à l'élaboration et à la mise en place d'actions de santé publique et constituer une force de propositions auprès des pouvoirs publics.

En décembre 2014, création par la FFMPS d'une coopérative de services dédiée aux équipes pluriprofessionnelles de soins primaires en France, FACILIMED (25), dont le rôle est d'accompagner dans leurs démarches administratives les équipes médicales et paramédicales qui souhaitent fonder une MSP, le Président du conseil d'administration est le Docteur Pierre DE HAAS.

Le Docteur Pierre DE HAAS est un pionnier en matière de MSP, en 2003 il est co-créateur de la première maison de santé de garde rurale en France à Amberieu en Bugey (01) puis trois ans plus tard, en 2006, il monte une maison de santé avec quatre généralistes, des

infirmières, des kinésithérapeutes, des orthophonistes, une neuropsychologue, une diététicienne, une podologue et un pharmacien. (26)

Il fut élu président de la FFMPS de 2009 jusqu'à décembre 2016, son successeur est le Docteur Pascal GENDRY (27).

1.3.2 MAISONS DE SANTE ET PROJET DE SANTE

Les maisons de santé s'articulent autour d'un projet de santé qui revêt deux types d'objectifs :

- Un objectif tourné vers la patientèle : accès et continuité des soins grâce à une large amplitude horaire d'ouverture, missions de santé publique à vocation individuelle et collective (séances d'ETP, consultations de dépistage des facteurs de risques, actions de prévention), suivi coordonné et orientation du patient dans un parcours de soins et participation à la veille épidémiologique

- Un objectif d'amélioration de la qualité des soins : engagement de formation et d'évaluation des pratiques des membres de la MSP, accueil de stagiaires et activités universitaires.

En 2009, un rapport (28), établi à la demande du gouvernement afin d'identifier les facteurs de réussite des maisons de santé ainsi que les freins à leur déploiement, fait ressortir une série de sept propositions :

- Identification d'un cadre pour les exercices pluriprofessionnels (création d'une marque collective « maisons de santé »)

- Adoption d'un nouveau cadre juridique
- Promotion de nouveaux modes de financement
- Accompagnement des professionnels avec la création d'une mission d'appui au niveau national
- Inscription dans une logique d'engagements réciproques entre autorités publiques et professionnels de santé
- Réponse aux attentes avec la facilitation et les incitations spécifiques dans le cadre de la « dynamique espoir banlieue » ainsi que dans le monde rural
- Identification de ces structures comme des lieux de formation pluriprofessionnelle privilégiés.

L'une des propositions phares de ce rapport est la promotion de nouveaux modes de financement, le développement de ce nouveau type d'exercice s'est donc accompagné de la mise en place de nouveaux modes de rémunération (NMR) en avril 2015 (29).

1.3.3 LES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION

Les NMR sont apparus suite à une expérimentation introduite dans la loi de financement de la sécurité sociale et menée entre 2009 et 2014 au sein de 300 pôles et maisons de santé afin de favoriser l'exercice pluriprofessionnel en finançant des activités de coordination.

Ils consistent en un contrat passé entre l'ARS et une structure volontaire composée au minimum de médecins généralistes et d'infirmières (30).

Ils sont régis par le « règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité », approuvé par arrêté du 23 février 2015 et publié au Journal Officiel (JO) le 27 février 2015 (29).

Ils sont versés à la structure qui en dispose librement.

Les NMR sont organisés en modules et sont un complément du paiement à l'acte, ils imposent :

- Un nouveau statut juridique, la SISA
- Le développement des systèmes d'information
- L'identification des structures par l'attribution d'un numéro FINESS et la double référence dans le SNIIRAM structure/professionnel (CNAMTS) (31).

Les nouveaux modes de rémunération s'accompagnent d'un nouvel exercice de la médecine générale avec des activités de santé publique déterminées, ainsi qu'une meilleure pratique des médecins généralistes des maisons, pôles et centres de santé (32), qui rompt avec la vision historique, caractérisée par l'exercice solitaire du médecin généraliste et rémunéré à l'acte (33).

Dans ce contexte, nous avons choisi une MSP qui vient juste de voir le jour dans une commune défavorisée afin de se rendre compte de la réalité du terrain, les difficultés, les atouts et les voies d'amélioration possibles de la mise en place de protocoles de santé publique.

1.4 PROJET DE SANTE PUBLIQUE DANS UNE COMMUNE DEFAVORISEE

1.4.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION DES MUREAUX ET DE SES BESOINS DE SANTE

La commune des Mureaux se trouve dans le nord du département des Yvelines sur la rive gauche de la Seine à 40 km à l'ouest de Paris.

En 2014, la commune comptait 31 647 habitants, en augmentation de 0,5 % par rapport à 2009 (34).

La population de la commune est relativement jeune, le taux de personnes âgées de plus de 60 ans (14,6 %) est inférieur au taux national (21,6 %) et départemental (17,5 %).

- 16 à 20 % de la population est en situation de précarité
- 41 % de la population vit en zone urbaine sensible (ZUS)
- 31 % des adultes sont non diplômés (dont 44 % vivant en ZUS)
- Le taux de chômage dans les ZUS est de 32 %
- 3791 personnes bénéficient de la CMU et 466 de l'AME
- La population étrangère dans la commune des Mureaux représente 25,9 % de la population totale alors que la moyenne départementale est de 8 %.

1.4.2 OFFRE DE SOINS AUX MUREAUX

- Etablissements de santé :

La commune des Mureaux dispose d'une structure de soins, le site Bècheville (composé d'un service de soins de suite et de réadaptation et d'un service de psychiatrie) rattaché au centre hospitalier intercommunal de Meulan-les Mureaux.

A Meulan-les-Mureaux (commune voisine des Mureaux), le site hospitalier Henri IV dispose d'un service de médecine polyvalente, de médecine gériatrique et de chirurgie.

- Médecins généralistes et professions paramédicales (infirmiers et kinésithérapeutes) :

En 2017, dix-huit médecins généralistes exercent aux Mureaux contre quarante-cinq en 2007 (35).

La densité des médecins généralistes était comparable à celle des Yvelines et de l'Île-de-France en 2007. Dix ans plus tard, elle a diminué et est largement inférieure à celle des Yvelines et de l'Île-de-France.

En presque dix ans, on note une diminution de près de moitié du nombre de médecins, due aux départs en retraite ou volontaires.

En 2017, vingt infirmières exercent aux Mureaux contre douze en 2007.

En dix ans, la proportion d'infirmières libérales a augmenté sur le plan régional, départemental et aux Mureaux (36).

En 2017, dix kinésithérapeutes exercent aux Mureaux.

En dix ans leur densité est passée de 4 à 3,15 aux Mureaux alors qu'elle a augmenté dans le département des Yvelines et la région Ile-De-France (36).

1.4.3 PROJET DE MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE DES MUREAUX

En novembre 2006, un diagnostic santé fut réalisé par le CCAS – Pôle santé de la ville des Mureaux, afin de mieux connaître l'état de santé des Muriautins et d'adapter précisément l'offre de soins, ce qui a permis notamment le développement de l'Atelier Santé Ville.

Il en ressort un lien étroit entre la précarité et l'état de santé dans lequel se trouvent les populations.

Les problématiques de santé publique se posant fortement dans le territoire des Mureaux sont liées :

- Au vieillissement
- A l'accès effectif aux soins
- A la nutrition et l'hygiène alimentaire (obésité, diabète)
- Aux problèmes bucco-dentaires chez les jeunes enfants
- Au suivi gynécologique irrégulier de nombreuses Muriautines
- Aux troubles et aux souffrances psychologiques
- Aux conduites addictives.

Fort de ce constat, un projet de santé porté par une association « Un Projet de Santé pour les Mureaux » voit le jour en 2011.

Projet articulé autour de trois cabinets de groupe, un cabinet composé de quatre médecins généralistes et de deux infirmières, un autre avec quatre médecins généralistes dont deux sont depuis partis à la retraite, et le dernier de deux médecins généralistes, avec pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé en offrant des soins de proximité adaptés aux besoins de la population, en établissant des liens avec d'autres acteurs (hôpitaux, spécialistes, acteurs institutionnels, personnels sociaux...) et par la mise en place d'une pratique mieux coordonnée.

Initialement sous la forme d'une maison de santé pluriprofessionnelle multisites (composée de différentes antennes, situées à des endroits géographiques distincts dans un périmètre restreint) puis d'un regroupement dans une construction neuve le 5 décembre 2017.

Installation initialement prévue pour juin 2017, retardée du fait de multiples obstacles d'ordre économique.

Elle regroupe actuellement sept médecins généralistes, un podologue, cinq infirmières, trois psychomotriciennes, deux psychologues et une conseillère conjugale.

De nombreux travaux pluriprofessionnels ont déjà été entrepris (AVK, prise en charge du pied diabétique), dont certains ont fait l'objet de travaux de thèse (exemple ETP et diabète).

1.5 CHOIX D'UNE MISSION DE SANTE PUBLIQUE, DEPISTAGE DE L'OBESITE CHEZ LES ENFANTS DE 3 A 18 ANS

Dans le cadre de la contractualisation avec l'ARS et pour répondre au cahier des charges d'une MSP, l'équipe médicale de la MSP des Mureaux a mis en place deux protocoles de santé publique dont le dépistage de l'obésité chez les enfants de 3 à 18 ans.

Le thème choisi « dépistage de la surcharge pondérale et de l'obésité de l'enfant de 3 à 18 ans » répond à une problématique fréquente au sein de cette population.

1.5.1 DEFINITION DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE

D'après l'OMS, le surpoids et l'obésité sont définis comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse qui peut nuire à la santé » (37).

L'indice de masse corporelle (IMC) est l'indice utilisé pour déterminer et classer le surpoids chez les adultes et selon la définition de l'OMS le surpoids correspond à un IMC égal ou supérieur à 25, et l'obésité à un IMC égal ou supérieur à 30 (37).

1.5.2 OBESITE : QUELQUES CHIFFRES

La prévalence mondiale de l'obésité IMC > 30 kg/m² a augmenté de 3,2 % en 1975 à 10.8 % en 2014 chez les hommes et a augmenté de 6,4 % à 14,9 % chez les femmes. En valeurs absolues, entre 1975 et 2014, le nombre d'hommes obèses est passé de 34 millions à 266 millions et celui des femmes obèses de 71 millions à 375 millions (38).

Selon les estimations de l’OMS, le nombre de nourrissons et de jeunes enfants entre 0 et 5 ans en surpoids ou obèses dans le monde est en constante augmentation passant de 32 millions en 1990 à 41 millions en 2014 (39).

D’après une étude récente publiée dans le New England Journal of Medicine les chiffres sont bien plus alarmants avec 107,7 millions d’enfants et 603,7 millions d’adultes obèses (1).

Ce problème ne touche pas uniquement les pays riches malgré l’existence d’un lien entre la disponibilité énergétique alimentaire et l’augmentation du poids moyen de la population (40), en effet dans les régions africaines le nombre d’enfants en surpoids ou obèses est passé de 4 à 9 millions au cours de la même période et dans les pays en développement à économie émergente, la prévalence du surpoids et de l’obésité infantile chez les enfants d’âge préscolaire est supérieure de 30 % (41).

Les prévisions sont alarmantes car l’obésité reste la plus grande source de maladies chroniques dans le monde (42).

1.5.3 ETAT DES LIEUX EN FRANCE ET SUR LE PLAN REGIONAL

En France, en 2015, la prévalence du surpoids (obésité incluse) était de 54 % chez les hommes et 44 % chez les femmes, et l’obésité atteignait 17 %.

En 2015, chez les enfants, cette prévalence était de 16 % chez les garçons et 18 % chez les filles (43).

D’après l’étude ObEpi-Roche 2012, on observe un gradient décroissant Nord-Sud et Est-Ouest.

Quatre régions affichent des taux de prévalence élevés : le Nord Pas-de-Calais est la région la plus touchée avec 21,3 %, suivie de la Champagne-Ardennes 20,9 %, la Picardie 20 % et la Haute-Normandie 19,6 %.

Les régions les moins touchées par l'obésité sont les régions Midi-Pyrénées, PACA et Pays-de-la-Loire aux alentours de 11,5 % (44).

En Ile-de-France, la prévalence de l'obésité est de 14,4 % soit 1,6 millions de personnes.

- 500 000 personnes ont un IMC > 35
- 100 000 personnes ont un IMC > 40

Environ 3 % , soit 90 000 jeunes, entre 0 et 19 ans sont obèses (45).

1.5.4 LES DETERMINANTS DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE

L'obésité est une pathologie complexe tant sur le plan physiopathologique que dans la prise en charge. C'est une maladie hétérogène dont les déterminants sont multiples, qui ne peuvent se réduire à un seul déséquilibre de la balance énergétique. On ne parle plus de maladie unique mais de « types variés d'obésité » (46).

1.5.4.1 GENETIQUES

Différents arguments plaident pour un rôle important de la génétique (47) dans la physiopathologie de l'obésité (étude familiale, étude chez les jumeaux ...), on estime que 40 à 70 % de la variation interindividuelle de l'IMC est liée aux différences génétiques entre les individus (48).

Le développement des techniques de génétique moléculaire et l'établissement des cartes du génome humain a rendu possible l'étude des déterminants génétiques de l'obésité et l'identification des gènes impliqués (47).

Une étude, réalisée en 2014, avait pour objectif la validation d'un score permettant de prédire le risque de surpoids de l'enfance en fonction des profils génétiques (49).

Hormis les cas exceptionnels d'obésités monogéniques, dont l'une des causes principales est la mutation du gène MC4R (50), pour lesquelles l'influence environnementale est faible, l'obésité résulte de l'interaction entre plusieurs gènes de prédisposition qui induiraient une vulnérabilité et des facteurs environnementaux qui détermineraient la survenue et l'importance de l'obésité par inadéquation entre les apports et les dépenses énergétiques (51).

1.5.4.2 LES FACTEURS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX

Trois facteurs de risques de l'obésité infantile ont été mis en évidence :

- Obésité des parents
- Bas niveaux sociaux économiques
- Poids de naissance élevé.

D'après d'autres études la scolarisation dans des ZEP, le nombre d'heures passées devant la télévision, le nombre d'heures de sommeil, un rebond d'adiposité précoce et l'absence d'implication affective et éducative des parents seraient également des facteurs de risques d'obésité chez l'enfant (52).

1.5.5 LES COMPLICATIONS DE L'OBESITE INFANTILE

1.5.5.1 FACTEURS DE RISQUES D'OBESITE A L'AGE ADULTE

Les études montrent que l'obésité à l'adolescence est corrélée à une augmentation de la mortalité et de la morbidité à l'âge adulte (risque de cancer du côlon multiplié par deux, d'infarctus du myocarde multiplié par trois, ainsi que la majoration du risque de mort subite et de maladies respiratoires) (53).

1.5.5.2 RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL

Les enfants obèses présentent davantage de troubles psychopathologiques (troubles anxieux, phobie sociale, troubles du comportements et troubles thymiques) (54).

On retrouve aussi des troubles alimentaires « binge eating » (55) à ne pas confondre avec la boulimie devant l'absence de vomissement.

Les enfants obèses sont moins populaires.

1.5.5.3 RETENTISSEMENTS SOMATIQUES

- Complications orthopédiques : épiphysiolyse de la tête fémorale (56)
- Complications digestives : stéatose hépatique (57)
- Complications respiratoires : asthme, syndrome d'apnée du sommeil (58)
- Complications métaboliques : augmentation de l'incidence du diabète non insulino-dépendant à l'adolescence par insulino-résistance et du syndrome métabolique (59)

- Complications cardio-vasculaires : pression artérielle moyenne plus élevée (59)
- Complications hormonales : croissance accélérée et puberté précoce. Chez les filles on retrouve un syndrome des ovaires polykystiques (60) associé à un hirsutisme et de l'acné, chez les garçons, une gynécomastie et un pseudo-hypogonadisme (61) responsable d'infertilité (62).

1.5.6 OBESITE ET INEGALITE EN SANTE

La prévalence de l'obésité a augmenté selon un gradient socio-économique inverse au niveau d'éducation et de revenus (63).

D'après un rapport publié en février 2016 par le Secours populaire français intitulé « La fracture territoriale : Analyse croisée des inégalités en Île-de-France », le taux d'obésité infantile est deux fois supérieur dans les quartiers prioritaires (5,5 % des enfants en CE2) que dans les autres quartiers (2,7 % des enfants en CE2) (64).

1.5.7 PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE INFANTILE

1.5.7.1 DEPISTAGE ET PREVENTION DE L'OBESITE

En France, en pratique quotidienne, les médecins généralistes et les pédiatres pèsent et mesurent les enfants, calculent l'IMC puis reportent les valeurs sur les courbes de croissance présentes dans les pages du carnet de santé de l'enfant ou dans les cases dédiées de leur logiciel informatique permettant ainsi le suivi du développement staturo-pondéral.

Il est nécessaire de tracer régulièrement la courbe de corpulence de chaque enfant (annexe 2) afin de dépister de manière précoce les enfants obèses ou susceptibles de le devenir car :

- Plus le rebond d'adiposité est précoce plus le risque d'obésité est important
- A tout âge, un changement de « couloir » de percentile vers le haut est un signe d'alerte
- Lorsque l'IMC est supérieur au 97^{ème} percentile, l'enfant est obèse (65).

1.5.7.2 ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE

L'ARS a établi la cartographie suivante (66) selon l'importance de l'obésité.

Acteurs de la prise en charge de l'obésité



1.5.7.3 STRATEGIE THERAPEUTIQUE MODERNE

Les principaux axes thérapeutiques sont les suivants (67) :

- Accroître le niveau d'activité physique du patient

- Réduire la sédentarité
- Améliorer les habitudes alimentaires, la qualité des prises alimentaires et diminuer la quantité
- Approche psycho-cognitivo-comportementale
- Traitement médicamenteux : l'orlistat seul médicament anti-obésité possédant l'AMM en France, il existe deux dosages l'un de 120 mg (Xenical®) disponible sur prescription médicale et l'autre en vente libre au dosage de 60 mg (Alli®)
- Traitement chirurgical ou chirurgie bariatrique qui comporte deux types d'interventions, celles basées sur une restriction gastrique (l'anneau gastrique ou la gastrectomie longitudinale) et celle responsable d'une malabsorption intestinale, le court-circuit gastrique (68).

1.5.7.4 LES RESEAUX DE SANTE DE L'OBESITE : RESEAU DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE PEDIATRIQUE (RÉPPOP)

Le RÉPPOP est une initiative mise en place en 2003 dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS) qui vise à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur la nutrition, considérée comme l'un de ses déterminants majeurs (69).

L'un des neuf objectifs prioritaires du PNNS est de limiter la prévalence de l'obésité chez l'adulte en réduisant celle chez l'enfant, les trois villes pilotes choisies pour l'expérimentation sont Toulouse, Paris et Lyon (70).

L'objectif du RÉPPOP est la prévention de l'obésité de l'enfant grâce au dépistage précoce des enfants à risque et à une prise en charge multidisciplinaire, personnalisée et de proximité (71) des enfants et des adolescents obèses avec un suivi et un accompagnement prolongés.

Le RÉPPOP est un réseau de soins ville-hôpital, interdisciplinaire. Il rassemble médecins libéraux, hospitaliers, médecins scolaires et de protection de l'enfance, infirmières et puéricultrices de l'éducation nationale et de PMI, diététiciennes et psychologues (72).

Le RÉPPOP Ile-de-France a été lancé en 2003 et traite les enfants obèses entre 0 et 16 ans, résidant en Ile-de-France (72).

Le médecin traitant est l'acteur principal du réseau, il assure le suivi et la prise en charge ambulatoire de proximité en lien avec les paramédicaux associés (kinésithérapeutes et psychologues), les pédopsychiatres, si besoin le Centre Hospitalier Référent de la zone géographique (pour les cas les plus sévères) et les structures Jeunesse et Sport.

Une équipe de coordination assure la formation initiale et continue des partenaires du réseau, fournit des outils de travail (référentiels, courbes, dossiers partagés, informations et bibliographie) et apporte une aide à l'orientation des patients au sein du réseau en établissant un contact étroit avec les différents acteurs.

Malheureusement à ce jour, peu d'études rendent compte de l'impact du RÉPPOP. Toutefois, une thèse soutenue en 2007, dont l'objectif était d'évaluer l'impact du réseau RÉPPOP Ile-de-France sur l'obésité des adolescents, concluait à une efficacité globalement satisfaisante du programme avec 38 % d'amélioration et 57 % de stabilisation à six mois (52).

Le RÉPPOP reste une réponse adaptée à la prise en charge de l'obésité, exercice complexe pour le médecin généraliste et qui nécessite un parcours de soins coordonné.

1.5.7.5 INITIATIVES LOCALES « LA SANTE DANS L'ASSIETTE » AUX MUREAUX

L'Atelier Santé Ville est un dispositif qui coordonne des actions de santé sur la ville des Mureaux, en partenariat avec l'Etat, des associations et le centre hospitalier intercommunal de Meulan-Les Mureaux. Il propose différents axes :

- La santé mentale
- La promotion de l'hygiène et de la santé
- La prévention des cancers
- L'accompagnement des personnes âgées.

Une des initiatives, la « santé dans l'assiette », offre la possibilité à des personnes en situation de précarité et souffrant de troubles alimentaires de participer à des ateliers de cuisine et de bénéficier de consultations d'éducation nutritionnelle et psychologiques gratuites (73).

1.5.7.6 LES CONTRATS DE SANTE PUBLIQUE DE L'ARS PASSES AVEC DES EQUIPES DE SOINS PRIMAIRES : EXEMPLE DE LA MSP PHILIPPE MARZE LES MUREAUX

Dans le cadre des contrats de santé publique de l'ARS (74), dont l'un des objectifs est « de renforcer la coordination des soins autour de cas complexes », l'équipe médicale de la MSP Philippe Marze a choisi deux thèmes en accord avec des problématiques fréquemment rencontrées aux Mureaux : l'obésité infantile et la fragilité chez les personnes âgées.

Deux fiches d'action ont été rédigées le 12 juillet 2016 puis révisées le 23 janvier 2018 (annexe 3 et 4).

L'obésité chez l'enfant est un problème de santé publique avec une morbi-mortalité importante à l'âge adulte.

La prise en charge est complexe et ne peut être résolue par une simple action individuelle du médecin généraliste, d'où l'intérêt d'une prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée.

1.6 OBJECTIF DE L'ETUDE

Cette thèse avait pour objectif de mettre en lumière les difficultés et les atouts rencontrés par l'équipe de soins primaires de la MSP des Mureaux dans la mise en route d'un protocole de santé publique « dépistage de l'obésité et du surpoids chez l'enfant de 3 à 18 ans et de leurs parents ».

L'objectif secondaire était de proposer des solutions à l'équipe pour faciliter cette mise en place.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a été réalisée de décembre 2016 à mars 2018.

Les termes français utilisés dans la recherche étaient « soins primaires », « prévention », « maison de santé pluriprofessionnelle », « nouveaux modes de rémunération », « obésité », « protocoles de santé », « ARS »...

Les termes anglais utilisés étaient « childhood obesity », « health effects of overweight and obesity », « primary care »...

Les moteurs de recherche utilisés ont été principalement PubMed, ScienceDirect, Cairn.info, le catalogue du SUDOC (Système Universitaire de Documentation), Google, Google Scholar, HAS, OMS et ARS.

2.2 CHOIX DE LA METHODE

Afin de répondre à la question, nous avons effectué une approche à la fois quantitative et qualitative.

Trois méthodes ont été utilisées pour l'approche qualitative : l'observation participante, les entretiens semi-directifs et le focus group.

Le travail de recueil a duré environ un an, de mai 2017 à avril 2018.

2.2.1 METHODE QUANTITATIVE

A la fin de l'année 2017, afin d'évaluer le travail d'inclusion réalisé par les sept médecins, nous avons recueilli à l'aide d'un tableur Excel®, les initiales des enfants inclus, l'âge, l'IMC et l'orientation proposée.

L'analyse descriptive utilisera le mode, le minimum et le maximum, la moyenne et son écart-type, la médiane et ses quartiles.

2.2.2 METHODE QUALITATIVE

2.2.2.1 L'OBSERVATION PARTICIPANTE

- Elle permet « la compréhension de l'autre dans le partage d'une condition commune » (75).
- Nous avons participé à certaines réunions, nous avons observé les comportements des différents acteurs, les dissensions internes, et pris des notes.
- Lors des entretiens individuels les modalités des protocoles ont été revues avec les médecins, une aide leur a été proposée.
- Nous étions dans la boucle de mails et pouvions lire les échanges entre les différents acteurs de la MSP.
- Nous avons renvoyé un mail de relance avec le fichier Excel® afin de faciliter l'inclusion.

- Nous avons organisé un focus group avec en première partie la présentation d'un Powerpoint® récapitulant les résultats de l'analyse des entretiens.

2.2.2.2 ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGES

Les entretiens semi-dirigés individuels pour débiter l'étude se justifient car ils permettent :

- Une analyse en profondeur avec un temps de parole plus long accordé aux médecins sans peur du jugement
- D'émettre des conclusions qui seront débattues ultérieurement en focus group.

Le guide d'entretien (annexe 5) a été élaboré en collaboration avec mon co-interne.

Lors de la première partie de l'entretien nous avons étudié la perception des médecins face à l'instauration de protocoles au sein de la MSP, ainsi que leur attitude, puis nous leur avons rappelé les modalités du dépistage et tenté d'explorer avec eux les différentes voies d'amélioration.

Nous avons veillé à ce qu'il ne soit pas trop directif afin de laisser les médecins s'exprimer librement et au gré de leurs pensées tout en adaptant l'ordre des thématiques à aborder.

Les sept entretiens ont été réalisés de mi-mai 2017 à mi-juin 2017.

Les entretiens duraient en moyenne 42 minutes, le plus court a duré 23 minutes et le plus long 60 minutes.

Six entretiens ont été réalisés dans le cabinet médical du médecin généraliste interrogé et un au domicile du praticien.

Quelques notes ont été prises sur les éléments non verbaux de l'entretien.

Le guide d'entretien a été testé lors du premier entretien et nous avons apporté de légères modifications au fur et à mesure des entretiens (grâce aux idées et réflexions soulevées par les médecins auxquelles nous n'avions pas pensé).

2.2.2.3 FOCUS GROUP

L'organisation d'un focus group dans un second temps a permis de :

- Faire interagir les médecins entre eux afin de récolter des avis divergents et dynamiques ne pouvant être capturés lors d'un entretien individuel
- Confirmer ou infirmer des résultats obtenus lors des entretiens individuels.

Avec cependant quelques risques :

- Monopolisation de la parole par certains médecins
- Temps de parole réduit.

Le focus group a eu lieu le 17 avril 2018 au sein de la salle de réunion de la MSP. Il a regroupé cinq des sept médecins de la MSP, un psychologue et la coordinatrice de FACILIMED.

Il a duré 1 h 07 min. Nous avons rédigé un guide d'entretien (annexe 6).

Il s'est déroulé en deux parties.

Lors de la première partie, les internes ont présenté à l'ensemble des participants un Powerpoint® résumant les différents résultats de l'analyse des entretiens semi-dirigés.

Lors de la deuxième partie, nous avons laissé les médecins s'exprimer librement sur les résultats et nous posons quelques questions afin de revenir sur certains points que nous souhaitons approfondir.

2.2.2.4 RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS ET DU FOCUS GROUP

Les entretiens et le focus group ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique Olympus WS-84[®] et retranscrit à l'aide d'un logiciel informatique de reconnaissance vocale Dragon Natural Speaking Home 13[®], mot à mot sans correction puis secondairement anonymisés.

2.2.3 ANALYSE DES DONNEES

2.2.3.1 ETUDE QUANTITATIVE

- Les patients, inclus par les médecins en 2016 et 2017, ont été représentés sous forme de diagrammes.
- Nous avons calculé la moyenne, l'écart-type et le mode des âges et des IMC des patients repérés.
- Afin de représenter schématiquement la distribution des âges et des IMC, des patients inclus, nous avons réalisé deux boîtes à moustaches.

2.2.3.2 ETUDE QUALITATIVE

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo 11[®] selon « une démarche de décontextualisation-recontextualisation du corpus » (76) qui consiste à sortir des extraits de

textes de leur contexte, à les regrouper selon des thèmes et construire une nouvelle structure qui les intègre.

Les entretiens ont été lus plusieurs fois afin de s'approprier les *verbatim*.

Le « codage » (selon la terminologie du logiciel) a été mené de façon individuelle par les deux thésards puis en triangulation avec le directeur de thèse.

L'analyse thématique s'est exercée de manière inductive c'est-à-dire en partant du corpus pour générer des thèmes.

3 RESULTATS

3.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Médecin	Genre	Age	Engagement universitaire, associatif ou maîtrise de stage	Logiciel informatique	% patients < 16 ans	% patients > 70 ans
1	F	60	oui	En cours	25,25	8,73
2	F	63	oui	Oui	24,83	8,67
3	M	52	oui	Oui	NC	NC
4	M	60	oui	Oui	20,28	12,84
5	F	47	oui	Oui	28,43	8,00
6	F	31	oui	Oui	NC	NC
7	M	NC	Oui	Oui	NC	NC

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés

L'âge moyen des médecins était de 52 ans.

Le médecin le plus jeune avait 31 ans et le plus âgé avait 63 ans.

Quatre des sept médecins étaient des femmes et trois étaient des hommes.

Parmi ce groupe, trois médecins étaient maîtres de stage.

3.2 CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS

Entretien	Durée
1	35 min 35 s
2	48 min 56 s
3	39 min 58 s
4	1 h 05 min 59 s
5	39 min 22 s
6	22 min 49 s
7	54 min 30 s

Tableau 2 : Durée respective des entretiens

3.3 RESULTATS DE L'ANALYSE QUANTITATIVE

3.3.1 TRAVAIL D'INCLUSION

Sur les sept médecins de la MSP, seuls trois médecins (M1, M2 et M4) ont répertorié les patients en 2017.

Le travail d'inclusion a été débuté par M2 dès 2016 avec l'inclusion de deux patients.

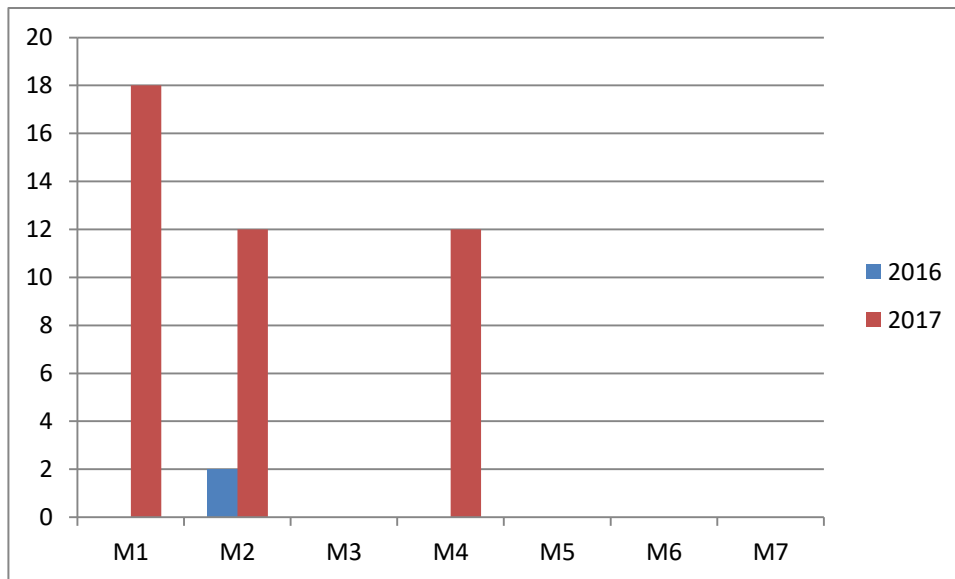


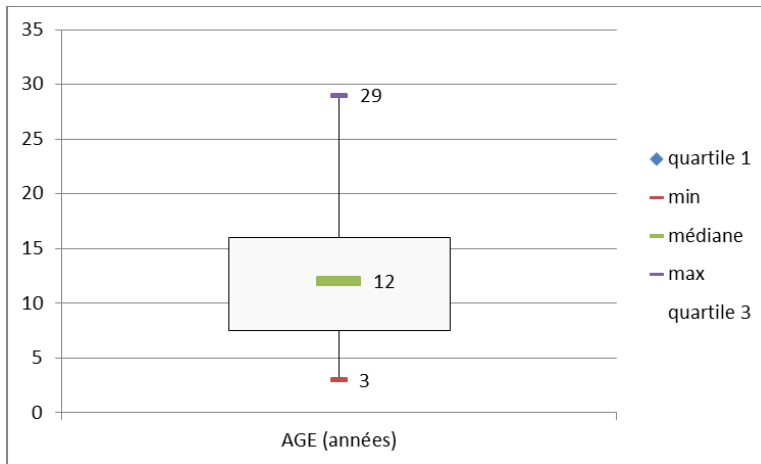
Tableau d'inclusion des médecins en 2016 et en 2017

Le nombre de patients inclus étaient de 44.

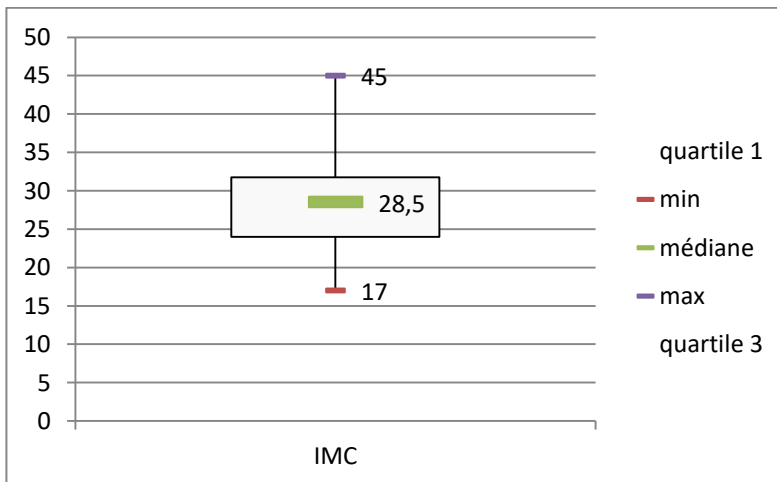
Les patients repérés avaient en moyenne 11,7 ans, le plus âgé avait 29 ans et le plus jeune avait 3 ans. L'écart-type était de 5,4 ans et le mode de 12 ans.

L'IMC moyen était de 28,5, l'écart-type de 6,3 et le mode de 29.

3.3.2 INDICES DE DISPERSION



Indices de dispersion des âges des patients repérés

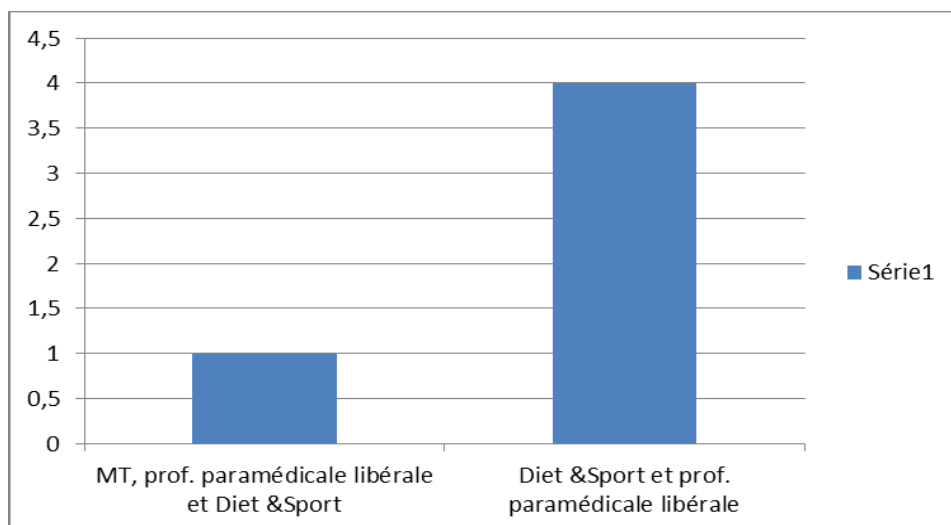
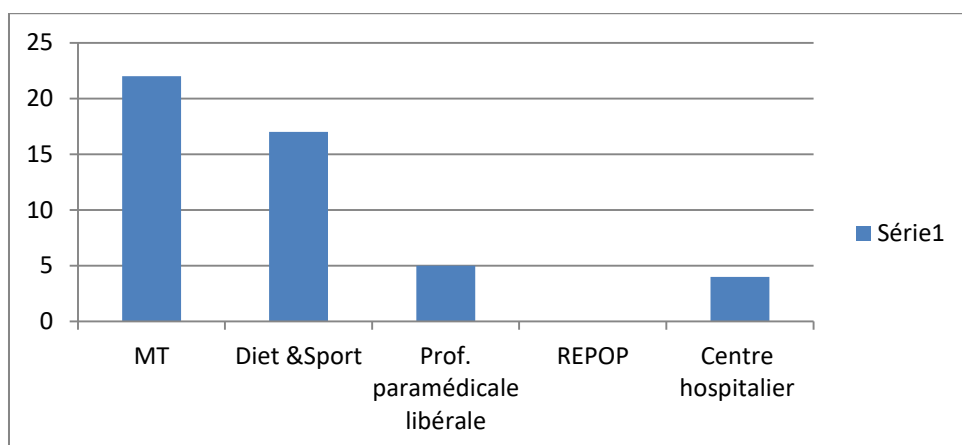


Indices de dispersion des IMC des patients repérés

3.3.3 ORIENTATION DES PATIENTS

Parmi ces 44 patients, 22 étaient pris en charge uniquement par le médecin traitant, 17 bénéficiaient d'un suivi par Diet&Sport, 5 patients consultaient une diététicienne ou une psychologue et 4 avaient été adressés au Centre Hospitalier.

Parmi eux, 4 étaient suivis à la fois par Diet&Sport et une profession paramédicale libérale et un enfant était pris en charge par le médecin traitant, Diet&Sport et une diététicienne libérale.



3.4 RESULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

3.4.1 LES ATOUTS

3.4.1.1 PERTINENCE DU PROTOCOLE

Lors de la mise en place des protocoles, les médecins ont choisi deux sujets qu'ils jugeaient pertinents au regard des problématiques locales et nationales.

Les sept médecins interrogés étaient unanimes sur la pertinence des thèmes choisis, thèmes abordés par la loi santé avec des enjeux majeurs de santé publique, M2 « *Bah l'intérêt euh...alors l'intérêt individuel pour nous médecins et pour les patients je pense que le fait d'être sur des choses qui sont quand même des forts enjeux de santé publique en fait [...] »*, M2 « *[...] on a pas besoin de faire une grosse étude on s'est dit ce sujet est très important, bon en plus c'était dans la loi de santé »*.

D'après M3, l'obésité était corrélée à un risque sanitaire dramatique (risque cardiovasculaire...) « *pour l'obésité bien sûr c'est pour prévenir le diabète, l'hypertension et toutes les complications qui sont dues à l'obésité qui sont actuellement reconnues par tout le monde [...] »* et à un retentissement psychologique « *[...] éviter que les enfants deviennent obèses adultes sur un impact organique et psychologique aussi [...] »*.

Les médecins ont déclaré être confrontés à l'obésité dans leur pratique quotidienne, car la population des Mureaux, précaire à prédominance étrangère, était marquée par une forte prévalence de l'obésité, M1 « *concernant l'obésité chez les enfants ben euh... euh... euh... on est une ville où il y a quand même pas mal d'obésité chez les adultes et chez les enfants et*

eh... c'est vrai... », M2 « bah [...] c'est les problèmes de poids dans cette population maghrébine enfin diversifiée Afrique du Nord subsaharienne ou euh... nord de l'Afrique, Afrique du Nord donc c'est vraiment des... plus des problèmes aussi liés à la... milieux socio-économiques difficiles on sait que c'est quand même le plus prégnant, donc ça c'était vraiment un sujet euh [...] », M7 « bon on repère un gamin avec un IMC catastrophique voire même on les repère très tôt hein par ce qu'il y a des fois on voit des nourrissons de six mois qui pèsent déjà quinze kilos. J'en ai vu un pire un qui avait deux ans il était déjà à plus de vingt kilos ! ».

L'une des raisons évoquée par un médecin était la méconnaissance des parents en matière de règles hygiéno-diététiques simples se traduisant par l'achat puis la consommation de produits riches en sucres et hypercaloriques, M6 « [...] surtout qu'on est dans une population qui, je pense a envie de bien faire, mais qui n'a pas forcément les connaissances pour, et donc les aider parce qu'ils peuvent découvrir qu'en fait c'est pas bien de donner du coca à son enfant à tous les repas (rires). C'est déjà arrivé ça (rires), c'est-à-dire qu'il y a un bébé et on me dit : « ah il faut que j'arrête le coca pour mon bébé ? », on ne mesure pas forcément la méconnaissance des gens qui ont pourtant envie de bien faire ».

Ce qui justifiait la prise en charge des enfants obèses mais aussi de leurs parents, d'après M7 « [...] c'est les parents qu'il faut prendre en charge c'est pas uniquement les parents, c'est pas les enfants parce que les enfants, ils aiment le coca mais ils aiment tous le coca, s'ils boivent ça matin midi et soir et que les parents disent rien et qu'ils en achètent surtout c'est pas les enfants qui vont au supermarché pour acheter le coca à sept morceaux de sucre par canette! »

Les médecins constataient que le généraliste seul dans son cabinet était en situation d'échec et qu'il ne pouvait résoudre dans le cadre d'une consultation à l'acte la problématique complexe de l'obésité, M4 « *l'intérêt de ça, c'est que face à ces patients-là on est en échec c'est-à-dire que c'est pas une consultation à l'acte qui permet de vraiment aider ces patients-là [...] ».*

Ce constat touchait une majorité de médecins généralistes, M1 « *non mais je pense que c'est vraiment deux sujets de thèse qui sont bien parce que je pense que tous les médecins généralistes partout ont le même problème [...] ».*

La prise en charge de l'obésité nécessitait une action coordonnée et multiprofessionnelle, M4 « *le deuxième aspect c'est que c'est de la prise en charge pluriprofessionnelle et si on est dans de la médecine à l'acte en disant, on a une vision un peu... moi je suis le médecin généraliste je vais faire, je vais prendre en charge machin et donc on est sûr d'aller dans le mur à chaque fois [...] ».*

D'après eux la difficulté de la prise en charge de l'obésité ne résidait pas dans le dépistage car il était simple, en général les enfants étaient pesés et mesurés de manière assez systématique par les médecins, M3 « *euh... non enfin, il y en a peut-être qui sont passés mais j'essaie quand même d'être systématique, en tout cas le poids et la taille de m'y de me de m'y... tenir »*, M1 « *bah quand les enfants viennent pour des vaccins, je les pèse et je les mesure, je vois l'IMC et en fonction de l'IMC j'en discute d'abord bien évidemment avec les parents et puis avec les enfants et je leur propose ce type de...[...] »*, M6 « *donc ça pour le coup je les pèse et je les mesure quasiment chaque fois, donc que je fais la courbe à chaque fois ».*

Le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) qui permet de graduer l'obésité était facilité par les logiciels informatiques d'après M3, « [...] *cette personne elle est obèse... de toute façon l'obésité c'est simple c'est l'IMC tout le monde s'accorde à dire [...] moi j'ai un logiciel avec mon système informatique, j'ai un logiciel qui me calcule l'IMC* ».

De plus pour certains médecins, l'expression de l'obésité était clinique, M4 « [...] *paradoxalement le dépistage pour l'enfant il est pas franchement difficile, d'accord ? Ça se voit t'as même pas à faire les mesures etc.* ».

Les médecins nous ont fait part des difficultés éprouvées lors de la prise en charge de l'obésité et de leur sentiment d'impuissance, M1 « [...] *bon là sur le poids c'est plus, qu'est-ce qu'on va faire derrière ?* », M4 « [...] *la problématique pour l'enfant c'est de le mettre ensuite dans les bons tuyaux pour la prise en charge, d'accord ?* », M3 « *Le repérage de l'obésité, on le repère mais après qu'est-ce qu'on en fait ?* ».

D'après les médecins la prise en charge de l'obésité demandait un effort important lors de la consultation, effort que les médecins n'étaient pas forcément prêts à fournir, M4 « [...] *tu dis, je le repère pendant ma consultation et il va falloir que je mette en place un certain nombre de choses ça va te demander toi un travail, un effort de prise en charge, un travail intellectuel au cours de ta consultation qui va être important [...]. Et c'est pas sûr que t'acceptes, au cours de ta consultation, de te dire que tu vas faire tout cet effort-là [...]* ».

On constatait une hétérogénéité des conseils verbaux destinés aux familles qui traduisait l'absence de consensus, un médecin pensait qu'on ne pouvait pas demander aux enfants d'observer un régime, M1 « *c'est vrai qu'on explique aux mamans comment il faut manger,*

comment il faut prendre en charge les enfants puisqu'on va pas demander aux enfants de faire du régime, faut pas non plus exagérer et on le fait une fois, on fait deux fois ! ».

Contrairement à M3 qui attirait l'attention sur le bénéfice des « privations », « si je vois que son IMC est élevé, je préviens la maman dans un premier temps pour lui dire attention votre enfant a tendance à... voilà et donc il faut faire des privations, il faut faire une activité physique etc. ».

Les réponses des médecins semblaient plutôt vagues, chaque médecin prenait en charge les enfants en fonction de ses habitudes et de ses convictions, M6 « ce n'est pas tant l'IMC que la courbe je dirais, ça va plutôt être la courbe, si je vois que la courbe... on commence déjà à... si je suis je me dis « ouh là ça va pas le faire ! » ben un IMC assez bas, je peux le faire. Après il y a des gens, on voit clairement qu'il y a des choses à changer assez facilement donc je vais peut-être leur dire ben changez ça, on se revoit, on voit comment ça évolue. On va se laisser un petit peu de temps », M7 « Bon, vis-à-vis de l'obésité, aucune idée parce que en général on les pèse et on voit qu'il y a un IMC qui n'est pas bon, ben on le signale aux parents, on dit aux parents qu'il faut qu'ils fassent attention, il y a ceci et cela ! ».

Pour M1, seuls les médecins travaillant au sein de réseaux savaient prendre en charge des situations complexes « [...] je pense que tous les médecins généralistes partout ont le même problème sauf ceux qui sont spécialisés dans les personnes âgées ou ceux qui sont spécialisés chez les enfants ou dans l'obésité chez les enfants et qui font partis de réseaux ou de choses comme ça ! ».

Un médecin parlait de la nécessité d'avoir un « carnet d'adresses », M4 « [...] troisième chose, c'est, j'ai compris qu'il fallait du pluripro mais je n'ai pas le carnet d'adresses correct

pour la prise en charge, c'est-à-dire le mettre dans le flux, le patient correctement c'est-à-dire lui, il faut que ce soit à l'hôpital, lui il faut que ce soit une diététicienne qui est dans le réseau, lui... voilà ! ».

Comme pour les conseils verbaux, on a observé une absence de consensus sur l'orientation et la prise en charge de l'obésité entre les différents médecins, M6 « *Ce n'est pas tant l'IMC que la courbe je dirais, ça va plutôt être la courbe, si je vois que la courbe... on commence déjà à... si je suis je me dis « ouh là ça va pas le faire » ben un IMC assez bas, je peux le faire. Après il y a des gens, on voit clairement qu'il y a des choses à changer assez facilement donc je vais peut-être leur dire ben « changez ça, on se revoit on voit comment ça évolue ». On va se laisser un petit peu de temps et puis si je vois que ça ne va toujours pas, à ce moment-là dans un deuxième temps je l'adresserai mais je pense, j'ai pas mis une systématisation dans : à tel IMC ou tel écart par rapport à la courbe puisque c'est vrai que l'enfant plus... Et ben j'envoie à l'aise oui, donc... »*

Les médecins avaient conscience de l'investissement financier et psychologique que devaient fournir les familles, il semblait impossible d'obtenir des résultats sans l'adhésion de la famille. Un médecin nous a relaté une anecdote sur une prise en charge ayant fonctionné grâce à l'investissement de la famille, M7 « *[...] après ! Après on peut pas envoyer les parents, bon j'ai un exemple j'ai des amis qui avaient un gamin à je sais pas quel âge il pouvait avoir dix ans par-là, il bouffait comme un cochon et il était manifestement, il avait manifestement des problèmes contrairement à son frère qui était beaucoup plus âgé. Et ses parents l'ont pris en charge, ils sont allés voir une diététicienne à Mantes et il a accroché le gamin, donc ça a bien marché, et là, il s'est régulé, il a perdu du poids et là bon mais là les parents ils étaient vachement investis aussi bien financièrement que psychologiquement, je*

dirais ».

Car les enfants trop jeunes ne pouvaient être sensibilisés, M7 « [...] donc c'est là c'est les problèmes psychologiques des parents à faire prendre en charge et si on arrivait à faire prendre en charge le responsable, bon quand c'est un ado. c'est un peu à lui de se prendre en charge quand même, là je suis d'accord mais quand ils sont plus petits, c'est pas possible, c'est plutôt les parents [...] ».

Les médecins devaient faire face à l'absence de motivation et à la réticence des patients et de leurs familles, M2 « parce que là les gens ne sont pas forcément... quelques fois il y a besoin d'une ou deux fois où on les voit pour qu'ils se disent « ah oui ça bouge pas, oui j'aimerais me faire aider », il faut aussi que le gamin il ait envie, voilà c'est pas forcément comme ça en claquant dans les doigts, voilà hein il y a aussi une phase d'appropriation [...]. Parce qu'on peut toujours faire un courrier si ils y vont pas il faut quand même qu'ils soient convaincus que ça peut être bien... donc je crois que c'est... voilà... », M3 « [...] donc je ne sais pas si j'ai tous les atouts pour le faire. Est-ce que ça va se faire jusqu'au bout ou pas ? Ça je ne peux pas dire. J'ai déjà fait, j'ai déjà fait et y en a qui ont suivi et y en a d'autres qui n'ont pas suivi », M7 « [...] mais il faudrait qu'ils soient motivés, le problème c'est la motivation et à la fois des parents et à la fois des incriminés [...]. Mais en fait neuf fois sur dix ça sert à rien, neuf fois sur dix ça sert pas à grand-chose. Et 95 fois sur 100 même si on leur parlait de diététicienne ou autre chose, ils s'en foutent complètement ».

Car certaines familles ne ressentait pas le besoin d'une prise en charge. Pour elles c'était un signe de « bien portance », M2 « voilà ça, c'est la prise en charge ou en tout cas l'intégration que la personne il faudra peut-être faire quelque chose parce que y'a des gens pour eux ben non, ce n'est pas un problème, ils se portent bien voilà ! ».

D'après M7, elles seraient même prêtes à changer de médecins si on les contrariait trop sur le sujet « [...] même si on leur dit quelque chose, bon ben c'est simple, ils vont changer de médecin du coup ben on les voit plus, quand on râle et qu'on rouspète trop pffuit ! Ils dégagent en touche et puis ils vont voir ailleurs quelqu'un qui ne les emmerde pas : « Ah il est beau mon bébé ! » Ah ouais il est beau plus de 20 kg à même pas deux ans ! ».

Certains patients, malgré les recommandations de leur médecin, refusaient de se rendre à l'hôpital si, des anomalies retrouvées sur le bilan biologique justifiaient une prise en charge hospitalière, M1 « Oui mais tu sais ici on a pas accès enfin, si on a accès à l'hôpital de Poissy et l'hôpital de Mantes... mais les gens ils, ils n'y vont pas beaucoup, franchement dès que tu leur dis que c'est parce que... c'est les enfants... nous ont fait le premier bilan généralement en ville, on fait la première prise de sang pour voir s'il n'y a pas une anomalie toute simple et puis dès qu'on dit qu'il faut aller à l'hôpital : « oui, oui, oui », j'en vois pas beaucoup qui y vont ».

Finalement les médecins étaient démotivés et se contentaient d'une surveillance simple associée à quelques phrases de rappel , M1 « [...] on le fait une fois, on fait deux fois et si ça marche pas on laisse tomber et après on surveille le poids en disant « bon il faut faire attention ! » ».

Les médecins sont revenus sur le rôle de premier recours du médecin généraliste et sur l'importance d'être épaulés pour la prise en charge de l'obésité, M1 « [...] parce que ça nous permet nous, de faire le premier dépistage et puis après de pouvoir passer la main ou même si on y participe mais qu'il y ait des gens qui nous aident ».

Et sur le risque d'échec et « d'aller dans le mur », s'ils prenaient en charge seuls les enfants obèses, M4 « [...] le deuxième aspect c'est que c'est de la prise en charge pluriprofessionnelle et si on est dans de la médecine à l'acte en disant, on a une vision un peu... moi je suis le médecin généraliste je vais faire, je vais prendre en charge machin et donc on est sûr d'aller dans le mur à chaque fois parce qu'effectivement ce sont des patients dont il faut comprendre tout de suite que c'est pas... voilà c'est pas moi tout seul qui vais arriver à régler le problème ».

D'après M4 la mise en place d'une action pluriprofessionnelle permettait d'adopter une attitude interventionniste « [...] mettre en place du pluripro, c'est mettre en place de l'intervention [...] ».

Actuellement, nous avons observé qu'une coopération étroite était déjà en place entre les différents médecins généralistes, les diététiciennes, les psychologues et l'action locale « Diet&Sport » avec des retours des actions entreprises, M2 « Non en fait... quand on les envoie à une diététicienne ou à « Diet&Sport » ils font un retour », M2 « il y a un retour qui est fait de ce qu'ils ont fait et puis des objectifs et de ce qui a été mis en place », M3 « [...] si je vois qu'elle a des difficultés, que son IMC est extrêmement important je l'oriente vers une diététicienne. Si la diététicienne, les gens n'y croient pas et n'adhèrent pas, je l'envoie éventuellement à un psychologue pour essayer de voir [...] », M5 « bah je pense que ça c'est la diététicienne qui s'en occupe je ne sais pas, bah en fait elle me renvoie un rapport de ce qu'elle a mis en place et moi lors d'un prochain vaccin, lors d'une prochaine consultation, donc le rapport de la diététicienne est intégré dans l'ordinateur dans le dossier patient et donc j'ouvre le rapport ça me permet de réamorcer la conversation avec le patient à ce propos-là quoi ! ».

Des retours qui s'avéraient souvent positifs pour les parents et les enfants d'après deux médecins, M5 « *Bien sûr ! Et grâce au site organisé par la mairie, le CCAS avec la diététicienne, j'ai oublié son nom... et à elle je lui envoie énormément de patients, et elle me fait des retours sous forme de comptes rendus et d'applications concrètes : activités sportives, régimes, ateliers culinaires... Des rapports très détaillés, c'est un support qui m'aide lorsque je revois le patient, à réamorcer le sujet pour reparler avec lui de ce qui a été mis en place avec la diététicienne, où en sont ses efforts et ses progrès dans la perte de poids ? Quoi... Donc ça effectivement, ça c'est primordial !* », M6 « *Ben... je l'oriente assez facilement vers l'atelier santé-ville. Comme il y a le côté à la fois nutritionniste, le côté sport qui va être pris en charge, j'ai eu du coup des patients qui y sont déjà allés et j'ai un retour vraiment positif de la part des parents avec toute la famille qui va être reçue, donc même pour les parents ça fait souvent du bien aussi* ».

Mais qui restaient toutefois insuffisants pour deux autres médecins, M1 « *[...] alors la mairie prend en charge euh... il y a des consultations diététiques pour les enfants euh... mais c'est vrai que ça va pas très loin* », M2 « *[...] euh... peut être milieux spécialisés parce que quand on a des obésités importantes euh... 'fin on peut essayer Diet&Sport mais à mon avis... 'fin peut être qu'il faut une prise en charge un petit peu plus lourde euh... dans les vraiment, dans les gros problèmes de poids* ».

3.4.1.2 VISION POSITIVE DE LA MSP ET DES NMR

Lors des entretiens semi-dirigés, nous avons interrogé les médecins sur l'intérêt et leur ressenti sur l'exercice de la médecine générale au sein d'une MSP.

Pour un médecin, il s'agissait d'un projet citoyen pour la ville des Mureaux, M2 « [...] bah l'histoire de la MSP, c'est quand même un investissement dans la cité, on va dire hein quand même parce que c'est un projet professionnel et quand même aussi un projet, je dirais de euh... citoyen et sur la ville ».

Pour un médecin, l'intérêt pour les professionnels était de travailler de manière collective « ensemble », M6 « C'est de travailler ensemble, parce qu'un cabinet de groupe je pense que c'est travailler à côté alors qu'une MSP c'est travailler ensemble ».

Nous leur avons aussi posé quelques questions sur les nouveaux modes de rémunération.

Nous avons constaté que les connaissances générales sur les modalités des NMR étaient hétérogènes, un médecin ne savait pas par qui cette rémunération était versée, M5 « [...] alors par contre la rémunération je ne sais pas de qui elle émane, est-ce que c'est la sécu ou...? Je ne sais pas quelle est l'autorité compétente qui... ».

Pour un autre médecin, les NMR imposaient la réalisation d'un travail avec ou sans résultat, M3 « alors ce que je sais sur les NMR c'est que c'est des... c'est un travail qu'on doit fournir, avec résultats ou pas, sur lequel les instances (HAS, etc.), ils nous rémunèrent ».

Un médecin nous a rappelé qu'il ne s'agissait plus de « nouveaux » modes de rémunération car ils étaient inclus dans la nouvelle convention, et qu'ils favorisaient la mise en place d'actions de santé publique, M4 « nouveaux modes de rémunération d'une part c'est plus des nouveaux modes de rémunération mais des modes de rémunération car ils sont inclus dans la nouvelle convention et donc ça permet surtout de faire des actions de santé publique donc hors cadre, c'est de la rémunération forfaitaire, hors cadre de la médecine à l'acte ».

Globalement les médecins avaient une vision plurielle et positive des NMR.

Ils favorisaient le travail pluriprofessionnel et la mise en place de protocoles de santé publique, M2 « *Bah c'est le euh... alors... enfin c'est le fait de pouvoir... puisque les rémunérations... classiquement sont à l'acte bon un peu forfaitaires maintenant ... bon les NMR c'est essentiellement pour favoriser... à la fois le travail en équipe et un... les travaux de protocoles de coordination... de gestion de situations complexes en équipe* », M5 « *en fait, ça c'est quand même plutôt dans le cadre d'une MSP et donc il faut... aborder des sujets comme l'obésité, la fragilité, faire un travail dessus mettre en place des protocoles individuels ou en équipe et qui donnent lieu à une rémunération [...]* ».

Par le financement des réunions, M2 « *[...] qui vont nous aider à valoriser les réunions qu'on va faire ou qu'on a fait sur les protocoles [...]* ».

Ils contribuaient au bon fonctionnement de la MSP, par l'achat du nouveau matériel, M2 « *mais ça veut dire que c'est aussi de l'argent qui va arriver à abonder le budget pour le travail de la MSP* », M5 « *[...] peut-être du matériel ? Voilà c'est pour améliorer la vie de la MSP mais la vie au sens large dans le sens de l'accueil de nouveaux intervenants et peut-être le matériel [...]* ».

Ils permettaient de moderniser le système d'information, M2 « *c'est quand même pour tout le travail qu'on a fait alors c'est du travail mais c'est aussi des choses qui vont nous aider à améliorer notre système d'information [...]* ».

Ils permettaient d'aider certains patients en finançant des consultations paramédicales qui n'étaient pas prises en charge par la sécurité sociale (diététiciennes, psychologues, infirmières...) à des patients qui n'ont pas les capacités financières suffisantes, M5 « *ils*

servent bah pourquoi pas à payer entre guillemets une infirmière qui va être utile dans l'éducation thérapeutique, peut-être des kinés ? », M6 « [...] moi l'idée que j'avais par rapport aux nouveaux modes de rémunération sur la MSP c'était justement de pouvoir faire travailler les spécialités dans des professions paramédicales qui seraient pas forcément remboursées par la sécurité sociale et donc offrir cette possibilité au patient de venir le voir étant donné qu'ils ont pas forcément les moyens de les payer donc ça peut être financer une psychologue, financer une nutritionniste ou autre sachant que nutritionniste c'est déjà fait par la ville [...]», M7 « (silence) aucune idée vraiment ! Même si j'ai assisté aux réunions (rires) j'ai aucune idée, la seule cho... le seul avantage que je puisse en voir ce que cela permettra de payer les gens qui ne sont pas remboursés par la sécurité sociale [...], genre diététique, genre psychologue et tout ça ! », M7 « donc c'est pas pour les rémunérations pour nous mais c'est plutôt les rémuné... fin pour moi je ne sais pas ce que ça va m'apporter et je dirais qu'à la limite je m'en fous mais si ça permet de prendre en charge une diététicienne, une psychologue, un psychologue ou un psycho machin qui n'est pas pris en charge et que les gens manifestement peuvent pas s'offrir dans la région. Là ce serait intéressant oui ! ».

Ils favorisaient la mise en place de projets avec des intervenants extérieurs, M6 « [...] développer une activité, avoir des liens avec des collègues, les écoles éventuellement voilà faire des choses en dehors de la MSP qui pourraient impliquer plusieurs professionnels ».

Les médecins ont évoqué aussi une revalorisation du temps de travail médecin en dehors du temps passé « face » aux patients mais « pour » le patient, M2 « [...] et puis justement de pouvoir valoriser des choses qui sont, qu'on peut faire enfin qu'on fait mais qui pour l'instant est absolument pas valorisée voilà ça sert à ça ! [...] parce que sinon on le fait de manière comment dire non rémunérée non valorisée », M4 « l'objectif c'est d'améliorer la santé de

nos patients en passant par des actions qui vont être hors consultations médecin-patient », M6 « c'est, permettre de rémunérer du temps qu'on passe pour les patients mais pas face aux patients, donc on n'est pas payé à l'acte mais ça permet justement de rémunérer cette activité-là ! ».

3.4.1.3 EFFICIENCE DU DEPISTAGE

D'après les médecins, mettre en place des protocoles, au sein de la MSP, permettait d'être plus systématique car même si généralement les enfants étaient pesés et mesurés il pouvaient leur arriver quelque fois de ne pas y penser, M2 « [...] c'est l'idée de euh... quand on a fait ce protocole c'était de dire à chaque fois qu'on voit un enfant il faut le peser le mesurer ça paraît idiot comme ça mais je pense que c'est pas on le fait pas forcément pffuit», M2 « [...] euh... après c'est effectivement d'être un peu systématique [...] », M6 « [...] donc l'idée c'est d'être systématique parce que en fait on va probablement découvrir des choses en étant systématique [...] ».

Etre systématique, permettait d'accroître le degré de vigilance des médecins, M2 « mais nan mais moi bon le fait d'avoir fait ça c'est vrai que ça donne quand même une vigilance particulière sur les deux thématiques là hum... », M2 « [...] de façon simple hein d'ailleurs ça permet quand même de voir des choses que l'on n'aurait pas forcément vues [...] ».

M6 « pour pas passer à côté de quelque chose, parce que si on voit les gens sans poser de questions, on peut vite se dire bon on verra ça la prochaine et puis on repousse, on repousse, on repousse, donc l'idée c'est d'être systématique parce que en fait on va probablement découvrir des choses en étant systématique ».

Et la mise en place d'actions adaptées, M2 « *donc c'est ça qui est important voilà ! Y a pas forcément besoin de faire des trucs compliqués mais par contre c'est important de le voir pour pouvoir mettre ce qu'il faut en place* ».

Tracer la courbe de poids permettait de visualiser des anomalies, et de dépister précocement l'obésité, M2 « *[...] pour voir justement si euh... il y a une euh... un problème de courbe parce que ça pour le coup si on ne le fait pas on peut pas forcément le voir ou on le voit trop tard, évidemment si l'enfant il est comme ça (elle écarte le bras pour montrer que l'enfant est énorme) euh... ça vous allez le voir !* ».

D'après un médecin, mettre en place des protocoles permettait de gagner du temps, M1 « *ça va dix fois plus vite et après pour les fois d'après c'est dix fois plus rapide. Alors les protocoles c'est très bien [...]* ».

La mise en place d'un protocole faisait prendre conscience aux médecins que chaque consultation, quel que soit le motif, était l'occasion d'une action de dépistage, M5 « *Bah l'obésité pour moi c'est vraiment les consultations un peu obligatoires ou à travers un certificat pour le sport, à travers des vaccins, à travers... voilà c'est l'occasion justement de peser et de mesurer, de voir et d'en discuter, d'amorcer le sujet avec la famille* ».

Surtout que les enfants étaient perdus de vue, M2 « *[...] et puis il faut le faire quand l'enfant vient parce que quand il est tout petit ben là ça va ils viennent mais quand ils sont plus grands, euh... on les voit moins donc il faut saisir le moment où ils viennent pour le faire voilà, donc c'était ça vraiment l'idée de ce protocole* ».

3.4.1.4 AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

D'après les médecins, la mise en place de protocoles permettait de repérer afin « d'anticiper », M2 « *Nan, là l'idée du protocole c'est vraiment de repérer euh... justement pour pouvoir anticiper et pas attendre d'avoir euh... c'est pour ça qu'on met euh... repérage et dépistage du sur... repérage du surpoids* ».

Les médecins utilisaient la courbe de poids comme un outil pédagogique et de sensibilisation lors de la consultation, M2 « *[...] de le montrer aussi parce que c'est un, en fait un outil pédagogique dans la consultation par rapport à l'enfant par rapport à l'ado. par rapport aux parents ça permet justement de dire bon ben voilà on surveille, voilà ce qu'on peut proposer mettre en place et tout [...]* ».

Une fois de plus les médecins voyaient les protocoles comme des outils favorisant la coopération entre les différents acteurs, M1 « *[...] parce que ça nous permet nous de faire le premier dépistage et puis après de pouvoir passer la main ou même si on y participe mais qu'il y ait des gens qui nous aident [...]* », les échanges, le travail en équipe afin de sortir d'un mode d'exercice individuel, M2 « *[...] c'est des sujets quand même ou par définition on doit travailler en équipe que ça soit fragilité que ce soit le surpoids euh... on va pouvoir travailler avec d'autres professionnels donc c'est un objet en fait qui permet euh... de euh... de se mettre autour d'une table de se téléphoner ou de travailler avec d'autres professionnels de sortir de l'individualité et donc ça au niveau du mode d'exercice c'est important* ».

Les thèmes choisis permettaient d'impliquer tous les acteurs de la MSP et une coopération avec l'initiative locale « Diet&Sport », M2 « *euh... ben pour la MSP c'est évident parce que c'est deux thèmes qui permettent à chacun de s'intéresser de se sentir impliqué dans les*

projets communs euh...voilà dans les projets à faire ensemble », M2 « mais c'est hyper important quoi mais les deux hein les deux parce que euh... les deux sujets et qui sont bon quand on les avait choisis avec X et Y c'est aussi de euh... je dirais c'est... C'est des patients ou des populations différentes qui posent des problèmes différents euh... et qui permettent d'avoir une palette vraiment euh... différente au niveau des autres professionnels par exemple là sur le poids bah ça va être Diet, psychologue, l'exercice physique euh... le tout ce qu'on va faire avec la mairie ».

Les médecins ont souligné l'importance d'avoir un cadre d'orientation, M1 « [...] je crois que c'est pareil si on a un cadre et si on sait où éventuellement envoyer les parents euh... ben je pense que ça c'est très important ». Le protocole en propose trois, comme nous le rappelle M2, « [...] Par rapport à l'orientation là dans le protocole de toutes façons l'idée c'était soit de faire euh... en fait il y a trois euh ... grandes orientations soit on fait avec euh... une diététicienne une psychologue euh... en libérale 'fin dans la MSP on pourrait le faire hein soit on peut le faire sur le dispositif Diet&Sport donc ça c'est un dispositif financé, proposé par la mairie et donc qui donne un peu un parcours euh... ah... l'enfant, ou le jeune soit dans les cas importants euh... plus importants euh... là on est euh... dans le bilan [...] ».

3.4.1.5 REMPLIR LA MISSION DE PREVENTION DU MEDECIN GENERALISTE

Comme il a été déjà dit plus haut, faire du dépistage c'est anticiper, et comme l'a rappelé M2, « [...] mais en médecine générale ont fait que d'anticiper [...] ».

Le dépistage pour un médecin généraliste c'était du quotidien, ce n'était pas compliqué, M2 « [...] bon c'est du quotidien, c'est de la pratique quotidienne, c'est pas des trucs

extraordinaires [...] », c'était instinctif d'après M3, « [...] je repère ça c'est mon instinct de médecin ».

Les protocoles de santé publique permettaient à chacun de remplir de façon pertinente le rôle de prévention du médecin généraliste, M2 « *le fait que l'on fasse un protocole comme ça pour chaque professionnel qui s'en empare euh... ça permet quand même d'être plus d'être pertinent, de remplir notre rôle de médecin de.... De ce que doit faire un médecin généraliste sur prévention, dépistage, prise en charge euh... en amont du soin euh... voilà en fait toute la question du parcours euh... de santé de la personne donc ça euh... pour le médecin [...] ».*

M3 nous a rappelé l'impact de la prévention sur le plan économique et sur la santé « *je crois fermement à la prévention, je suis sûr que si on arrive à prévenir la personne, c'est-à-dire l'obésité aussi bien que les chutes, on peut déjà, il peut y avoir un impact économique phénoménal sur l'éviction des hospitalisations et tout ce qui en découle ainsi que sur... éviter que les enfants deviennent obèses adultes sur un impact organique et psychologique aussi, donc je pense que... j'y crois bien oui. Bien sûr ! Je suis pour la prévention ».*

3.4.1.6 SIMPLICITE DES INDICATEURS

Pour chaque protocole de santé publique il a fallu déterminer des indicateurs et le thème de la surcharge pondérale a aussi été choisi pour la simplicité des indicateurs, contrairement à des thèmes à orientation psychiatrique qui semblaient plus compliqués, M2 « *[...] mais on aurait pu prendre d'autres alors parce qu'il faut aussi des indicateurs, il faut aussi des choses euh... qui sont... tout ce qui est psy c'est plus compliqué. Donc là c'est relativement simple euh... au niveau des indicateurs et donc voilà [...] ».*

Lors de cette première partie nous avons recueilli le ressenti de médecins sur l'intérêt de la mise en place de protocoles dans une MSP, lors de la deuxième partie nous allons exposer les freins auxquels ils étaient confrontés.

3.4.2 FREINS

3.4.2.1 CONTEXTE ACTUEL DE LA MEDECINE GENERALE ET SON IMPACT SUR L'ACTION DE PREVENTION DU MEDECIN GENERALISTE

D'après les médecins, la mise en place de protocoles avait pour objectif de favoriser la mission de prévention du médecin généraliste, hors le contexte actuel de la médecine générale (démographie médicale en baisse, explosion des pathologies chroniques, hausse de la consommation de soins...) impactait cette mission, les médecins manquaient de temps et se sentaient débordés.

Les médecins nous ont déclaré être confrontés à la forte baisse de la démographie médicale suite à de nombreux départs à la retraite, M1 « [...] *bon c'est un peu spécial ici. On était quatre médecins, on est plus que deux et c'est vrai qu'on est un peu débordés [...]* », M7 « [...] *c'est devenu dément ça depuis la disparition de neuf médecins sur les Mureaux qui sont partis [...]* ».

D'ailleurs cette diminution de l'offre de soins ne touchait pas uniquement les médecins car elle concernait d'après M7 aussi les kinésithérapeutes « *Plus de médecin ! Plus de kiné ! Il n'y a plus que trois cabinets de kinés aux Mureaux, il y en avait huit y a trois ans. Bon on fait comment ? On ne sait pas. Ce matin j'ai encore vu des gens qui m'ont dit « je ne pourrais pas*

faire un peu de kiné ? », je veux bien, je vous fais l'ordonnance mais vous verrez le kiné dans trois mois ».

Au sein d'une population dont l'accroissement démographique était positif d'après M5 « [...] il y a des bâtiments, des maisons qui sont construites aux Mureaux donc il y a en plus des gens qui sont arrivés aux Mureaux qui n'étaient pas présents sur place [...] ».

La population des Mureaux (majoritairement issue de l'immigration) initialement plutôt jeune tendait à suivre le modèle national, se traduisant par un vieillissement de la population, M2 « bah de tout hein ! De tout oui ! Bah la population des Mureaux est quand même relativement jeune mais là avec tous les médecins qui sont partis du coup j'ai, ça a quand même bien, la population a un peu vieill... enfin la patientèle a un peu vieilli quoi ! ».

Du fait du vieillissement de la population, les médecins étaient confrontés à des situations qu'ils ne voyaient pas il y a quelques années, avec une augmentation des maladies chroniques et des polyopathologies qui complexifiaient les consultations, M5 « on se trouve confrontés à des situations que moi je ne voyais pas il y a peut-être quinze ans. En fait parce que la population avait quinze ans de moins forcément. Et même soi-même on vieillit [...] ».

La conjonction entre la pénurie de médecins généralistes, la démographie importante des Mureaux et le vieillissement de la population entraînait des répercussions sur les médecins et sur les patients.

Les médecins se plaignaient d'avoir des consultations plus denses, M5 « [...] mais voilà ça veut dire que les consultations sont de plus en plus denses [...] », plus nombreuses, M7 « ben nous en moyenne, c'est trente, trente-cinq par jour, en comptant les visites, parce que les

visites ça prend un sacré bout de temps ! » élargissant les horaires de travail des médecins, M7 « vu les horaires de travail que l'on doit se payer [...] ».

Les consultations étaient plus denses, les médecins se sentaient débordés et avaient l'impression de manquer de temps, M1 « [...] mais sinon, nous on a tous besoin de ça parce que ça prend beaucoup de temps, c'est chronophage les deux et on n'a pas beaucoup de temps [...] », M1 « [...] euh... ben c'est vrai qu'on est plus ou moins débordés [...] ».

Ils avaient conscience de l'importance de mettre en place des missions de prévention mais ils déclaraient manquer de temps, M5 « [...] et donc ben oui c'est quand même de plus en plus difficile dans une consultation de pouvoir faire malheureusement ce type de repérage. Je pense que tout médecin généraliste voudrait ce type de repérage mais que le facteur limitant effectivement c'est le temps. Indubitablement pour moi c'est le temps », M7 « [...] donc c'est bien joli de vouloir faire des projets de soins qui vont nous prendre du temps alors qu'on en a déjà pas et qu'on est déjà submergés par les patients. Franchement ça risque d'être très dur, j'ai rien contre dans l'absolu, le problème c'est qu'on n'a pas le temps de faire ça ».

D'autant plus que la démarche n'était pas évidente car elle n'avait pas été apprise d'après M4, « alors pourquoi c'est aussi difficile ? Parce que en fait on est très pris, tout de suite on est happés par les consultations au quotidien et donc on... a pas une espèce de distanciation pour dire ben... tiens ce patient, je pourrais le rentrer dans le protocole quel qu'il soit, c'est pas une démarche évidente sauf à l'avoir apprise quoi ».

Un médecin nous a dit être « happés par les consultations », il nous a déclaré répondre à l'urgence, M4 « donc j'ai pas le temps de... parce que, il faut gérer les patients il y a le

téléphone, il y a l'urgence qui vient etc. et machin. Tu n'as pas le temps de dire ouf donc c'est dire ah ben tiens ce patient je vais le rentrer je vais le machin [...] ».

Un médecin a opposé le « soin » à la « prévention » et nous a dit prioriser le soin par manque de temps, M7 « *on a suffisamment de boulot à soigner les patients que repérer les fragilités euh... non ça je dirais que... je ne sais pas à quoi ça peut servir ».*

Un des médecins révèle que les patients pouvaient faire preuve d'agressivité envers les médecins, M1 « *[...] je ne dis pas qu'on est plus cool, ça commence à être plus cool les gens commencent à être moins agressifs ».*

Un médecin, pour éviter d'être surchargé, nous a confié limiter les visites « obligatoires » si les enfants se portaient bien, M7 « *Et on leur limite le nombre de visites par ce que c'est des visites obligatoires ouais mais bon « si il va bien, vous venez pas ! C'est pas la peine ! » ».*

Les médecins, ont révélé, que les patients éprouvaient des difficultés à déclarer un médecin traitant, conformément à la législation en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006 dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Ils acceptaient volontiers de voir les patients en consultation mais « en dépannage », M1 « *[...] on sait qu'il n'y a pas beaucoup de médecins sur les Mureaux donc quand les autres médecins peuvent pas prendre les gens, qu'ils sont partis en vacances, on prend les gens mais on leur dit bien « c'est pour vous dépanner, on ne fait pas de déclaration de nouveaux médecins traitants » [...]* ».

Ils ne voulaient pas prendre en charge plus de patients car ils avaient du mal à s'occuper de leur patientèle, M2 « *c'est complètement idiot de prendre des patients en plus alors qu'on ne peut pas faire ceux qu'on a déjà [...]* ».

D'après M7, les temps d'attente lors des consultations libres se sont fortement allongés, les patients arrivaient très tôt, n'étaient même pas sûrs d'être reçus et étaient contraints de patienter presque aussi longtemps qu'aux urgences « [...] vous auriez dû voir, parce qu'ils viennent à cinq heures du matin pour venir en consultations sans rendez-vous, pour être sûrs de passer. Parce qu'en général la secrétaire arrive à huit heures et demie et elle en jette deux ou trois en leur disant c'est plein. Et ils sont arrivés à cinq heures du matin, ils partent à treize heures, ou quatorze heures, voire quinze heures », M7 « [...] bon c'est à peu près autant qu'aux urgences ! ».

D'après le même médecin les patients se dirigeaient vers la maison médicale de garde ou les urgences « [...] mais vu les délais de consultation, maintenant, bon ben soit ils débarquent à la maison de garde ou ils vont aux urgences ».

3.4.2.2 DIFFICULTES HUMAINES

Le contexte actuel de la médecine général impacte la mission de prévention du médecin généraliste, mais l'instauration d'actions de missions publiques au sein de la MSP est aussi confrontée à des difficultés humaines.

3.4.2.2.1 Processus intellectuel

En effet s'investir dans un protocole nécessitait la mise en route « d'un processus intellectuel » qui n'était pas habituel d'après M4, « ceci étant c'est toujours pareil c'est le... je dirais moi ce que je trouve difficile c'est le processus intellectuel que le médecin doit mettre en route et qui n'est pas habituel ».

On a observé une inertie au démarrage, M3 « *Voilà ! Je dirais c'est toujours le premier qui est difficile [...]* », M4 « *[...] j'ai un problème, de me mettre en route pour le faire complètement, voilà donc c'est... mon problème c'est celui-là, bon voilà euh... tu vois [...]* » commune à tous les protocoles même pour les médecins investis dans la recherche clinique comme a témoigné M4, « *[...] y a toujours une inertie de toute façon, bon moi j'ai pas fait d'autres protocoles mais j'ai fait et je fais toujours beaucoup de recherche clinique donc au cabinet. Ça veut dire que quand on rentre dans un protocole de recherche c'est pareil, t'as toujours un temps d'inertie c'est-à-dire au moment où tu fais la réunion et au moment où tu vas commencer à rentrer tes patients dans le protocole, il se passe toujours un temps plus ou moins important pour démarrer* ».

3.4.2.2.2 Hétérogénéité entre les différents acteurs de la MSP

L'analyse des entretiens a révélé une hétérogénéité entre les différents médecins.

Tous les médecins ne portaient pas le même intérêt à la mise en place d'actions au sein de la MSP comme l'ont révélé M1 « *euh... ben c'est vrai qu'on est [...] plus ou moins réceptifs à faire ces choses-là ! [...]* » et M2 « *c'est-à-dire que on a l'esprit et la vigilance, moi je l'ai, je sais que Dr X l'a, mais nos autres collègues je suis pas su... enfin pour l'instant je pense que c'est un peu laborieux quand même* ».

Un des médecins a avoué ne pas avoir débuté l'inclusion par « manque d'intérêt », M3 « *mais j'avoue, je ne me suis pas encore intéressé à inclure des patients en matière de fragilité. Je n'ai pas eu le temps vraiment de le faire. C'est pas... l'idée elle est là mais elle n'a pas germé. Encore moins l'obésité ! [...] mais après j'ai... peut-être ça m'est complètement sorti de l'esprit que ces personnes-là je pourrais les mettre, inclure dans le protocole* ».

Un médecin pensait qu'il n'y avait pas d'intérêt à mettre en place des protocoles, qu'ils ne servaient à rien et doutait fortement de leur efficacité, à la question posée « *Donc pour vous, quels sont les objectifs du repérage de la fragilité, à quoi ça sert ?* Il a répondu, M7 « *Honnêtement ? Humm, à pas grand-chose* » et a poursuivi par « *les protocoles peut-être que dans l'absolu ça peut servir à quelque chose, moi j'ai un peu de... des doutes quant à leur efficacité en tout cas je pense que c'est extrêmement difficile* ».

Il a dénoncé la « surprotocolisation » ambiante en médecine, M7 « *il y a un truc qui me chiffonne dans la vie moderne c'est la protocolisation d'à peu près toutes les discussions de tout hein donc ça passe du diabète au cholestérol et tout ça, il y a des protocoles euh... je dois dire que c'est pas le protocole qui fait le bonheur [...]* ».

Il a fait le parallèle entre la « protocolisation » en médecine et en informatique, M7 « *[...] donc moi la protocolisation chui pas un chaud partisan. Bon, qu'on fasse des protocoles pratiques quand on a une panne ici par exemple sur informatique ça euh... oui parce que tout le monde n'est pas spécialiste donc si on a un protocole, vous appuyez sur tel bouton vous appuyez sur tel bouton pour faire ci pour faire ça, c'est plus pratique. Dans le cadre de l'obésité ou de la fragilité, honnêtement je ne vois pas [...]* ».

Un autre médecin a dit réaliser le travail de repérage et de dépistage mais sans l'intégrer dans le cadre du protocole ou le formaliser car c'était intuitif, M3 « *[...] je repère, ça c'est mon instinct de médecin, je repère mais peut-être je le répertorie pas automatiquement, je le dis, je le pense, j'essaie d'accompagner dans ce que je dis, dans ce que je fais mais peut-être que ce n'est pas écrit* ».

M2 a précisé que les paramédicaux étaient plus motivés que les médecins généralistes « *ah bah ouais au niveau des médecins ça c'est sûr ! Les professionnels qui travaillent avec nous, eux, ils sont assez motivés parce que c'est leur cœur de métier, que ce soit les infirmières ou que ce soit puisque bon les infirmières on a des patients ensemble, les psychologues, psychomotriciens sont hyper motivés... Euh... donc ils sont motivés par rapport à leur cœur de métier en fait. Euh... les médecins c'est un peu plus, un peu plus laborieux pour certains (rires) ».*

L'analyse des entretiens a révélé une hétérogénéité de compréhension des médecins généralistes sur les modalités des protocoles, M4 « *attends ! C'est déjà compliqué en ambulatoire donc... mais ça montre bien comme quoi aussi les médecins sont à des niveaux de compréhension de ces problématiques extrêmement hétérogènes. [...] ça veut dire qu'il y a des écarts aussi dans la compréhension des sujets et dans la manière de faire etc. ».*

Un des médecins attendait l'arrivée des internes afin qu'on lui reexplique les modalités M1 « *Bah c'est pour ça que j'attendais que vous veniez pour m'aider, parce que bon c'est vrai que Dr X nous a dit bon allez il nous en a... on a eu des papiers où il fallait faire pour... on marque en fait moi je marque d'un côté les gens qui sont fragiles de l'autre côté les enfants qui sont obèses mais après ben voilà moi je sais plus quoi faire après [...]. Alors c'est vrai que bon j'avais posé la question à X., c'était la dernière fois [...] en disant mais qu'est-ce qu'on fait ? Parce que moi je veux bien dépister mais on fait quoi après ? Il y a besoin d'une courbe ? Moi je ne sais pas ce qui était prévu pour les enfants obèses. Pour la fragilité des personnes âgées c'est juste, à priori, de ce que j'ai compris tous les deux c'est vraiment pour le dépistage, c'est pas après, pour faire autre chose ».*

Certains médecins ne se souvenaient plus de l'âge des enfants concernés par le dépistage, M1 « 3-18 ans ? J'ai pas été jusqu'à 18 ans [...] », M3 « Uniquement les enfants, hein ? Pas les adultes ? ».

De la façon dont il fallait collecter les informations, M5 « Donc les deux, on peut mettre tous sur un même tableau ou c'est deux tableaux différents ? ».

3.4.2.2.3 Enracinement d'une action individuelle

Ce qui émanait des entretiens, c'était l'enracinement d'une action individuelle, malgré la mise en place du protocole les médecins continuaient de travailler seuls, M1 « J'étais toute seule et je faisais juste ce qu'on m'avait proposé de faire [...] », M6 « Oui je pense, je pense parce que du coup oui là on vit un peu chacun de son côté on est dans ses consultations chacun de son côté en essayant de répondre au mieux à la demande des patients qui est importante aussi [...] ».

M4 a insisté sur la difficulté des médecins à travailler ensemble « Vous voyez déjà rien que ça c'est un problème, je veux dire voilà c'est un problème c'est-à-dire que on est dans une hétérogénéité à tous les niveaux. C'est-à-dire que si vous prenez chaque niveau vous avez une hétérogénéité donc c'est... c'est-à-dire que le travail en groupe c'est des sacrés obstacles ! ».

Il a noté l'absence actuelle de culture pluriprofessionnelle du médecin généraliste, M4 « Et donc c'est bien de repérer qu'effectivement ça, on part avec ça on part avec une hétérogénéité, avec une absence d'habitude de travailler en termes de pluripro [...] ».

Il souhaitait que dans quelques années, les médecins prennent l'habitude de ce mode d'exercice, M4 « [...] si tu veux, il faut que dans cinq ans, ces questions que l'on se pose

aujourd'hui n'existent plus. C'est ça l'objectif, c'est... parce que c'est pas naturel. Aujourd'hui ce n'est pas naturel donc il faut, c'est bien tout un travail derrière [...] le problème ce n'est pas seulement d'aller faire du dépistage machin. Le problème sous-jacent, le fil rouge c'est : est-ce que on arrive à faire du travail vraiment pluripro qui in fine va permettre d'améliorer le... ? D'accord ? [...] ».

■ **Illustration : protocoles AVK, pieds diabétiques**

Deux médecins ont illustré les difficultés de l'exercice pluriprofessionnel en prenant l'exemple des difficultés rencontrées lors de protocoles déjà en place au sein de la MSP (AVK et pieds diabétiques), M3 « [...] parce que notre protocole, le protocole en dernier c'était les pieds, donc il était convenu qu'on puisse faire, que la personne quand elle voit un pied qui est suspect, qu'elle prenne des photos, qu'elle les envoie au médecin et le médecin fait une demande de prise en charge par le podologue et ainsi de suite, pour ajuster le traitement diabétique, est-ce qu'il est ajusté ? Est-ce qu'il n'est pas ajusté ? Faut-il mettre une insuline ou pas ? Donc ça c'est un protocole par rapport à un pied diabétique. C'était bien mais il y a toujours des entraves, il y a toujours des contraintes parce qu'il y a beaucoup d'individualisme », M4 « mon ressenti global sur la manière dont ça fonctionne, c'est que ça me paraît compliqué parce que, par exemple, avec les infirmières, c'est marrant, on a fait des protocoles AVK si tu veux et les infirmières elles continuent à m'appeler régulièrement en me disant « oui je suis à tant d'INR et ... qu'est-ce que je fais » ? Donc on sent bien que voilà c'est par exemple sur ce type de protocoles bon on a pas les pharmaciens encore dans le coup etc., on voit bien que le protocole est une chose, rédiger le protocole est une chose, le mettre en œuvre en est une autre quoi. C'est tout, un peu tout le problème ».

Témoin de l'ancrage d'une action individuelle, les patients dépistés nécessitant une prise en charge n'ont pas été reportés sur le fichier partagé, les médecins se sont contentés de reporter les informations sur les cases dédiées de leur logiciel personnel, M3 « [...] sur mon logiciel à moi, mais indépendamment justement de, du cadre du dépistage. Je l'ai fait parce que ça m'a paru sur le coup intéressant de le faire mais après j'ai... peut-être ça m'est complètement sorti de l'esprit que ces personnes-là, je pourrai les mettre, inclure dans le protocole », M5 « Non moi j'ai un logiciel [...]. Dans le logiciel, dans l'interface du logiciel il y a le poids, la taille, l'IMC, ça c'est inclus dans le logiciel en fait. Quand on ouvre le dossier patient il y a tension, poids, taille, IMC etc.».

Le constat était le même lorsqu'il s'agissait de l'orientation, M6 « voilà je l'ai pas formalisé, voilà c'est moi de mon côté, je sais quels patients que j'ai adressé à l'atelier « santé ville » ou autre enfin voilà donc. Mais je ne l'ai pas formalisé dans les tableaux ».

On a observé la difficulté à organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelles, M1 « [...] je sais pas, je sais pas parce que c'est toujours pareil, je sais pas si vous avez vu c'est toujours difficile pour faire les réunions tout le monde n'est pas toujours là [...] ».

Les réunions prévues ont toutes été annulées, M3 « Non, ben non. La seule réunion, la première réunion, X, elle a dû envoyer un message comme quoi il faut qu'on se réunisse pour des cas complexes, personne n'est venu », M7 « la première j'y étais, j'y suis allé, je suis resté une demi-heure, trois quarts d'heure et personne n'est venu donc, les suivantes ont été annulées avant même qu'elles aient lieu ».

Un médecin nous a fait part de sa crainte de voir les réunions se multiplier, M7 « il faudra encore faire des réunions, des réunions, des réunions ! ».

3.4.2.2.4 L'infirmière ASALEE

Lors de l'étude, les médecins ont soulevé l'importance du rôle de l'infirmière ASALEE au sein d'une MSP, M4 « [...] on a eu une infirmière ASALEE à un moment donné, je veux dire l'objectif il était... voilà. C'est dire ben l'infirmière ASALEE qui nous aidait pour les patients diabétiques et au niveau cardiovasculaire, ça nous aidait bien ! ».

Durant notre étude aucune infirmière n'avait été recrutée ce qui pouvait avoir un impact sur les missions coordonnées car lors de la rédaction des protocoles, il était prévu qu'elle endosse un rôle de coordination, M2 « Bah c'est-à-dire que quand on avait fait le protocole on se disait c'est l'infirmière ASALEE qui va le faire bon après on a pas eu l'infirmière, on a plus l'infirmière ASALEE parce qu'on va en reprendre une quand on aura la maison mais pour l'instant on en a plus ! » et son absence se faisait sentir, M4 « Et le fait de ne plus l'avoir, ben ça nous manque au bout d'un moment c'était dans le truc, ça finit par manquer parce que c'est un plus ».

3.4.2.2.5 Certain méfiance envers les instances supérieures HAS et ARS

Deux médecins ont fait preuve d'une certaine méfiance à l'égard des instances supérieures ARS et HAS.

Un médecin craignait que la mise en route de protocoles ait pour seul objectif de satisfaire l'ARS, M6 « [...] puisque là, on a l'impression de faire ça un peu tout seul juste pour faire plaisir à l'ARS (rires) ».

Un médecin pensait que l'avis des médecins n'était pas toujours pris en compte et que les décisionnaires étaient des énarques éloignés de la réalité du terrain, M7 « [...] parce que

c'est trop long à remplir et bon je sais que le protocole est en révision actuellement mais à chaque fois que je vois quelqu'un de la MDPH et je les connais, je les côtoie et très souvent. Je leur dis [...] c'est un protocole national alors notre petite voix à nous ça compte pas alors ça va être les grands énarques au-dessus qui vont dire là on a besoin de ci on a besoin de ça ! »
J « *Après il y a peut-être un avantage c'est que ça c'est des choses qui sont formalisées par l'HAS. Peut-être que ?* »
M7 « *parce que vous y croyez encore à l'HAS, vous ?* ».

■ Illustration : Vaccination Grippe A

Pour illustrer la méfiance envers l'HAS, un médecin a rappelé l'épisode de la vaccination généralisée contre la grippe A, M7 « *Je me souviens, vous savez du fameux vaccin pour la grippe [...]* », pour laquelle les médecins avaient dû réaliser des fichiers Excel® dans lesquels étaient répertoriés les patients vaccinés, fichiers qui n'avaient jamais été réclamés d'après M7, « *le vaccin Bachelot on devait, parce qu'on a fini par en avoir, j'en ai encore même en ce moment (rires) vous rigolez, mais on a fini par avoir des vaccins mais on était tenu de faire un fichier Excel® des personnes qu'on vaccine, pour pouvoir faire remonter les personnes vaccinées. J'ai fait le fichier Excel®, il est toujours là ! Personne n'a demandé et personne m'a indiqué où l'envoyer. Donc ! Alors là je me suis fait chier pour rien ? Numéro de sécu, nom, prénom, ça c'était le bordel. Mais au moins on vaccinait les gens ici au lieu de les envoyer dans un centre agréé* ».

3.4.2.3 DIFFICULTES TECHNIQUES

Après les difficultés humaines, nous avons analysé les difficultés techniques auxquelles étaient confrontés les médecins.

3.4.2.3.1 La traçabilité

Une des difficultés signalée était la traçabilité, c'est-à-dire que les patients repérés devaient être répertoriés dans un logiciel dédié comme l'a constaté M2, *« après ce qui est difficile c'est quand même la traçabilité je pense qu'on en reparlera après [...] »*.

Le Google Drive® est une application qui permettait de centraliser des fichiers, au sein de cette application, la représentante de FACILIMED a créé un fichier Excel® afin que les médecins puissent inscrire les patients dépistés. L'accès aux fichiers était sécurisé et nécessitait un mot de passe.

L'un des problèmes soulevé, était l'accès à ce fichier pour des raisons différentes, un médecin n'avait plus le mail avec les codes d'accès, M1 *« (rires) bon ceci, dit j'ai un petit problème, c'est-à-dire que je reçois les mails et mon ordinateur n'est pas bien, et au bout de dix à quinze jours il m'enlève les mails, alors on a essayé avec mon mari de faire en sorte alors du coup je les garde sur mon portable mais je peux et c'est plus difficile pour aller donc du coup j'ai pas pu y aller quand j'ai voulu y aller j'avais plus le...j'avais plus les codes, je savais pas comment faire pour aller sur le site donc mais je pense qu'ils vont nous le remettre ou qui vont... je sais pas trop.... »*. Un autre médecin avait un problème de codes, M2 *« ben oui c'est ce que X m'avait fait mais je n'arrivais pas, il y avait un problème de codes, je sais pas quoi [...]*. L'autre jour j'avais voulu m'y mettre parce que X nous avait envoyé le truc et puis en fait j'avais un problème de codes je sais pas donc Y devait m'aider mais pour l'instant c'est pas fait », elle rencontrait des difficultés à retrouver le lien, M2 *« Moi je peux le faire ! Alors moi j'ai toujours cette histoire de codes, ça m'énerve parce que la dernière fois que j'ai voulu me mettre...je n'arrivai pas à me brancher, je sais jamais le lien où est ce qu'il est etc., ça me gonfle ce truc ! »*.

M4 avait juste un souci de serveur « *Pourquoi ? Parce qu'on a un serveur donc je reçois mes mails sur le serveur mais je peux pas ouvrir sur le serveur le Drive® donc il faut que je le rebalance sur l'autre truc et que là je viens de le mettre dans mon navigateur pour l'avoir voilà donc déjà... ok ! [...] ça veut dire qu'il faut que je vienne là pour rentrer un certain nombre de... enfin je veux dire il faut que je vienne là pour mettre au point mon... comment ? Mon projet de rentrer etc. C'est comme un dossier médical quelque part il faut mettre au point le dossier médical de l'étude* ».

Certains médecins n'avaient pas de difficulté à y accéder mais ne l'utilisaient pas et n'ont jamais tenté de l'utiliser, M3 « *ça je ne l'ai pas utilisé. Non parce que... déjà parce que... je sais pas ou peut-être j'en ai entendu parler mais je n'ai jamais eu l'occasion de le faire* », M6 « *Non j'ai accès oui au Drive®, c'est juste que oui non je prends pas le temps parce que ...si si j'ai tout je suis honnête j'ai tout (rires)* ».

Un médecin a déclaré ne pas en avoir entendu parler J « *Est-ce que vous avez entendu parler du Drive® ?* M7 « *Ouais celui de MacDo mais à part ça !* ».

Au total aucun médecin ne listait les patients sur le Drive® et les médecins qui notaient les patients le faisaient sur différents supports :

- Sur une feuille de papier blanche, J « *Et du coup est-ce que vous avez commencé à inclure des patients ? Commencer à faire le dépistage ?* », M1 « *Oui j'ai fait des listes* » (elle nous montre la feuille blanche).

- Un document Word®, M2 « *bah c'est pas, c'est un Word® moi j'ai mon fichier Word® du coup sur le bureau je les note alors après je pourrai ce que j'avais dit à X ou Y, après moi je pourrai aller remplir le Drive®, voilà mais je me dis que... parce que quand on voit les patients*

au fil de l'eau j'ai pas été sur le Drive® je me suis retrouvée à ... j'avais plein de patients j'en ai même, je pense que j'en ai d'autres qui sont en surpoids qui sont en Diet&Sport mais comme je ne l'ai pas noté euh... je me rappelle plus (rires) ».

L'inclusion par les médecins n'était pas exhaustive et ils le reconnaissaient, M2 « *Que j'aurais pu ? Oh sans doute pas et puis là il y en a peut-être que j'ai pas notés comme j'ai pas fait la traçabilité y en a sûrement plus en fait !* ».

T « *Donc as-tu l'impression d'avoir inclus tous les patients qui nécessitent un repérage ?* »

M4 « *Non ! Et clairement non voilà ! Alors il se peut que aussi pendant les vacances [...] ça va être un peu plus calme !* ».

La majorité des médecins ne listaient pas les patients et se contentaient de reporter les mensurations des enfants dans les cases dédiées de leur logiciel, donc indépendamment du protocole de dépistage, M3 « *s'il m'arrive de le faire, parlons de l'obésité, je dois savoir le poids et la taille de l'enfant et créer un IMC, faire sortir un IMC. Si son IMC est élevé par rapport à la norme qui sont actuellement caduques sur le carnet de santé, et je vois moi j'ai un logiciel avec mon système informatique, j'ai un logiciel qui me calcule l'IMC* ».

T « *très bien, donc je vais y revenir, l'obésité finalement peut-être zéro alors ?* », M3 « *oui mais je n'en ai pas inclus* », T « *Vous ne les avez pas notés ?* », M3 « *non, non, [...] sur mon logiciel à moi, mais indépendamment justement de, du cadre du dépistage. Je l'ai fait parce que ça m'a paru sur le coup intéressant de le faire mais après j'ai, peut-être ça m'est complètement sorti de l'esprit que ces personnes-là je pourrai les mettre, inclure dans le protocole* », M4 « *dans le noter quelque part j'ai... voilà je me suis fait RCP, obésité, fragilité, ou je me note les patients tu verras que dans ceux que j'ai noté en nouveaux patients pour le*

protocole de la maison de santé il n'y a rien (rires) », M5 « non moi j'ai un logiciel [...] oui c'est sur le dossier informatique tout-à-fait, dans le logiciel, dans l'interface du logiciel il y a le poids, la taille, l'IMC, ça c'est inclus dans le logiciel en fait. Quand on ouvre le dossier patient il y a tension, poids, taille, IMC etc.», M6 « alors inclus en fait je l'ai fait déjà de mon côté, mais c'est vrai que j'ai pas rempli les tableaux. Donc je... donc que je ne peux pas vous dire, inclus officiellement zéro je pense (rires) ».

Une autre difficulté évoquée par les médecins était que très souvent les enfants étaient perdus de vue, ils bénéficiaient d'un suivi rapproché jusqu'à l'âge de dix-huit mois, d'après M1, « *pour l'obésité chez les enfants ben ça, ça dépend car le problème c'est que les tous petits oui, on les voit régulièrement car ils sont bien suivis mais à partir du moment où on finit les vaccins on dira vers dix-huit mois, on voit plus les enfants sauf si ils sont malades régulièrement, on les voit, mais sinon on les voit pas les enfants* » puis ne consultent que très peu, M2 « *[...] et puis il faut le faire quand l'enfant vient parce que quand il est tout petit ben là ça va ils viennent mais quand ils sont plus grands euh... on les voit moins* ».

Un médecin a déclaré ne pas recevoir beaucoup d'enfants au cours de ses consultations, M7 « *et donc si c'est... même pour les enfants, je crois que de toute manière je n'en aurai pas beaucoup* ».

3.4.2.3.2 La MSP source de contrariétés économiques et de conflits

Au début de l'étude, les médecins n'avaient toujours pas intégré la MSP. Intégration prévue initialement pour le mois de juin 2016 et retardée du fait de multiples obstacles d'ordre économique.

Tous les médecins nous ont fait part de leurs préoccupations concernant la maison de santé pluriprofessionnelle qui reléguait la mission de santé publique au second rang, M5 « [...] *par rapport à la MSP et que je me suis focalisée sur cette information et que j'ai pas [...]* », elle était aussi source de conflits entre les différents protagonistes comme a témoigné M7, « [...] *ça pose déjà suffisamment de problèmes pour nous... nous énerver, je dirais puisque la dernière réunion j'ai claqué la porte, X aussi d'ailleurs, on est parti ensemble mais il n'a pas voulu me parler, il me fait la gueule depuis d'ailleurs. Bon et Y aussi. Parce que moi je n'étais pas d'accord pour donner un chèque en blanc à la société qui devrait gérer l'ensemble et qui nous a déjà fait des propositions absolument dantesques, dantesques, phénoménales, à 280€ de frais par jour. Résultat ? Rien que pour commencer à gagner un rond il faut voir plus de vingt malades enfin dix malades* ».

Impactant la motivation des médecins, M2 « *Bah oui sauf que là si vous voulez, ce moment, on s'était donné des moments pour faire des RCP, des réunions, le problème c'est que la comme on est, ils sont quand même assez centrés sur les problèmes d'organisation, la MSP etc. tant qu'on n'aura pas résolu complètement le problème, là c'est très difficile de les motiver sur d'autres trucs ça c'est un problème[...]* », M3 « [...] *et je ne sais pas si un jour on va toucher, vu la tournure que c'est en train de prendre cette MSP. Je ne sais pas, non mais honnêtement* ».

Pour M2, les négociations étaient une charge de travail supplémentaire « *Bah je sais pas ...fin... C'est dur à dire comme ça hein puisque c'est ... un peu par-ci, un peu par-là... je sais pas je peux pas dire en temps bah peut être... nan ça fait même pas une demi-journée, si on prend tout euh.... Bon y a quand même des réunions hein des réunions bah quand il y a des réunions bah ça dure deux heures euh... voilà après euh... c'est... après y'a des choses un peu entre deux, des coups de fil, des rendez-vous etc. mais il y a eu des moments ça a pris plus, en ce moment bah c'est... y'a eu des moments ça va ça prend plus d'autres moins enfin voilà mais bon c'est quand même une charge euh... (rires) quand même une charge pour nous ».*

D'après M4, les médecins n'étaient pas « sereins » car « pollués » par les négociations immobilières, « [...] c'est que voilà, le problème qu'on a aussi c'est qu' on est dans une situation... où on est dans une tension sur l'immobilier, où le groupe est en train de se dire : « bon à quelle sauce je vais être mangé ? » Au niveau finances etc. Donc il est pas serein pour faire ce travail-là, il est complètement pollué par ça. D'accord ? Donc parce qu'il y a des inquiétudes par rapp... dans le projet etc. ».

M7 pensait qu'avant l'instauration de protocoles, il fallait régler les problèmes inhérents à la MSP et a comparé la situation actuelle à une « usine à gaz », M7 « *Disons que déjà il faut peut-être pas mettre un peu la charrue avant les bœufs. Les NMR, la maison, le machin, tout en même temps c'est beaucoup trop compliqué c'est une usine à gaz ».*

3.4.2.4 DIFFICULTES ECONOMIQUES

Lors des entretiens, nous avons constaté que la redistribution des rémunérations allouées à la MSP pour son action de santé était source de désaccords entre les différents médecins, il y avait schématiquement deux visions qui s'opposaient, une vision individuelle et une vision

plus collective, M4 « [...] on a pas tout à fait la même vision des choses, c'est-à-dire que modes de rémunération, nouveaux modes de rémunération, ils sont compris pour faire avancer le groupe donc ça permet de payer, X ayant une vision plus encore, plus comment dirais-je ? Encore plus collective que moi c'est-à-dire en disant on va se payer la diététicienne, on va se payer de la coordination et machin moi je pense qu'il faut aussi payer le médecin, enfin le professionnel ».

Les modalités de redistribution n'avaient d'ailleurs pas été clarifiées au sein de l'équipe comme l'a souligné M4, « [...] que le mode de rémunération c'est pas compris de la même manière c'est pas intégré et puis X et moi on n'a pas été suffisamment clairs [...] ».

D'après M2, les NMR permettaient de « valoriser » un travail déjà réalisé par les médecins et qui n'était pas rémunéré « euh... parce que voilà et c'est ça un peu l'enjeu aussi donc pour les vieux med... pour les plus vieux médecins il faut leur dire : « bah oui ce que vous faisiez comme ça gratos en plus etc. et ben là on va pouvoir avoir des sous qui vont arriver pour le faire. Je pense que c'est un des arguments quand même. C'est un des arguments ».

M4 ne partageait pas tout à fait cette idée et pensait que la mise en place d'un protocole imposait aux médecins une charge de travail supplémentaire tout en valorisant un travail déjà mis en route, raison pour laquelle il fallait redistribuer une partie aux médecins à titre individuel, M4 « Voilà, mais ce qui n'est pas tout à fait ma position, parce que moi je pense que ce n'est pas seulement un travail qu'on met en valeur mais c'est plus [...] Deuxième point, c'est un travail supplémentaire pour le médecin et je n'ai pas arrêté de vous l'exprimer de toute façon tout au long de l'entretien c'est-à-dire que c'est un travail supplémentaire et j'ai du mal, dans les études je suis payé [...] », par la mise en œuvre de compétences médicales, « Et donc là je vois pas pourquoi les médecins ne seraient pas, les professionnels encore une

fois, c'est pas que les médecins, les professionnels de santé, les infirmières machin, ne seraient pas payés. C'est un travail supplémentaire ils doivent être rémunérés [...] C'est un travail supplémentaire pour le médecin, c'est un autre type de travail et dans lequel on met en place des compétences médicales, des compétences infirmières, des compétences diététiciennes voilà et elles doivent être rémunérées. Et puis on est français non mais je veux dire le travail, c'est tout juste si il doit être rémunéré [...] ».

Un médecin a déclaré qu'il serait plus motivé si une part des NMR était reversée aux médecins, M3 « *elle n'est pas palpable du tout, depuis le temps que l'on fait ça on a rien touché du tout à ce jour et je ne sais pas si un jour on va toucher vu la tournure que c'est en train de prendre cette MSP. Je ne sais pas... non mais honnêtement [...]. Le pressenti honnêtement pour moi et peut-être pour un certain nombre de gens quand ils ne voient rien de palpable, ils laissent tomber, donc j'ai pas... C'est comme si on a... ou j'ai l'impression de faire quelque chose ou je n'attends rien. Voilà ! ».*

Après avoir exploré les atouts et les freins de la mise en place du protocole de dépistage au sein de la MSP des Mureaux, notre objectif secondaire était d'explorer les voies d'amélioration possibles.

3.4.3 VOIES D'AMELIORATION

Au cours de cette troisième partie, nous allons exposer les voies d'amélioration proposées par les sept médecins de la MSP lors des entretiens semi-dirigés.

3.4.3.1 ACTEURS

M4 a souligné l'importance de la mise en place de mécanismes intellectuels, « [...] *il faut mettre en place des mécanismes. Alors ça veut dire que un, il faut que j'y pense et deux, il faut que je le note quelque part [...]. Dans le noter quelque part j'ai... voilà je me suis fait RCP, obésité, fragilité, où je me note les patients, tu verras que dans ceux que j'ai notés en nouveaux patients pour le protocole de la maison de santé il n'y a rien (rires)* » car la démarche n'était pas évidente pour le médecin généraliste même s'il était convaincu de l'importance, M4 « [...] *tout ça pour dire que rentrer dans ce type de choses, dans une pratique de médecin généraliste, ça n'a rien d'évident même si t'as vachement envie, même si t'es complètement convaincu que c'est intéressant, c'est quelque part il faut que je... Il faut quelque part qu'il y ait des mécanismes intellectuels et du temps dans ta pratique pour dire je passe un peu de temps là-dessus, voilà !* ».

L'importance d'une animation au sein de l'équipe a été soulevée de nombreuses fois, M4 « [...] *il se passe toujours un temps plus ou moins important et pour démarrer, ça y a deux façons de faire, c'est soit une animation, un animateur qui te redonne des coups de pieds aux fesses régulièrement jusqu'au moment où tu démarres [...]* », M1 « [...] *bon, quand on a quelqu'un qui nous stimule un petit peu en disant bon t'as pas fait le truc ? Bon est-ce que ? Et puis c'est vrai que quand on peut passer un petit coup de fil en disant : « Bon mais je fais quoi ? Comment je fais parce que ça ... ? ».* Même si c'est expliqué dans des... des protocoles

c'est pas la même chose que quand voilà quand on a un problème et qu'on discute du coup, on voit comment il faut faire ».

L'animation pouvait revêtir différents aspects.

Les internes ont revêtu le rôle d'animateur durant les entretiens semi-dirigés car les entretiens semi-dirigés étaient l'occasion de rediscuter avec les médecins de l'intérêt des protocoles, des modalités et du recueil du travail d'inclusion réalisé, M1 « [...] c'est bien éventuellement de pouvoir nous encadrer pour pouvoir s'occuper d'eux », M1 « Bah ! C'est pour ça que j'attendais que vous veniez pour m'aider, parce que [...] », M2 « [...] ils ont pas forcément tous les outils, tous les trucs, ils ont pas forcément tout approprié tout ça donc bon, quelques fois parfois d'en parler tout ça c'est pas mal quoi ! », M4 « voilà, c'est ce qu'on essaye de faire avec vous déjà c'est, c'est en réalité c'est ça, derrière de mettre déjà une petite animation, de se reposer des questions de se dire bah tiens effectivement vous venez aujourd'hui, j'imprime le truc, voilà, on voit bien que l'animation elle va aider le professionnel petit à petit ».

Pour M6, les internes représentaient une source de « remotivation », « [...] que vous me remontriez le repérage et puis peut-être me restimuler parce que je pense que j'ai beau être jeune j'ai des habitudes de vieux donc... (rires) ».

Les internes avaient aussi un rôle de communication entre les médecins, en relayant des informations ou actions pertinentes soulevées par certains médecins, M2 « Ah ben ça, je pense que c'est... sans doute pas pour moi ou pour X mais pour les médecins de l'équipe, je pense que votre rôle peut être vachement important pour expliciter des choses ouais ça, ça peut être vraiment bien ouais... et puis faire un peu le rappel dire ben voilà vous voyez le Dr Y

fait ça vous pouvez faire pareil comme ça vous identifiez les personnes et puis après si vous voulez on peut en parler. Je pense que ça peut être bien ouais ».

Afin d'étayer les résultats des entretiens semi-dirigés, un focus group était prévu dans le cadre de la thèse, M2 « Sur ces protocoles ? Ben non parce qu'en fait comme il y avait beaucoup de choses à faire on a pas refait une réunion, mais peut être que ça peut être l'occasion d'en refaire avec la thèse avec votre travail-là ! ».

Il a été proposé par M4 que ce rôle d'animation puisse être endossé par un membre de l'équipe, « moi je pense qu'il faut une animation, voilà il faut une animation des... Il faut qu'il y ait quelqu'un dans le groupe qui soit chargé de : « Où vous en êtes ? Est-ce que ça avance ? ».

M4 a proposé une action de relance, « Euh... ça peut être par exemple de dire par exemple des mails, tu vois c'est... le reminder par mail ou par SMS, bon est-ce que par rapport à la dernière fois ? Est-ce que tu as avancé sur obésité machin repérage ? Voilà ! ».

D'après M2, il était nécessaire d'organiser des réunions dédiées à ces thématiques, « il faut aussi avoir envie de vouloir de s'y mettre d'avoir des moments précis dédiés de faire des thématiques je sais pas on se dit on fait une réunion ciblée sur tel sujet voilà ! Mais je crois qu'il faut aussi s'organiser pour que ça soit faisable c'est pas seulement que d'être dans les murs c'est pas suffisant ».

D'après M1, afin de se sentir impliqué, il fallait participer activement à la rédaction des protocoles au risque de les survoler « alors les protocoles c'est très bien, moi j'en ai fait pour l'insuline et les autres ont fait sur l'obésité, on les parcourt mais à partir du moment où on n'a pas travaillé nous dessus, on les parcourt mais après ? ».

Le protocole proposait trois grandes orientations pour la prise en charge des enfants obèses, dont le RÉPPOP faisait partie, M1 a insisté sur l'intérêt d'une formation RÉPPOP afin de comprendre le fonctionnement *« oui tout à fait alors moi je m'étais un petit peu renseignée à un moment et puis du coup il m'envoyait des mails pour que j'aille aux réunions je devais y aller ça c'est pas fait et finalement j'ai laissé tomber quoi du coup, j'y suis pas allée au RÉPPOP. Mais c'est vrai que je pense que c'est important de savoir un petit peu comment ça fonctionne »*.

Les médecins ont insisté sur la nécessité de bénéfices pour les patients en termes de prise en charge, et sur l'obtention de résultats tangibles, mais sur ce point les médecins ont semblé dubitatifs, M1 *« Donc le dépistage oui je peux faire. Y'a pas de problème. Mais c'est vrai du coup si on pouvait faire quelque chose derrière ce ne serait quand même pas mal... mais ça je suis pas sûre que ce soit prévu... »*, M3 *« le protocole en question ? C'est utile dans la mesure où il y aura... des applications derrière. Je veux dire c'est bien beau de faire des protocoles mais s'il n'y a pas un suivi derrière ... »*, M4 *« il faut que leurs patients tirent un bénéfice »*. M6 ne voyait pas d'intérêt à *« repérer pour repérer », « puisque repérer pour repérer ça n'a pas vraiment d'intérêt donc... mais repérer pour être ensemble pour faire quelque chose de bien derrière et se dire que ça reste pas en plan ça c'est important »*.

Afin de mener à bien la prise en charge des patients M7 a insisté sur la nécessité d'associer la famille aux soins à l'aide d'une prise en charge psychologique et diététique, *« non les seules idées que je que je trouve bonnes dans tout ça c'est justement de pouvoir faire prendre en charge bon les ados je vous parlais d'obésité mais là c'est les enfants, les nourrissons et les plus petits enfants euh... c'est les parents qu'il faut prendre en charge c'est pas uniquement les parents, c'est pas les enfants parce que les enfants ils aiment le coca mais ils aiment tous*

le coca, s'ils boivent ça matin midi et soir et que les parents disent rien et qu'ils en achètent surtout c'est pas les enfants qui vont au supermarché pour acheter le coca à sept morceaux de sucre par canette. [...] donc c'est là c'est les problèmes psychologiques des parents à faire prendre en charge et si on arrivait à faire prendre en charge le responsable, bon quand c'est un ado c'est un peu à lui de se prendre en charge quand même là je suis d'accord mais quand ils sont plus petits c'est pas possible, c'est plutôt les parents, mais ça serait une prise en charge je dirais soutien psychologique et diététique pour les gamins pour les ados en tous cas».

3.4.3.2 LES OUTILS

3.4.3.2.1 Les protocoles

Les entretiens ont révélé une hétérogénéité entre les médecins sur les modalités des protocoles et M1 a émis la pertinence d'une réunion afin de refaire le point, « [...] bon donc je m'étais dit qu'on aurait de nouveau des réunions et puis du coup peut-être qu'on pourrait affiner un petit peu plus et puis savoir parce que jusqu'à maintenant je ne savais pas trop où j'allais j'étais toute seule et je faisais juste ce qu'on m'avait proposé de faire quoi ».

Concernant les réunions de concertation pluriprofessionnelles, nous avons observé qu'elles n'avaient pas été comprises de la même façon certains médecins imaginaient des réunions formelles avec tous les médecins autour d'une table pour discuter des cas complexes, M4 a insisté sur l'importance de ne pas trop multiplier les réunions afin que les médecins ne se sentent pas trop submergés et de rediscuter les modalités de ces réunions, « Non ! Non ! Ça c'est impossible et ce n'est pas le but parce qu'il faut que le médecin, il faut que les professionnels de santé aient aussi l'impression de gagner du temps, pas l'impression ils

gagnent du temps ! Donc si on rajoute des réunions de concertation pour l'obésité, RCP pour la fragilité, RCP pour je ne sais pas quoi, c'est mort c'est fini, les professionnels de santé ne feront plus jamais rien en termes [...]. Il faut que ce soit fluide dans leur activité professionnelle donc c'est..., mais comme on le fait déjà un peu sauf qu'on veut le formaliser un peu plus, et la formalisation étant de dire tient, la formalisation du repérage mais par les professionnels des paramédicaux ou par les médecins pour être plus souvent dans une situation où l'on se retrouve pour faire le point et discuter à deux que on ne le fait aujourd'hui, et après on gère ça par téléphone ! ».

D'après M7, les protocoles seraient trop longs et il préconisait de les raccourcir « [...] ben vous faites un protocole où il n'y a pas quinze pages ! ».

3.4.3.2.2 L'informatique

M1 ne voyait pas d'objection à utiliser le Google Drive® si elle arrivait à s'en servir « Non si Google Drive® j'arrive à m'en servir c'est bon ! ».

M1 (un des seul médecins non informatisé de l'équipe) voyait le serveur commun comme une solution, permettant la centralisation des données « moi je suis habituée à mes dossiers papier mais le problème c'est que je pense que le fait... parce qu'on sera tous sur le même serveur, les dossiers seront ouverts à tout le monde donc c'est vrai que du coup quand on a besoin de chercher, quand on a besoin éventuellement que vous avez besoin de faire des tests c'est beaucoup, si on met je pense en commun euh... plein d'informations on doit pouvoir sortir beaucoup plus de choses », avis partagé par M2 « je vais vous montrer ce que j'ai essayé de... parce que le problème c'est la traçabilité des outils donc là on est pas du tout, tant qu'on n'a pas de logiciel partagé etc. ».

D'après M4, ce travail de repérage ne pourra être effectué si les outils informatiques étaient trop compliqués, il a insisté sur l'importance d'outils simples fluidifiant le travail *« c'est trop compliqué donc on revient tout de suite, il faut voir il faut repérer pourquoi ça doit être fluide, ça doit être fluide, le plus fluide possible. Perdre, le moins de perte de temps possible, le plus fluide possible donc effectivement il y a des enjeux informatiques derrière »*.

M7 a proposé un logiciel permettant l'extraction des données *« parce que ça il faut se taper le machin alors que si on l'a dans le logiciel on clique une croix et on sort les gens signalés »*.

Les médecins ne souhaitent pas changer de logiciel, ils souhaitent que le module informatique soit intégré à leur logiciel actuel, M7 *« deuxièmement l'idéal ce serait qu'il soit intégré à HelloDoc® qu'on n'ait pas à faire 50 000 choses »*, M7 *« Et ouais ça risque d'avoir du mal parce que... ou alors il faut changer de logiciel et ça j'ai pas du tout envie »*.

La version pluriprofessionnelle du logiciel en place pouvait être une solution d'après M4 *« ... Avec la version pluripro ! »*.

M7 ne souhaitait pas que l'intégration du module supplémentaire puisse entraîner un surcoût *« En général ? Pour l'avoir demandé [...] l'intégration de choses supplémentaires, nous on avait besoin d'extraire à partir de logiciel d'importer d'un logiciel si vous le captez pour le passer sous WinDev. De faire des xls enfin des Excel® d'export pour pouvoir avoir le nom de patients dans les deux logiciels, bah c'était payant. Alors c'était on le fait ! Mais c'est payant. C'est un développement à part supplémentaire [...] »*.

Les médecins ont évoqué la possibilité qu'une personne soit dédiée à l'informatique, un médecin par exemple et qui soit rémunéré pour le travail effectué, M4 *« il faut de l'aide, peut-être de l'aide informatique peut-être de... voilà [...] ». Donc ça veut dire que pour ça et ben*

pour ça il y a peut-être un médecin qui s'y colle et c'est du temps rémunéré sur les NMR » afin d'optimiser le logiciel informatique qui était sous utilisé, M4 « Nous, je veux dire que... il y a... on n'utilise pas le logiciel à fond ! ».

3.4.3.2.3 Rémunération

La redistribution des NMR devait être rediscutée de manière collégiale entre les différents acteurs afin de mettre tout le monde d'accord

Pour M3, redistribuer une partie de la rémunération aux médecins aurait probablement un impact sur sa motivation « [...] la motivation ça peut être aussi [...] une rémunération, [...] et ça je ne suis pas le seul à le penser, je veux dire que quand des fois, moi, j'ai des laboratoires ils me disent voilà vous avez... si vous incluez, vous allez inclure cinq patients vous avez 300 € juste en les incluant, OK ! D'accord ! Donc ça m'intéresse de le faire, ça m'intéresse dans le sens où j'ai pas de difficulté à le faire » et sur le travail qu'il fournirait « Là ! Je prends le temps de le faire ».

Contrairement à M7 qui ne percevait pas cette rémunération comme un facteur motivationnel « [...] donc c'est pas pour les rémunérations pour nous mais c'est plutôt les rémunéré... fin pour moi je ne sais pas ce que ça va m'apporter et je dirais qu'à la limite je m'en fous ! ».

M2 proposait de sensibiliser les médecins à l'importance de la traçabilité afin de percevoir les rémunérations « [...] c'est important aussi la traçabilité de montrer ce qu'on fait [...]. Là comme on a les NMR pour ça et ben il faut quand même montrer ce qu'on fait, c'est ça le truc [...]. Parce que si on ne montre pas un minimum on va nous dire : « ben non vous aurez pas l'argent ! » [...] Euh... parce que voilà et c'est ça un peu l'enjeu aussi donc pour les vieux

méd. pour les plus vieux médecins, il faut leur dire : « bah oui ce que vous fassiez comme ça gratos en plus etc. et ben là on va pouvoir avoir des sous qui vont arriver pour le faire. Je pense que c'est un des arguments quand même. C'est un des arguments [...] Bon ça X est très sensibilisé parce que dès que vous êtes dans une assoc ou un truc vous savez qu'il faut des objectifs des indicateurs pour avoir les sous c'est logique aussi ! On va pas comme ça donner des sous si on montre rien ! ».

3.4.3.3 ORGANISATION DU TRAVAIL

L'intégration dans la MSP qui s'accompagnait d'une proximité géographique était perçue comme l'une des solutions permettant l'amélioration du dépistage T « [...] est-ce que vous pensez que le fait d'être dans la maison de santé tous ensemble ça pourrait être justement ? », M2 « Ah ben oui oui nan mais c'est sûr ! », M3 « Mais c'est bien les protocoles c'est quelque chose qui peut se faire, qui peut se faire dans un lieu peut-être avec une structure, pas comme ça individuellement, voilà ! », M4 « Donc pour moi, je suis bien d'accord c'est évident c'est évident que si on est tous sur place c'est beaucoup plus facile », M7 « Bah bien sûr ! ».

Avoir une salle de réunion a été évoquée par M4 comme un élément facilitateur, en permettant d'organiser des réunions le midi par exemple « Oui parce que c'est plus facile parce que là, on n'a pas de salle de réunion donc les réunions c'est le soir quand t'es dans la maison de santé tu as une salle de réunion et la réunion tu peux la faire sur le midi on dit, « on se voit et on mange ensemble » et déjà on va partager des choses et donc ça donnera une dynamique voilà etc. » et en offrant un espace de rencontre entre les différents professionnels « moi je suis convaincu que le fait d'avoir un lieu où on peut se croiser donc c'est pas la salle de... c'est là salle de réunion dans la MSP, la salle de convivialité dans la MSP

qui fait qu'on va mettre en place de plus en plus de choses et que ça va être plus facile de faire des réunions le midi que le soir donc on aura plus facilement les professionnels sur le midi que le soir ».

Mais d'après M2, le regroupement au sein d'une même structure n'était pas une réponse suffisante en l'absence de volonté des professionnels d'engager une action commune et de travailler « ensemble », « *je pense que ça facilitera mais en même temps euh... c'est pas seulement fin on peut aussi être dans les même murs et sans forcément se voir et travailler ensemble donc ça... il faut aussi avoir envie de vouloir de s'y mettre d'avoir des moments précis, dédiés de faire des thématiques je sais pas on se dit on fait une réunion ciblée sur tel sujet voilà mais je crois qu'il faut aussi s'organiser pour que ça soit faisable c'est pas seulement que d'être dans les murs c'est pas suffisant ».*

Plusieurs médecins ont proposé de prévoir des consultations dédiées car cette mission semblait compliquée au décours d'une consultation pour un tout autre motif qu'elle soit libre ou sur rendez-vous M3 « *mais maintenant moi ce que je dis, est ce qu'on a le temps de prévenir ça ? Et comment on doit le faire ce n'est certainement pas au décours d'une consultation »*, M5 « *Forcément c'est un bien pour moi le temps malheureusement ou alors, la question posée est-ce qu'il faudrait pas les prévoir en fin de journée, ces consultations un peu spéciales ? »*, M6 « *j'aurais tendance peut-être à refixer un autre rendez-vous pour prendre le temps après de faire ça ».*

D'après M4, il fallait que les médecins aient des conditions de travail sereines, organisées autour du soin et dénuées de toutes contrariétés organisationnelles ou administratives « *donc on voit bien que pour que les professionnels de santé puissent travailler sereinement, il faut qu'ils aient derrière des conditions sereines de travail, bon ben tu vois des conditions*

de travail des conditions où ils ne fassent que du soin, où ils ne soient pas embêtés dans l'organisation, ben par des patients qui arrivent dans tous les sens, qui ne soient pas régulés, qui n'aient pas de, comment, de problématiques administratives à gérer, voilà ! ».

L'infirmière ASALEE était perçue par les médecins comme un acteur essentiel de la MSP et sa présence pouvait contribuer à l'efficacité des missions de santé publique, M5 « *donc dans l'esprit je pense que c'est effectivement fondamental. Moi il y a beaucoup de patients qui ont pu en bénéficier, ils étaient à chaque fois ravis. Parce que lors de ces consultations, en fait il se dit des choses que les patients n'ont pas le temps ou ne vont pas forcément nous dire, effectivement c'est quelque chose de primordial et de fondamental ! ».*

Selon M7 tant que la médecine générale devait faire face à la pénurie de médecins généralistes, il n'y aurait pas de consultation propice à ce type d'action J « *[...] d'accord et du coup pour vous le meilleur moment pour repérer finalement si vous aviez un protocole simplifié ce serait au cours des consultations ? »*, M7 « *Non jamais ! »*, la seule solution préconisée par M7 est de former plus de médecins en augmentant le *numerus clausus* « *Si on augmentait le numerus clausus ! ».*

3.5 RESULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE DU FOCUS GROUP

3.5.1 IMPORTANCE D'UNE ANIMATION

Lors des entretiens semi-dirigés les différents médecins avaient évoqué la nécessité d'une animation au sein de l'équipe afin de motiver l'équipe, M5 « *[...] il faudrait quelqu'un de physique quelqu'un qui nous pousse [...]* ».

Les internes ont endossé ce rôle dans le cadre de l'observation participante mais une fois la thèse terminée se posait la question de la relève J « *Il faut à chaque fois un animateur, je*

pense qu'il faudra désigner quelqu'un qui fera notre relais une fois qu'on n'aura fini notre travail pour que vous ayez toujours... », M1 « Oh ben non non non (rires) ! », M5 « parce que vous ne restez pas tout le temps ? (rires) ».

Un des médecins a proposé que la relève soit assurée par un binôme médecin – infirmière ASALEE ou une infirmière seule, M4 « [...] *mais oui au sens où on essaie de se partager un petit peu des projets effectivement c'est... même une équipe je pense que ça devrait être un médecin avec X quoi... ou Y, tu vois ? Ça peut être aussi une infirmière ! ».*

3.5.2 IMPACT DE LA MEDECINE GENERALE ACTUELLE

Les médecins lors des entretiens individuels avaient beaucoup insisté sur l'exercice difficile de la médecine générale (pénurie de médecins généralistes due entre autres aux départs à la retraite...) et le manque de temps consacré aux missions de prévention.

Un des médecins a souligné le paradoxe actuel entre poursuite d'une médecine archaïque à l'acte et nouvelles pratiques, M4 « [...] *ouais parce qu'on a un double problème, là c'est-à-dire qu'on est un moment donné où on est à un creux de générations, c'est à dire on a... on croule sous les patients parce que les médecins, les médecins partent à la retraite donc il faut gérer ça donc, on croule un peu sous le soin et puis derrière c'est de mettre en place des actions qui nous permettent d'anticiper et de prévenir... donc ça c'est... Donc effectivement pour nous c'est aussi une demande d'énergie pour faire ça mais... pour lequel il y a un intérêt [...] ».*

3.5.3 IMPACT DE L'INSTALLATION DANS LES NOUVEAUX LOCAUX

Lors des entretiens semi-dirigés l'installation dans les locaux, favorisant une proximité géographique entre les professionnels, était perçue comme une solution afin d'améliorer le dépistage.

Lors du focus group les médecins ont intégré les locaux de la MSP depuis environ cinq mois et ont constaté que l'installation avait pour l'instant plutôt un impact négatif sur la mission de santé publique en perturbant leur mode de fonctionnement habituel, M1 « [...] on l'a fait (le repérage) pendant un petit bout de temps mais c'est vrai que le fait qu'on vienne s'installer là... tout a été... tout a été modifié ! », M4 « ... un peu chamboulé ! », M1 « ouais, dans nos têtes, il y a des choses plus... », M2 « moi je crois que le premier problème c'est ça, c'est-à-dire qu'on a commencé et... on a commencé puis après on a été complètement noyé entre l'été et puis le début de l'installation voilà ! C'était passé en dessous de la pile [...] ».

Mais l'impact négatif était potentiellement éphémère d'après M5, qui attendait de voir à moyen ou long terme « peut-être dans un premier temps un peu négatif parce qu'on a été pris dans le flot de l'ouverture et après il faudrait voir ça à moyen ou long terme [...] ».

Malgré un impact plutôt positif pour le travail en commun, le partage et la communication entre les différents médecins, M1 « [...] moi je trouve qu'il a été positif dans le travail en commun », M5 « Oui oui bien sûr ! ».

Indépendamment du travail de repérage, M1 « [...] mais pour le repérage spécialement je ne suis pas sûre », M1 « [...] pour le travail entre nous je pense que c'est quand même... agréable », M1 « [...] échanger sur des patients », M2 « Ah oui ça c'est sûr c'est net ! ».

3.5.4 INFORMATIQUE ET TRAÇABILITE

La problématique de l'outil informatique permettant la traçabilité du travail d'inclusion réalisé, déjà évoquée lors des entretiens semi-dirigés a été de nouveau décrite lors du focus group, M2 « [...] mais c'est la traçabilité, parce qu'en fait ça veut dire que c'est... je ne parle même pas d'informatique ou pas je parle de traçabilité, et les outils de traçabilité. Donc on a... il y a eu les « Google® », les machins, moi je suis complètement allergique [...] », M4 « [...] et ça n'a jamais marché », M2 « [...] les codes et tout ! ».

Les médecins sont revenus sur la nécessité d'avoir une personne dédiée à l'informatique, M2 « par contre il peut nous aider sur le module informatique et la traçabilité, parce que... », qui puisse participer à des formations HelloDoc®, M4 « [...] de toute façon la formation HelloDoc® et derrière qu'il y ait un de nous qui se charge de préparer ça c'est indispensable... enfin je veux dire c'est incontournable ! ».

Et sur l'importance d'un module intégré au logiciel permettant l'extraction de données, M1 « [...] non mais il faut un formulaire où il y a les éléments qu'on fait dans les dossiers de santé... enfin pour les missions de santé publique, il faut un formulaire avec des données structurées qui, je sais pas, quelques items à rentrer et qu'à partir des items faut faire une extraction. Bon lui il est beaucoup plus fort, X pour faire les extractions mais... et voilà ! Et tant qu'on n'aura pas ça on pourra pas avoir une liste, etc. » mais sans avoir résolu le souci de savoir où la déposer, M4 « [...] enfin en tous cas, c'est quelque chose de central dans le sens où l'extraction de données des... la question enfin on peut la poser un petit peu autrement c'est l'extraction de données où est-ce qu'on la dépose ? », M4 « voilà ! C'est ça la question ! ».

Un des médecins se posait la question de l'intérêt d'extraire des données et de son utilité, M5 « *et après ? Qu'est-ce qu'on en fait de cette extraction de données au final ?* », M2 a rappelé que ça servirait à faire un rapport d'activités « *ça nous permet de faire le rapport d'activité sur...* », d'après M1 à réaliser des analyses statistiques « *ouais le rapport de suivi... et puis éventuellement faire des analyses statistiques sur...* », M5 a rappelé l'importance de ne pas oublier le patient « *[...] et après concrètement pour le patient faut aussi que ce soit un petit peu [...] là on parle du côté MSP mais il faut aussi que ce soit positif pour le patient [...]* ».

3.5.5 MOTIVATION HETEROGENE AU SEIN DE L'EQUIPE

Les entretiens semi-dirigés avaient révélé une hétérogénéité d'adhésion à la mise en place de protocoles au sein de la MSP.

Le focus group l'a confirmée par l'absence de certains médecins à la réunion, M5 « *le deuxième problème, c'est que nous sommes cinq médecins... un, deux, trois, cinq médecins et un psychologue, qu'il n'y a pas... il y a des médecins qui sont pas là, et les infirmières ne sont pas là et l'infirmière ASALEE n'est pas là !* ».

Les médecins présents pensaient qu'il n'était pas nécessaire d'adhérer tous les médecins, M4 « *mais je pense que c'est normal, de toute façon, voilà c'est clair que X il ne va pas s'investir là-dedans et puis Y non plus. Donc !* », M4 « *voilà donc je pense y a... c'est pour ça que là-dessus... moi je ne chercherai pas à ... si tu veux forcément...* », M5 « *à homogénéiser les... Et ceux qui n'ont pas inclus de patients ils sont là ou pas ?* » J « *Alors (rires) est-ce que je dois... ?* », M5 « *nan ne vaut mieux pas répondre (rires), M5 « parce que en fait, là au début vous nous avez montré des organigrammes avec deux médecins qui n'ont pas inclus est-ce*

qu'ils sont présents (rires) ? Parce que ça veut dire que s'ils n'incluent pas peut être qu'ils ne sont pas intéressés donc ils ne viennent peut-être pas aux réunions ? (rires) ».

Qui traduisait une motivation de l'équipe hétérogène a priori normale, M5 « *ça veut dire que la motivation de l'équipe... »* M4 « *... n'est pas homogène »* M2 « *C'est un peu normal ! ».*

Un des médecins absents à la réunion était susceptible d'être remotivé et de s'investir, sans forcément assister à toutes les réunions, M4 « *je pense que X on peut un peu... essayer de... il faut l'accompagner mais je pense qu'il n'est pas... il peut... voilà, X il peut faire je pense, mais il faut l'accompagner. Et il faut... C'est typiquement le médecin pour qui... enfin mais comme nous tous il faut que ce soit facilité au niveau du... »*, M2 « *mais il ne viendra pas forcément aux réunions... (rires) ».*

Un des médecins de l'équipe était perçu comme un curseur afin d'évaluer la pertinence des actions, leurs modalités et la complexité de leur mise en place, M4 « *non mais pour nos consœurs qui ne connaissent pas bien Y, et qui n'ont pas l'habitude de travailler avec lui... c'est Y enfin ... c'est pour X et moi, Y est un excellent curseur si tu veux... du médecin-type qui va faire ou pas faire c'est à dire qui va nous dire : « Attendez-là ! Vous êtes trop compliqués, c'est pas la peine je fais pas ! ».* Et je pense que c'est un excellent curseur, non mais c'est un très bon curseur, c'est un très bon indicateur de... si on fait un truc trop compliqué ou pas compliqué. Et Y effectivement si c'est un truc qui rentre dans le machin etc. il fera ! ».

Un des médecins a émis l'idée que le médecin le plus réfractaire de l'équipe pouvait toutefois être utile au repérage en apportant une aide informatique, M2 « *Par contre il peut nous aider sur le module informatique et la traçabilité, parce que [...] ».*

3.5.6 PROCESSUS INTELLECTUEL, ABSENCE DE REFLEXE

Les médecins ont réitéré la nécessité d'une relance, M1 « *alors moi je pense qu'il faudrait refaire... Faut refaire une petite piqûre de rappel* » ce qui reflétait pour M6 l'absence de réflexe mis en jeu « *ce qui montre que ce n'est pas un réflexe !* ».

3.5.7 REMUNERATION

Durant les entretiens semi-dirigés la question de la redistribution de la rémunération s'était posée.

Il y avait deux visions, une très collective qui était pour une redistribution à la MSP afin d'améliorer les conditions de travail, et une un peu plus individuelle qui consistait à penser que les médecins devaient être rémunérés à titre individuel pour le travail fourni. Le focus group fut l'occasion de rediscuter du sujet et de clarifier certains points.

Nous avons constaté que les modalités n'étaient pas claires et qu'il n'avait jamais été question que les NMR reviennent uniquement aux paramédicaux, M2 « *Enfin on n'a jamais dit qu'on investissait tous pour les paramédicaux [...]* », à présent l'argent avait permis, en accord avec une prise de décision collective, de payer les coordinatrices, d'harmoniser les logiciels informatiques favorisant ainsi le « partage des informations », de contribuer à l'installation des psychologues et des psychomotriciens et de dédommager le médecin préposé à l'informatique, M2 « *Les NMR, les NMR, on a touché les premiers sous fin 2016 et début 2017 [...], enfin il a servi pour l'instant à la coordination [...] Il a servi parce que c'était un choix d'équipe de financer [...] à la fois l'informatisation de façon pérenne sur le FIR. Non, de façon ponctuelle sur l'investissement du dur mais surtout de façon pérenne sur le fonctionnement c'est-à-dire les maintenances etc. qui soulagent tous les professionnels de la*

MSP pour qu'il y ait une harmonisation justement des choix logiciels pour tout le monde, donc ça représente de l'argent, donc ça ç'avait été un choix d'équipe de faire ça. Donc ça veut dire que tout le monde, quelle que soit son activité, quel que soit son métier, quelle que soit son implication en temps dans la MSP, a le même accès au logiciel, à l'ordinateur et au système tel qu'il est. Donc déjà ça veut dire que si faire des choses ensemble on peut les faire parce qu'on a vraiment un système d'information partagée [...]. Il y a eu un autre choix d'équipe qui a été de favoriser l'installation de nos collègues psychologues et psychomotriciens qui n'avaient pas de remboursement donc il fallait qu'on les aide, donc on les a aidés au début de façon assez modique sur le total. On mettra tout ça à l'assemblée générale. On a fait aussi c'était un choix de tout le monde de compenser ce qu'avait fait X par rapport à l'informatisation et l'installation, donc voilà là on lui a donné comme si on avait fait appel à quelqu'un on aurait payé, donc on l'a fait [...] ».

M2 a rappelé l'importance de rediscuter les modalités d'utilisation des NMR « [...] il y a le travail que l'on demande sur un projet et il y a la participation à des réunions je pense que ça peut être des choses différentes mais je pense qu'effectivement c'est une discussion que l'on a à avoir... » et ne voyait pas l'intérêt « fiscalement parlant » d'une redistribution à titre individuel « Il ne faut pas sous-estimer le fait que ce qui est payé en termes d'informatique et des frais qu'on paye en moins sur notre chiffre et quelquefois ça peut être plus intéressant de ne pas avoir à sortir de l'argent que d'avoir une petite somme modique qui pour certains n'est pas forcément intéressante en terme de... enfin je veux dire avoir 2000 € de plus par les NMR sur mon chiffre d'affaires, ça m'intéresse pas forcément parce que de toute façon fiscalement etc. ça ne nous intéresse pas forcément. Par contre avoir l'informatique payée et pas avoir je ne sais pas quoi à donner tous les mois ça peut être intéressant. Donc il faut se dire que c'est des avantages en nature, voilà ! ».

3.5.8 DIFFICULTES D'ORGANISER DES REUNIONS

Un long échange entre les médecins sur le choix d'une date de réunion a traduit la difficulté à trouver un jour dans la semaine pouvant satisfaire tout le monde M2 « *Il y a dû en avoir une le jeudi 12 avril mais je crois qu'on peut laisser tomber le jeudi parce que le jeudi personne n'est là !* ».

Coordinatrice FACILIMED « *Personne n'est là finalement !* », M2 « *Donc il faut les laisser le mardi* », M4 « *Mardi ou mercredi* », M2 « *Mardi ou mercredi?* », M1 « *Oui parce que moi j'en ai marre !* », M5 « *C'est pour ça qu'on avait dit...* », M1 « *Une fois l'un, une fois l'autre* » et que contrairement à ce qui avait été soulevé lors des entretiens semi-dirigés les médecins n'arrivaient pas à se réunir plus facilement sur l'heure du déjeuner, J « *Et alors le midi y a plus de participation ou pas ?* », M4 « *Non* », M5 « *Il y en avait une le jeudi qui a été annulée* ».

3.5.9 ORIENTATION

Lors de l'élaboration du protocole, les médecins avaient proposé trois grands cadres d'orientation dont Diet&Sport initiative locale et le RÉPPOP, lors du focus group les médecins ont rediscuté les orientations, ont confirmé le bénéfice et l'intérêt de Diet&Sport, mais M2 a souligné l'importance de bien informer les médecins car d'après elle, certains médecins ignoraient son existence « *donc le fait qu'on puisse offrir à des patients, à des enfants qui ont été repérés le dispositif Diet&Sport c'est vachement bien sauf que ce n'est pas connu. En fait ce n'est pas encore connu, ces dispositifs-là, y compris par les professionnels y compris par les médecins qui sont autour de la table mais il faut avoir ce réflexe-là quoi. Parce que franchement là c'est vraiment un vrai service qu'on donne aux*

patients », M5 et M6 ont affirmé y adresser leurs patients obèses, M5 « là tu parles du truc CCAS c'est ça ? », M2 « oui », M5 « ah oui moi, moi d'office je les envoie dans ce truc-là ! », M2 « ben voilà toi tu les envoies mais parce que tu es au courant », M6 « tout le temps, tout le temps y compris les adultes, moi j'envoie les parents... », M2 « donc ici on les envoie [...] », M5 « [...] parce qu'en fait tu as des idées culinaires [...] », M2 « [...] combien de médecins les envoient alors que c'est vraiment un vrai plus pour les familles ? ».

Par contre le RÉPPOP a finalement été réfuté car les médecins pensaient pouvoir prendre en charge leurs patients sans faire appel au RÉPPOP pour lequel une adhésion était requise, pour l'aspect trop spécialisé, la crainte d'un intérêt purement épidémiologique et celle de perdre de vue leurs patients.

M2 « Est-ce qu'on l'envoie à RÉPPOP ? [...] Le RÉPPOP pour moi c'est pour des grosses obésités, c'est une dynamique de réseaux thématiques machin c'est pas... les enfants qu'on a en surpoids, on en a énormément sur la ville on va pas tous les mettre au RÉPPOP, en plus on les voit plus quand on les envoie au RÉPPOP. Donc nan nan et puis c'est des obésités importantes c'est pas du tout pour ceux dont... Enfin là ce qui est important c'est d'être en amont aussi d'être vraiment en prévention pour tout de suite voir, il y a un surpoids je fais quelque chose avant que ça prenne des proportions sinon on est dans autre chose ».

T « Mais le RÉPPOP faisait partie des trois cadres ? », M4 « oui mais c'est en fin de liste en fait, c'est plus du repérage », M2 « mais pas tous en fin de liste c'est ça, il y en a qui en relève sauf que... en plus ils sont dans un, franchement ils sont dans...comment dire... Ils sont dans un truc fermé, c'est-à-dire que comme ils sont aussi dans de la recherche et tout, ils prennent les enfants et ils les suivent de A à Z et donc il n'y a pas le lien forcément avec les soins primaires. Ou alors il faut être médecin reconnu par le RÉPPOP », M2 « [...] Il faut adhérer au RÉPPOP... bon... moi je n'ai pas envie d'être adhérente au RÉPPOP, enfin je veux dire ça n'a

pas de sens ».

M5 n'était pas complètement d'accord et pense que le RÉPPOP pouvait avoir une utilité uniquement pour les cas vraiment complexes, M5 *« oui mais pour ce patient-là... enfin je pense qu'il ne faut pas nier l'utilité pour les patients, pour les patients qui sont effectivement dans un certain excès, voilà... ».*

M6 a conclu sur le caractère limité de l'accès au RÉPPOP *« De toute manière il n'y a pas beaucoup de place dans le RÉPPOP non plus ! ».*

Un médecin a proposé que les protocoles soient retravaillés afin d'envisager un parcours de soins au sein de la MSP et de revoir les modalités, M4 *« tu vois sur la MSP le parcours de soins qui permet déjà de gérer un certain nombre de gens, donc on a... probablement qu'on a à retravailler un peu ces protocoles »* car d'après M2, c'était l'objectif de la MSP *« ce n'est pas une structure, la MSP, sur une structure c'est une organisation après c'est effectivement donner les moyens au professionnel de faire un travail au-delà de l'individuel pour une rémunération du travail en équipe, pour des actes qui ne sont pas dans la nomenclature parce que justement pas du soin [...]. C'est tout le débat sur les pratiques avancées qu'il y a en ce moment [...] ».*

3.5.10 PROTOCOLES

Un des internes a soulevé la question de la pertinence d'avoir débuté le dépistage chez les enfants à partir de trois ans imposant un cadre restrictif.

T *« Juste les protocoles, par exemple, pour le dépistage de l'obésité, de trois à dix-huit ans vous en pensez quoi ce n'est pas un petit peu trop restrictif, pourquoi finalement avoir finalement choisi de commencer à trois ans ? ».*

Un des médecins ne le savait pas M1 *« Pourquoi on avait fait trois ans ? ».*

Un autre médecin a avoué ne pas tenir compte des âges définis par les protocoles M4
« Ouais ben moi je n'en tiens pas compte de l'âge parce que quand j'ai un gamin qui commence à devenir obèse, en surpoids je me fiche complètement de l'âge, et comme la fragilité, on a des gens qui sont à 65 ans et qui sont destroy ! ».

3.6 RESULTATS DE L'OBSERVATION PARTICIPANTE

L'observation participante nous a permis de nous rapprocher au plus près de l'équipe, nous avons assisté à certaines réunions ce qui nous a permis de percevoir les difficultés auxquelles étaient confrontés les médecins.

La réunion, organisée en décembre 2016, nous a permis de faire connaissance et de nous familiariser avec l'équipe médicale, paramédicale et la coordinatrice FACILIMED.

Nous avons été présentés comme des acteurs à part entière, on nous a attribué un rôle à jouer au sein de l'équipe, nous avons été bien intégrés.

Nous avons été épaulés par notre directeur de thèse, médecin au sein de la MSP, qui a facilité certains échanges entre l'équipe et nous.

L'organisation du focus group avec la réalisation d'un Powerpoint®, récapitulant les résultats obtenus suite aux entretiens semi-dirigés, a permis à l'équipe présente de rediscuter les différentes voies d'amélioration possibles.

4 DISCUSSION

La notion de contractualisation entre l'ARS et les maisons de santé pluriprofessionnelles est une notion récente et à notre connaissance, il n'y a pas eu d'études à ce jour s'intéressant à la perception des médecins généralistes à la mise en place d'un protocole de santé publique dans une maison de santé pluriprofessionnelle, ce qui confère à notre travail un caractère original.

Cette étude menée durant plus d'un an (entre la première réunion qui a constitué la première approche entre les médecins et les internes et le focus group) a permis de faire le point sur les atouts, les freins et les voies d'amélioration possibles à la mise en place de missions publiques au sein d'une MSP.

Cette étude a été facilitée car l'équipe était motivée, les médecins ont répondu favorablement à nos demandes d'entretiens qui se sont bien déroulés malgré notre manque d'expérience. Les médecins se sont montrés loquaces, les différents médecins étaient pour la plupart des médecins engagés (associations SFMG, CMG, activité d'enseignement et de recherche) qui avaient l'habitude de travailler en équipe (différents protocoles ont été rédigés AVK, pieds diabétiques...).

Pour la majorité d'entre eux, ils avaient des avis et des idées qu'ils nous ont partagés, quel que soit leur degré d'implication et de motivation.

Cette étude a révélé que malgré la pertinence (enjeux de santé publique, amélioration des prises en charge) et l'intérêt porté à cette nouvelle mission, la mise en pratique s'avère plus compliquée et confrontée à des obstacles humains, techniques et organisationnels.

Comme en témoignent les résultats de l'étude quantitative qui révèle que seuls trois médecins sur les sept de la MSP ont inclus des patients ce qui a étonnamment surpris les médecins présents lors du focus group, dont ceux qui n'avaient pas inclus car ils ont pesé et mesuré les patients, traduisant la poursuite d'une action individuelle du médecin généraliste et une absence d'appropriation des missions de santé publique en place.

Les principaux obstacles sont liés à certaines « représentations » des médecins.

Tous les médecins ont évoqué « le temps » comme un facteur limitant de leur activité de dépistage ce qui est un faux problème car en réalité le dépistage ne prend pas beaucoup de temps, il suffit de peser, de mesurer et de calculer l'IMC de tous les enfants âgés de 3 à 18 ans afin de repérer ceux nécessitant une prise en charge et de reporter les informations sur le fichier Google Drive® créé à cet effet. Le Google Drive® créé par la coordinatrice de FACILIMED est un outil simple d'utilisation, il est accessible au moyen de codes d'accès mais au regard des résultats de l'étude il n'est pas adapté aux médecins de la MSP qui, pour certains, préféreraient consigner sur une feuille de papier ou un document Word®.

Le besoin d'avoir un outil informatique adapté a été soulevé durant les entretiens semi dirigés et le focus group mais en réalité sur tous les logiciels informatiques médicaux il y a des cases dédiées afin de reporter les mensurations des enfants avec un calcul automatique de l'IMC, certains logiciels permettant même de tracer la courbe afin de suivre l'évolution.

En réalité la difficulté se situe au niveau de la traçabilité et ce que les médecins souhaitent c'est de mettre en place un logiciel ou un fichier qui leur permettrait de consigner les patients inclus avec leurs initiales, les mensurations et l'orientation proposée accessible et simple d'utilisation.

Une des propositions des médecins serait l'intégration d'un module au logiciel HelloDoc® qui permettrait l'extraction, le partage et l'analyse des données.

En effet les NMR sont soumis à une réglementation, pour que la structure puisse en bénéficier, elle a pour obligation le respect d'un cahier des charges (77), et dans le cadre des protocoles, la MSP doit produire des indicateurs justifiant le travail effectué (78).

On peut aussi se poser la question de l'existence d'un facteur « générationnel » car le médecin le plus jeune de l'équipe ne ressentait aucune difficulté à y accéder mais ne l'utilisait pas car elle n'y pensait pas.

Le médecin le moins réceptif à cette action de mission publique n'en a, quant à lui, jamais entendu parler.

Cette sensation de manquer de temps et d'être débordé est surtout symptomatique de la médecine générale actuelle victime, d'une « *crise de la démographie médicale* » selon Martine Burdillat, Secrétaire générale de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) (79), causée par « la diminution du *numerus clausus* de 1978 à 1995 afin de « restreindre le stock de médecins » », propos partagés par un des médecins de la MSP qui préconisait l'augmentation du *numerus clausus* comme remède à la pénurie de médecins.

D'après un rapport établi par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, minimisant l'impact de la baisse du *numerus clausus*, le réel problème est « l'inégalité territoriale » (80) dont est victime le département des Yvelines (80) et plus particulièrement la ville des Mureaux.

Une autre explication au manque de temps des médecins est la diversité de leur activité.

En effet lors des entretiens semi-dirigés, un des médecins nous a dit manquer de temps car il partage son temps de travail entre le soin et une activité d'enseignement universitaire, de recherche et un investissement associatif.

Ce qui traduit les récentes modifications de la médecine générale avec la création, en janvier 2002, d'une « spécialité Médecine générale » qui a pour conséquence la mise en place d'un enseignement universitaire spécifique et la promotion de la recherche en soins primaires (81).

Un des médecins reprochait la longueur des protocoles, alors qu'en réalité le protocole, tel qu'il avait été rédigé par les médecins, est constitué uniquement de trois pages, intitulé « Fiche action mission santé publique de santé publique », respectant les recommandations de l'HAS, et qui a pour but de rappeler les informations essentielles (choix de la thématique, intitulé de l'action, personne référente, public visé, professionnels impliqués et les acteurs locaux...), l'objectif et la description de l'action, les étapes et le calendrier puis l'évaluation de l'action par les indicateurs retenus. Cependant l'expérience montre qu'un document de plus d'une page n'est en général pas lu par les médecins.

Le protocole a été rédigé par deux médecins leader de l'équipe, mais un des médecins a souligné que tous les acteurs de la MSP doivent s'investir dans l'écriture des protocoles afin que chacun puisse se les approprier. Ce qui probablement favorisera l'implication de tous et par voie de conséquence, la disparition des idées reçues et une homogénéisation des connaissances des modalités.

Nous avons constaté que les médecins investis dans la rédaction des protocoles, médecins « leader » de la MSP, étaient très motivés et ont participé activement à l'inclusion des patients (M2 et M4).

Lors du focus group et des entretiens individuels, les médecins ont insisté sur l'importance des réunions afin de clarifier les modalités des protocoles.

En effet, l'hétérogénéité de la compréhension et des connaissances des protocoles, par les médecins généralistes, traduit un défaut de communication au sein de l'équipe.

Ils ont proposé la désignation d'un animateur (infirmière ASALEE, médecin ou même un binôme) au sein de la MSP, renforçant ainsi le rôle de la communication et de la coordination au sein de l'équipe.

Réaffirmant ainsi l'importance de l'animation au sein de l'équipe par un leadership « caractéristique déterminante pour l'efficacité d'une équipe. Un chef d'équipe efficace facilite, coache et coordonne les activités des autres membres de l'équipe. » (82)

Cette étude révèle aussi la difficulté du travail en équipe et, comme l'a souligné très justement un des médecins de la MSP, « *le travail en équipe c'est des sacrés obstacles* », une des pistes à explorer à l'instar des canadiens serait la mise en place d'une « [...] formation pluriprofessionnelle qui réunit des étudiants de différentes disciplines avant leur diplôme afin qu'ils apprennent ensemble et les uns des autres. Cela aide les étudiants à apprécier et à respecter les différents rôles des professionnels de santé avant d'intégrer leur propre groupe professionnel. » (82) avec toutefois d'après le même article un impact en demi-teinte.

Lors du focus group l'un des médecins nous fait part de ses craintes concernant le RÉPPOP, notamment de perdre de vue ses patients.

En réalité le RÉPPOP, comme déjà évoqué lors de l'introduction, a pour mission « la prévention de l'obésité de l'enfant grâce au dépistage précoce des enfants à risque et à une prise en charge multidisciplinaire, personnalisée et de proximité » tout en positionnant le médecin traitant au centre du protocole de soins, en assurant le suivi et la prise en charge ambulatoire de proximité en lien avec les paramédicaux associés, le Centre hospitalier référent de la zone géographique (pour les cas les plus sévères) et les structures Jeunesse et Sport. Le médecin généraliste reste l'acteur principal de la prise en charge de ses patients nécessitant l'intervention du RÉPPOP mais en effet cette coopération nécessite une labellisation « médecin RÉPPOP » avec l'obligation d'adhérer au RÉPPOP et la participation à des formations.

Lors des entretiens, un des médecins de la MSP a affirmé, compte tenu de la situation actuelle de la médecine générale, qu'il préférerait « soigner » que « dépister », qui sous-entendrait une antinomie entre les deux concepts.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps », c'est l'une des sept missions que doit assurer une MSP par le biais de la rémunération forfaitaire.

En France la volonté récente de promouvoir la prévention par l'instauration de consultations dédiées, idée reprise par certains médecins de la MSP, déjà évoquée (19), mais n'ont à ce jour pas été mises en place.

En Belgique, des outils sont mis à disposition du médecin généraliste afin d'aborder plus facilement la prévention avec ses patients : une affiche à placer en salle d'attente, des questionnaires adressés aux patients permettant d'identifier les thématiques qu'ils souhaitent aborder, la mise à disposition d'une compilation d'articles sur les différents thèmes et de cinq vidéos humoristiques intitulées « Comment en parler ? » (83).

Les médecins nous ont exprimé leurs difficultés et leur sentiment d'impuissance face à la prise en charge de l'obésité, soulevant ainsi deux questions.

Tout d'abord la remise en question de la prise en charge de l'obésité peut-elle être résolue par une simple restriction alimentaire et une augmentation de l'activité physique ? Pas si sûr d'après le Dr Patrick Tounian, nutritionniste à l'hôpital Trousseau, qui dans son article intitulé « Un autre regard sur l'obésité de l'enfant » appelle les autorités à « concentrer les moyens humains et financiers dans la recherche, plutôt que de les dilapider dans des actions préventives aussi dispendieuses qu'inutiles, voire même peut-être délétères. » (84)

L'autre question soulevée est la volonté du médecin généraliste de prendre en charge au mieux ses patients et la crainte de l'échec. Marco VANNOTTI définit « l'empathie dans la relation de soin » comme « [...] une attitude générale et plutôt constante du médecin, caractérisée par une plus grande attention au malade, l'accent mis davantage sur le dévouement, le désir d'assumer des responsabilités, une certaine chaleur dans la relation et une attitude d'écoute et de disponibilité » (85).

D'après l'HAS « un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours (PPSPR) est le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluriprofessionnelle. Il reflète

l'expression d'un accord local et documenté, pour proposer des solutions aux problèmes de prise en charge et favoriser l'harmonisation des pratiques. »

Il permettrait, toujours selon l'HAS, de « faciliter le travail en équipe à un niveau local ou territorial, d'améliorer l'articulation entre les soins de premier et de deuxième recours, de faciliter l'appropriation des bonnes pratiques et de participer à l'introduction des bonnes pratiques professionnelles dans le dossier patient informatisé et partagé. »

L'irruption d'un travail de santé publique au sein d'une MSP soulève une contradiction chez les médecins, en effet cette étude révèle leur sentiment d'impuissance dans la prise en charge complexe de l'obésité et à la fois leurs réticences à adhérer à cette vision d'anticipation et de prévention proposée par le protocole de dépistage.

En effet des voix dissidentes se font entendre à l'instar d'un des médecins de la MSP qui lors des entretiens semi-directifs a dénoncé la « surprotocoolisation » en médecine en évoquant l'inutilité, contrairement à la « protocolisation » en informatique qui elle se justifie.

Les médecins ont relevé, pour certains, le caractère « intuitif » du repérage et dénoncé le caractère un peu trop « restrictif » des protocoles. Le Dr Nicole DELEPINE, ancien chef du service de cancérologie pédiatrique à l'hôpital de Garches, interpelle sur les dangers de la protocolisation en médecine et dénonce « une protocolisation autoritaire de la médecine qui rompt avec Hippocrate, qui n'est pas dans l'intérêt des patients ni de la médecine qu'elle a déshumanisée en transformant le malade en objet, les soignants en robots [...] ».

(86)

Propos qu'il faut toutefois pondérer, car ils s'appliquent aux protocoles thérapeutiques utilisés en cancérologie pédiatrique et soumis à l'influence de l'industrie pharmaceutique.

Idée illustrée par le dépistage de l'obésité, les patients repérés doivent avoir plus de trois ans alors qu'une étude scientifique, datant de 2006, affirme que « l'obésité se constitue dans les deux premières années de vie » et insiste sur l'importance d'un travail de prévention reposant sur les « interactions précoces bébé-environnement. » (87)

Cela a été confirmé par les résultats quantitatifs, on a constaté que lors de l'inclusion certains médecins n'avaient pas forcément respecté les âges.

Ce travail de thèse, dont l'objectif était d'observer la mise en place d'un protocole de santé publique au sein d'une MSP, riche en renseignements, présente toutefois quelques limites.

Les entretiens semi-dirigés ont été rédigés en collaboration avec mon co-interne qui réalisait sa thèse sur le dépistage de la fragilité chez les personnes âgées de plus de 70 ans.

Le fait que les médecins soient interrogés sur les deux thématiques au cours d'un même entretien peut constituer un biais de déclaration par dispersion des idées.

Cette étude est ma première étude qualitative, l'écriture et la conduite des entretiens présentent quelques imperfections (manque de relance, manque d'assurance...).

Le travail de thèse m'a initiée à la recherche qualitative.

L'étude a été menée alors que les médecins exerçaient en multi-sites et n'étaient toujours pas réunis dans une même structure.

Les médecins devaient faire face à des contrariétés d'ordre économique responsables de désaccords entre eux, ce qui pouvait avoir pour conséquence d'altérer la dynamique de groupe.

Le focus group a été réalisé peu de temps après l'installation dans les murs, par conséquent l'équipe n'était pas encore « stabilisée ».

5 CONCLUSION

Conformément au cahier des charges d'une MSP, l'équipe médicale de la MSP des Mureaux a mis en place deux protocoles de santé publique en tenant compte des « besoins spécifiques de la population du territoire » dont le dépistage de l'obésité chez les enfants de 3 à 18 ans et leurs parents.

Des atouts mais principalement des freins ont été mis en lumière.

En effet cette étude a révélé les bénéfices du protocole de dépistage de l'obésité dans la MSP des Mureaux ; pertinence et cohérence du projet, revalorisation d'une activité médicale actuellement non rémunérée et espoir d'améliorer la prise en charge des enfants obèses.

Mais elle a aussi permis d'éclairer sur les limites auxquelles les médecins généralistes étaient confrontés en pratique, difficultés d'ordre humain (posture, démarche intellectuelle, motivation hétérogène), technique (outils informatiques peu adaptés) et organisationnel.

Cette étude a aussi révélé que la mise en pratique du dépistage de l'obésité chez les enfants, d'apparence très simple, reste difficile.

Différentes propositions d'amélioration ont été évoquées lors des entretiens semi-dirigés dont une animation, la coordination par une personne dédiée, un lieu propice avec une salle de réunion, un outil qui faciliterait l'extraction des données, des protocoles mieux définis et des conditions de travail sereines centrées autour du soin, dégagées, de toute contrainte organisationnelle et administrative mais surtout la mise en place d'une démarche intellectuelle adaptée.

Selon les Drs DE HAAS et VERNIEST, la médecine générale subit actuellement une mutation se traduisant par « la fin de l'exercice individuel au profit d'équipe traitante », responsable d'une certaine ambivalence chez les médecins, marquée par l'ancrage d'une action individuelle, isolée et orientée sur les « soins » malgré une volonté de modernisation de leur pratique (actions coordonnées pluriprofessionnelles, actions de prévention...).

Lors de cette étude nous nous sommes centrés sur le dépistage, le parcours de soin reste à mettre en place, mais nous constatons bien qu'il n'est guère pertinent si le dépistage en soin primaire n'est pas au point et ne permet pas de repérer correctement les enfants en surcharge pondérale ou obèses.

Il serait intéressant, dans quelques années, de réaliser une étude analysant les changements de pratique des médecins généralistes et évaluant le bénéfice de ces protocoles sur leur mission de santé publique.

6 ANNEXES

Annexe 1 :

PROTOCOLE

« Dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent de 3 à 18 ans et leurs parents »

MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE PHILIPPE MARZE LES MUREAUX
44 RUE ARISTIDE BRIAND 78130 LES MUREAUX

FICHE D'IDENTITE DU PROTOCOLE

Date de création	Juin-juillet 2016
Date de modification	Déc 2017
Référent du protocole	Marie-Hélène CERTAIN, médecin généraliste Téléphone : 01 34 74 01 44 Courriel : mh.certain@medsyn.fr
Liste des professions ou services et structures impliqués dans la prise en charge	Professionnels de la maison de santé impliqués : Médecins généralistes, diététicienne, infirmières, pédicure-podologue, psychologues, thérapeutes conjugaux et familiaux Acteurs locaux impliqués : <ul style="list-style-type: none">• Professionnels intervenant dans le cadre du dispositif de l'ASV : diététicienne, psychologue, éducateur sportif• Réseau RÉPPOP• Centres hospitaliers : Poissy et Mantes-la-Jolie
Problématique	Surpoids et obésité chez les enfants de 3 à 18 ans de la ville des Mureaux
Objectif général	Repérer les enfants en surpoids et obèses de la patientèle et organiser leur prise en charge

Objectifs opérationnels	<p>- Former et sensibiliser les professionnels (médecin traitant, IDE, pédicure-podologue) au repérage et à la prise en charge des enfants et adolescents en surpoids ou obèses grâce à l'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de dépistage et de prise en charge</p> <p>- Sensibiliser les familles à la question du surpoids et de l'obésité et mettre en place une prise en charge adaptée afin d'améliorer la qualité de vie et la prévention des complications</p>
Population cible	Enfants et adolescents de 3 à 18 ans en surpoids ou obèses et leurs parents
Liste des sources documentaires ou références	<p>Recommandations de bonne pratique, Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent, HAS, septembre 2011</p> <p>Repères pour votre pratique, Surpoids de l'enfant : le dépister et en parler précocement, INPES, août 2011</p> <p>Courbes de corpulence enfants (filles et garçons)</p>
Lieu de consultation du protocole	Google Drive® de la MSP
Liste des professionnels informés du protocole	Professionnels de la MSP et adhérents de l'association
Groupe de travail	Marie-Hélène Certain (MG), Sophie Mahut (MG), Audrey Favero (diététicienne), Jalila El Abassi (IDE), Yacine Terha (pédicure-podologue), Leslie Mesnay (coordinatrice ASV)

ETAPES ET ROLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNES

1) REPERAGE DES ENFANTS

Dépistage du surpoids et de l'obésité **par tout professionnel dont l'attention est attirée** (médecin traitant, IDE, pédicure-podologue, etc.).

Tout professionnel de santé en contact avec des enfants ou des adolescents peut être amené à identifier un surpoids voire une obésité chez un jeune venu en consultation pour un motif qui n'a parfois – apparemment du moins – rien à voir avec sa corpulence. **Le dialogue qui peut alors s'amorcer autour de la question du poids est un moment important pour aboutir à une prise de conscience partagée par les parents et le jeune.**

Les professionnels s'appuient notamment sur la brochure de l'INPES (*Repères pour votre pratique, Surpoids de l'enfant : le dépister et en parler précocement, INPES, août 2011*) afin de construire un **langage commun sur la question du surpoids**. En effet, les représentations en matière

d'alimentation, de corpulence et de santé sont extrêmement variables d'un individu à l'autre, tant dans la population générale qu'au sein des professions de santé. L'objectif est de construire ensemble ce langage commun pour mieux informer et prendre en charge les patients.

Le professionnel à l'origine du repérage oriente le patient vers son médecin traitant pour mettre en œuvre une prise en charge adaptée.

2) CONSULTATION AVEC LE MEDECIN TRAITANT ET MISE EN ŒUVRE D'UNE PRISE EN CHARGE ADAPTEE

Médecin traitant intervient soit sur envoi du patient par un autre professionnel, soit à son initiative.

- Il renseigne les dossiers informatiques avec le poids, la taille et l'IMC pour tous les enfants l'ayant consulté à partir de la mise en œuvre du protocole et indique que l'enfant/adolescent est pris en charge pour un surpoids/obésité (afin de pouvoir extraire ces données pour une évaluation de l'action) -> Mots clés : surpoids/obésité

- Il reporte les données (poids, taille, IMC) sur les courbes de référence des carnets de santé

- Il renseigne le tableau de suivi anonymisé de l'action (via le Drive® de la MSP)

- Il oriente l'enfant/adolescent et sa famille vers la prise en charge la plus adaptée

La PRISE EN CHARGE peut être de 3 types selon les cas :

- **Prise en charge libérale par équipe de la MSP** : psychologue (suivi psychologique), pédicure-podologue (en cas de troubles statiques associés), thérapeutes conjugaux et familiaux (thérapie familiale)

- **Orientation vers le dispositif Diet&sports (psychologue, diététicienne et éducateur sportif de l'atelier santé ville des Mureaux)** : pour les familles en situation de précarité qui ne peuvent pas prendre en charge les consultations avec une diététicienne et un psychologue

- **Prise en charge spécialisée selon IMC** et difficultés renseignées dans le tableau de suivi anonymisé : RÉPPOP ou Centres hospitaliers

3) REUNIONS DE CONCERTATION PLURIPROFESSIONNELLE

Des réunions de concertation pluriprofessionnelle sont organisées :

- pour la gestion des cas complexes et pour évaluer les prises en charge

- pour suivre et évaluer l'action

DOCUMENTS SUPPORTS ASSOCIES

- Courbes de corpulence filles et garçons avec indications de l'obésité
- Descriptif du dispositif Diet&Sport de l'Atelier santé ville
- Présentation sur le surpoids et obésité avec notamment le rôle du généraliste et l'articulation avec équipe
- Tableau de suivi anonymisé de l'action
- Documents pédagogiques INPES dialogue avec enfant et adolescent

EVALUATION

→ **Méthodologie d'évaluation :**

- Tenue de réunions de concertation pluriprofessionnelle pour la gestion des cas complexes, pour le suivi/évaluation de l'action
- Tenue d'un tableau de suivi de l'action

→ **Indicateurs retenus pour l'évaluation :**

- Nombre d'enfants/adolescents repérés et sensibilisés ainsi que leur famille
- Nombre d'enfants pris en charge
- Type de prise en charge mise en place : libérale, dispositif Diét&Sport de l'ASV, RÉPPOP, Centres hospitaliers
- Nombre de réunions de concertation pluriprofessionnelle pour la gestion des cas complexes

En fonction de l'adhésion des professionnels et des patients, une évaluation qualitative et d'impact pourra être mise en place, et faire l'objet ,par exemple, de travaux de thèses, avec les indicateurs suivants :

- Nombre d'enfants/familles sortis du parcours de prise en charge et motifs
- Satisfaction et résistance des professionnels
- Satisfaction et résistance des familles (habitudes de vie, vécu de la situation de surpoids pour l'enfant, difficultés rencontrées)
- Evolution de la courbe IMC chez les enfants

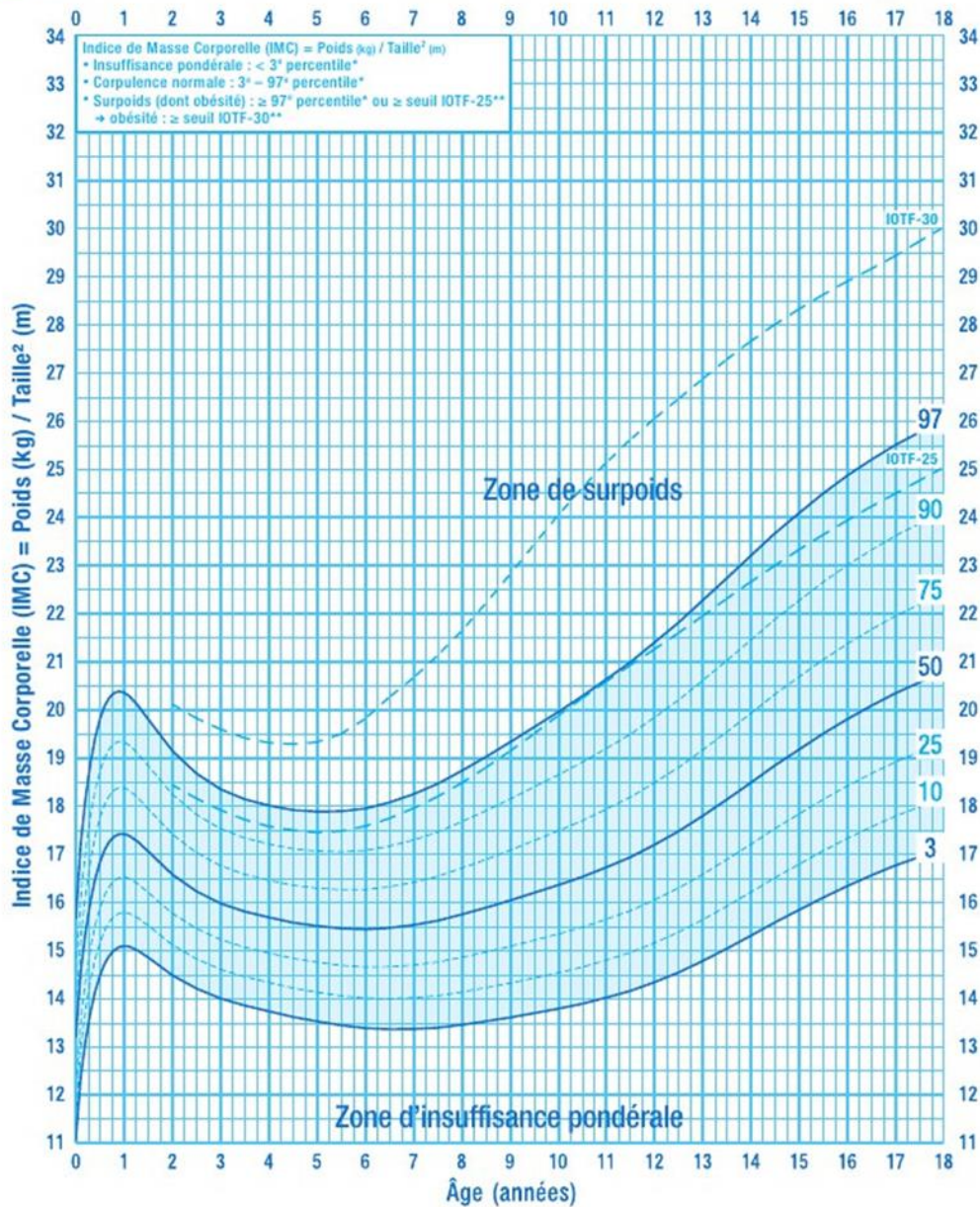
Annexe 2 : source Inpes - Santé publique France



Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans

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

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



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

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (P. Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1-2403.



Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans

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

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



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

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.
** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1240-3.

Annexe 3 :

FICHE ACTION MISSION DE SANTE PUBLIQUE 2016-2020

Surpoids et obésité de l'enfant

MSP PHILIPPE MARZE LES MUREAUX

23 janvier 2018

Nom de la structure : MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE PHILIPPE MARZE LES MUREAUX

Thématique de référence du projet (NE COCHER QU'UNE SEULE CASE) :

- Action en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale
- Lutte contre la tuberculose
- Surpoids et obésité chez l'enfant**
- Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans
- Prévention du suicide
- Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie)
- Prévention périnatale
- Éducation thérapeutique et éducation à la santé

Intitulé de l'action : Dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent de 3 à 18 ans et leurs parents

Personne responsable de l'action (réfèrent opérationnel) :

NOM : CERTAIN

Prénom : Marie-Hélène

Fonction : médecin généraliste

Téléphone : 01 34 74 01 44

Courriel : mh.certain@medsyn.fr

Public visé : enfants et adolescents de 3 à 18 ans en surpoids ou obèses et leurs parents

Professionnels de la maison de santé impliqués :

Médecins généralistes, infirmières, pédicure-podologue, diététicienne, psychologues

Acteurs locaux à solliciter en fonction de la situation :

- Professionnels intervenant dans le cadre du dispositif de l'ASV : diététicienne, psychologue, éducateur sportif
- Réseau RÉPPOP
- Centres hospitaliers : Poissy et Mantes-la-Jolie

Objectif général de l'action : repérer les enfants en surpoids et obèses sur la commune des Mureaux et organiser leur prise en charge avec un déploiement et une évolution de l'action sur 5 ans

Objectifs opérationnels :

- **Former et sensibiliser les professionnels (médecin traitant, IDE, pédicure-podologue) au repérage et à la prise en charge des enfants et adolescents en surpoids ou obèses grâce à l'élaboration d'un protocole pluri professionnel de dépistage et de prise en charge :**
 - Les amener à réaliser un dépistage systématique de tous les enfants et adolescents qui viennent consulter quel que soit le motif de la consultation
 - construire un langage commun sur la question du surpoids et de l'obésité pour une meilleure prise en charge des patients. Les représentations en matière d'alimentation, de corpulence et de santé sont extrêmement variables d'un individu à l'autre, tant dans la population générale qu'au sein des professions de santé.

Sensibiliser les familles à la question du surpoids et de l'obésité et mettre en place une prise en charge adaptée afin d'améliorer la qualité de vie et la prévention des complications

Description de l'action :

- Pesage et mesurage, calcul de l'IMC chez les enfants de 3 à 18 ans de la patientèle venant consulter, si possible au moins une fois par an
- Renseignement des courbes de référence dans le carnet de santé, de manière à assurer la traçabilité entre les acteurs
- Renseignement des dossiers informatiques avec le poids, la taille et l'IMC pour les enfants ayant consulté leur médecin à partir de la mise en œuvre du protocole
- Orientation et prise en charge avec des ressources adaptées en fonction du niveau de gravité : intervention médecins, infirmières, diététicienne, pédicure-podologue et acteurs locaux : ASV, RÉPPOP, Centres hospitaliers
- Tenue d'un tableau informatisé de suivi de l'action (liste anonymisée)
- Organisation de réunions de concertation pluri professionnelle pour la gestion des cas complexes
- Evaluation pluri professionnelle du dispositif selon les indicateurs listés ci-dessous

Calendrier de l'action sur 5 ans :

Date de début : juin 2016

Date de fin : 2020

Etat d'avancement de l'action : en cours

Etapes et calendrier de ces étapes avec des objectifs évolutifs par année :

→ **2016 : déploiement de l'action et mesure de la situation sur le territoire des Mureaux**

Juin : élaboration du protocole

Septembre : validation et mise en œuvre avec l'ensemble des professionnels impliqués

Décembre : évaluation de cette 1^{ère} phase d'observation

→ **2017 : maintien du repérage des enfants et adolescents en surpoids ou obèses et adaptation des actions selon l'évaluation de l'année précédente**

→ **2018 : Repérage des difficultés de mise en action selon l'évaluation de l'année précédente avec propositions d'adaptation de la prise en charge aux besoins constatés (familles et professionnels)**

→ **2019 : Analyse des effets de l'action depuis 2016 avec une évaluation auprès des familles suivies (ralentissement de la courbe de progression de l'IMC, habitudes de vie, motivation des familles, etc.) afin de faire évoluer la prise en charge**

2020 : Bilan de l'action après 5 ans

Evaluation de l'action :

→ **Méthodologie d'évaluation :**

- Tenue de réunions de concertation pluriprofessionnelle pour la gestion des cas complexes
- Tenue de réunions pour l'évaluation de l'action
- Tenue d'un tableau de suivi de l'action (liste anonymisée des patients et liste des professionnels)

Indicateurs retenus pour l'évaluation :

- Nombre d'enfants/adolescents repérés et sensibilisés
- Nombre de familles sensibilisées
- Professionnel à l'origine du repérage
- Nombre d'enfants orientés
- Type de prise en charge mise en place : libérale, dispositif Diét&Sport de l'ASV, RÉPPOP, Centres hospitaliers
- Type et nombre de professionnels impliqués dans la prise en charge

- Nombre de réunions de formation des professionnels
- Nombre de professionnels formés Nombre de réunions de concertation pluriprofessionnelle pour la gestion des cas complexes

En fonction de l'adhésion des professionnels et des patients, une évaluation qualitative et d'impact pourra être mise en place, et faire l'objet par exemple de travaux de thèses, avec les indicateurs suivants :

- Nombre d'enfants/familles sortis du parcours de prise en charge et motifs
- Satisfaction et résistance des professionnels
- Satisfaction et résistance des familles (habitudes de vie, vécu de la situation de surpoids pour l'enfant, difficultés rencontrées)
- Evolution de la courbe IMC chez les enfants

Annexe 4 :

Fiche action mission de santé publique 2018 VERSION 2

FICHE ACTION MISSION DE SANTE PUBLIQUE 2016-2020

Surpoids et obésité de l'enfant MSP PHILIPPE MARZE LES MUREAUX

23 janvier 2018

Nom de la structure : MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE PHILIPPE MARZE LES MUREAUX

Thématique de référence du projet (NE COCHER QU'UNE SEULE CASE) :

- Action en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale
- Lutte contre la tuberculose
- Surpoids et obésité chez l'enfant**
- Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans
- Prévention du suicide
- Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie)
- Prévention périnatale
- Éducation thérapeutique et éducation à la santé

Intitulé de l'action : Dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent de 3 à 18 ans et leurs parents

Personne responsable de l'action (réfèrent opérationnel) :

NOM : CERTAIN
Prénom : Marie-Hélène
Fonction : médecin généraliste
Téléphone : 01 34 74 01 44
Courriel : mh.certain@medsyn.fr

Public visé : enfants et adolescents de 3 à 18 ans en surpoids ou obèses et leurs parents

Professionnels de la maison de santé impliqués :

Médecins généralistes, infirmières, pédicure-podologue, diététicienne, psychologues, thérapeutes conjugales et familiales

Acteurs locaux à solliciter en fonction de la situation :

- Professionnels intervenant dans le cadre du dispositif de l'ASV : diététicienne, psychologue, éducateur sportif
- Réseau RÉPPOP
- Centres hospitaliers : Poissy et Mantes la Jolie

Objectif général de l'action : repérer les enfants en surpoids et obèses sur la commune des Mureaux et organiser leur prise en charge avec un déploiement et une évolution de l'action sur 5 ans

Objectifs opérationnels :

- **Former et sensibiliser les professionnels (médecins traitants, IDE, pédicure-podologue, psychologues, thérapeutes conjugaux et familiaux) au repérage et à la prise en charge des enfants et adolescents en surpoids ou obèses grâce à l'élaboration d'un protocole pluri professionnel de dépistage et de prise en charge :**
- Les amener à réaliser un dépistage systématique de tous les enfants et adolescents qui viennent consulter quel que soit le motif de la consultation
 - construire un langage commun sur la question du surpoids et de l'obésité pour une meilleure prise en charge des patients. Les représentations en matière d'alimentation, de corpulence et de santé sont extrêmement variables d'un individu à l'autre, tant dans la population générale qu'au sein des professions de santé.
 - **Sensibiliser les familles à la question du surpoids et de l'obésité et mettre en place une prise en charge adaptée afin d'améliorer la qualité de vie et la prévention des complications**

Description de l'action :

- Pesage et mesurage, calcul de l'IMC chez les enfants de 3 à 18 ans de la patientèle venant consulter, si possible au moins une fois par an
- Renseignement des courbes de référence dans le carnet de santé, de manière à assurer la traçabilité entre les acteurs
- Renseignement des dossiers informatiques avec le poids, la taille et l'IMC pour les enfants ayant consulté leur médecin à partir de la mise en œuvre du protocole ;
- Orientation et prise en charge avec des ressources adaptées en fonction du niveau de gravité : intervention médecins, infirmières, diététicienne, pédicure-podologue, psychologues, thérapeutes conjugaux et familiaux et acteurs locaux : ASV, RÉPPOP, Centres hospitaliers
- Tenue d'un tableau informatisé de suivi de l'action (liste anonymisée)
- Organisation de réunions de concertation pluri professionnelle pour la gestion des cas complexes
- Evaluation pluriprofessionnelle du dispositif selon les indicateurs listés ci-dessous

Calendrier de l'action sur 5 ans :

Date de début : juin 2016

Date de fin : 2020

Etat d'avancement de l'action : en cours

Etapes et calendrier de ces étapes avec des objectifs évolutifs par année :

- **2016 : déploiement de l'action et mesure de la situation sur le territoire des Mureaux**

Juin/juillet : élaboration du protocole

Octobre : validation et mise en œuvre avec l'ensemble des professionnels impliqués

Décembre : évaluation de cette 1^{ère} phase d'observation

- **2017 : Maintien du repérage des enfants et adolescents en surpoids ou obèses et adaptation des actions selon l'évaluation de l'année précédente**

- **2018 : Repérage des difficultés de mise en action selon l'évaluation de l'année précédente avec propositions d'adaptation de la prise en charge aux besoins constatés (familles et professionnels)**

- **2019 : Analyse de l'action depuis 2016 avec une évaluation auprès des familles suivies afin de faire évoluer la prise en charge**
- **2020 : Adaptation des actions selon l'évaluation de l'année précédente et bilan de l'action après 5 ans**

Evaluation de l'action :

- **Méthodologie d'évaluation :**
 - Tenue de réunions de concertation pluriprofessionnelle : pour la gestion des cas complexes, pour le suivi/l'évaluation de l'action
 - Tenue d'un tableau de suivi de l'action (liste anonymisée)
- **Indicateurs retenus pour l'évaluation :**
 - Nombre d'enfants/adolescents repérés et sensibilisés ainsi que leur famille
 - Nombre d'enfants pris en charge
 - Type de prise en charge mise en place : libérale, dispositif Diét&Sport de l'ASV, RÉPPOP, Centres hospitaliers
 - Nombre de réunions de concertation pluriprofessionnelle pour le suivi/évaluation de l'action / pour la gestion des cas complexes

En fonction de l'adhésion des professionnels et des patients, une évaluation qualitative et d'impact pourra être mise en place, et faire l'objet par exemple de travaux de thèses, avec les indicateurs suivants :

- Nombre d'enfants/familles sortis du parcours de prise en charge et motifs
- Satisfaction et résistance des professionnels
- Satisfaction et résistance des familles (habitudes de vie, vécu de la situation de surpoids pour l'enfant, difficultés rencontrées)
- Evolution de la courbe IMC chez les enfants

Annexe 5 :

Entretien semi-directif

Nom – prénom

Age

Depuis combien de temps exercez-vous au sein de la MSP ?

Investissement universitaire ? Associatif ? Politique ?

Patientèle (orientation particulière)

Avez-vous déjà participé à la mise en place d'un protocole ?

Si oui

Quel est votre ressenti global (rapport temps/bénéfice) ?

1- Connaissances générales :

- Objectif
- Cadre juridique
- Modalités exactes

2- Intérêt porté au projet :

- Apport sur un plan personnel
- Apport sur un plan sociétal (Problème de santé publique (obésité, fragilités ... retour d'expériences personnelles)
- Apport pour la MSP
-

3- Travail de dépistage déjà effectué

- Comment ? Sur quel support ?
- Combien ?
- Devenir ?
- Si peu d'inclusion pourquoi ? (temps, patients non interceptés)
- Avez-vous le sentiment d'avoir inclus tous les sujets qui auraient nécessité une prise en charge ?
- Avez-vous pesé tous les patients de 3 à 18 ans ?

4- Explication sur le dépistage en fonction des questions

5- Boite à idées

- Questions ouvertes sur leurs propres idées

6- Apport de notre entretien

- Aucun
- Motivationnel
- Instructif

Annexe 6 :

Guide d'entretien focus group

Dispositions générales

- Date : 20 février 2018
- Matériel : dictaphone
- Séparer les entretiens collectifs sur le thème de l'obésité et de la fragilité.
- Prévoir une présentation Powerpoint®, demander aux IDE de venir si possible
- Représentant de FACILIMED à inviter
- Expliquer aux participants la nécessité de dire leur prénom avant chaque prise de parole, ne pas parler en même temps, penser à parler fort et bien articuler.

1. Présentation des résultats et analyse des entretiens

2. Questionnaire obésité

Protocole « dépistage du surpoids et de l'obésité chez l'enfant de 3 à 18 ans »

- a. Repérage plutôt que dépistage (subtilité soulevée par un des médecins)
Quelle est la différence ?
- b. Surpoids versus obésité ? La définition des 2 notions est-elle claire ?
- c. Restrictif (3 à 18 ans) ?
- d. La mesure du poids, de la taille et de l'IMC déjà réalisé en routine par les médecins (quelle était l'attitude adoptée avant la mise en place du protocole ?)

Prise en charge

- a. Quel sera selon vous l'impact du protocole sur la prise en charge ?
- b. Travail d'inclusion déjà mené, pensez-vous avoir inclus tous les patients éligibles ? si non pourquoi ?
- c. Orientation : sur quels critères ; IMC ? Ressources ? Expériences personnelles ?

L'infirmière ASALEE pour la prise en charge de l'obésité

- a. Quel rôle ? (à définir)
- b. Formation au préalable ? si oui par qui ?

RÉPPOP

Est-il prévu d'y adhérer ? D'organiser une réunion d'information ?

Le dépistage en pratique lors de la consultation

- a. Nécessite de consultations dédiées ?
- b. Au début, à la fin de la consultation ?
- c. Temps estimé ?
- d. Temps que les médecins sont prêts à consacrer à ce travail ?

Travail pluriprofessionnel pour l'obésité

- a. Paramédicaux impliqués ?
- b. Liens avec CCAS ?

Information et encadrement

- a. Réunions, support papier, support informatique
- b. Médecins référents (obésité, fragilité) un seul médecin ou un médecin pour chaque sujet, rôle de Facilimed ?
- c. Centralisation des données
- d. Impact d'une évaluation régulière (fréquence à déterminer) du travail de dépistage mené, source de motivation supplémentaire ?

Impact de notre entretien et de la relance par mail

7 BIBLIOGRAPHIE

1. Collaborators TG 2015 O. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*. 6 juill 2017;377(1):13-27.
2. Obésité : enjeux et acteurs [Internet]. [Cité 16 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/obesite-enjeux-et-acteurs>.
3. Thibault H, Rolland-Cachera MF. Stratégies de prévention de l'obésité chez l'enfant. *Arch Pédiatrie*. 1 déc 2003;10(12):1100-8.
4. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004;94(11):1864-74.
5. Allen DJ, Heyrman PJ. Préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002.:52.
6. Les Soins Primaires.pdf [Internet]. [Cité 11 déc 2017]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf.
7. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
8. Projet régional de santé (2013-2017) [Internet]. [Cité 6 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-2013-2017-0>.
9. PRS1_synthese_transversale_final-WEB.pdf [Internet]. [Cité 6 mars 2018]. Disponible sur: https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/PRS1_synthese_transversale_final-WEB.pdf.
10. Le Projet Régional de Santé 2018-2022 [Internet]. [Cité 6 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>.
11. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
12. PRS cadre orientation stratégique 2018-2027.pdf [Internet]. [Cité 6 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/prs-cadre-orientation-strategique-2018-2027.pdf>.
13. Budowski, M., & Gay, B. (2005). Comment former les futurs généralistes? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine. *La Revue Exercer*, 75, 142-144. [Internet]. [Cité 27 févr 2018]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/carre_de_white3.pdf.
14. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. [Httpwwwem-Premiumcomdatarevues03987620v61i3S0398762013002095](http://www.em-premium.com/data/revues/03987620v61i3S0398762013002095) [Internet]. 22 mai 2013

- [cité 23 janv 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.accesdistant.upmc.fr/article/810830/resultatrecherche/8>.
15. Médicales F des maisons. Partie 1 [Internet]. Fédération des maisons médicales. [cité 11 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.maisonmedicale.org/-Partie-1-.html>.
 16. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles-types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Quest Déconomie Santé*. 2009;(141):1-6.
 17. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004.
 18. Druais P-L, François M. Regards sur la prévention en médecine générale. *Médecine*. 2016;12(1):23-4.
 19. Carvalho E. Consultation de prévention. 2009 juin.
 20. Examen périodique santé [Internet]. [Cité 25 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/examen-periodique-sante>.
 21. Consultation de prévention | CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA VILLE DE PARIS DE L'ORDRE DES MEDECINS [Internet]. [Cité 25 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.conseil75.ordre.medecin.fr/content/consultation-de-pr%C3%A9vention-0>.
 22. Juilhard J-M. Offre de soins: comment réduire la fracture territoriale? Commission des affaires sociales; 2007.
 23. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 | Legifrance [Internet]. [Cité 23 févr 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=1A1306CAF6159D29982BDCE57D719669.tpdjo05v_3?cidTexte=LEGITEXT000017730663&dateTexte=vig.
 24. Qui sommes-nous ? [Internet]. [Cité 14 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/index.php/la-federation/presentation/qui-sommes-nous>.
 25. Facilimed [Internet]. [Cité 14 mars 2017]. Disponible sur: <http://facilimed.fr/>
 26. CV Pierre DE HAAS 2010 - CV_Pierre_DE_HAAS_2010.pdf [Internet]. [Cité 14 mars 2017]. Disponible sur: http://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/evenementiel/ruralite/CV_Pierre_DE_HAAS_2010.pdf.
 27. Le Dr Gendry élu président de la Fédération des maisons de santé [Internet]. *Le Quotidien du Médecin*. [Cité 14 mars 2017]. Disponible sur: http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/breve/2016/12/13/le-dr-gendry-elu-president-de-la-federation-des-maisons-de-sante_842853.

28. JUILHARD J-M, CROCHEMORE B, TOUBA A, VALLANCIEN G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Paris Igas [Internet]. 2009 [cité 9 févr 2017]; Disponible sur: http://controverses.mines-paristech.fr/public/promo14/promo14_G6/www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maison_de_sante.pdf.
29. Journal officiel de la République française - N° 49 du 27 février 2015 - joe_RA_27_02_2015_poles et maisons de sante.pdf [Internet]. [cité 14 mars 2017]. Disponible sur: http://solutionsmedicales.fr/joe_RA_27_02_2015_poles%20et%20maisons%20de%20sante.pdf.
30. Mousquès J, Bourgueil Y, Afrite A. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. IRDES; 2014.
31. Expérimenter une alternative au paiement à l'acte : les ENMR - 08_Wanecq.pdf [Internet]. [Cité 23 janv 2017]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_Wanecq.pdf.
32. Mousquès J. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. 2015;6.
33. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé Publique. 2008;20(5):489-500.
34. Populations légales 2014–Commune des Mureaux (78440) | Insee [Internet]. [Cité 9 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2534314?geo=COM-78440#consulter>.
35. Où s'installer en Ile-de-France ? [Internet]. Soigner en Île-de-France. [Cité 25 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.soignereniledefrance.org/sinstaller/1-cartographie-des-medecins-liberaux/>
36. Études et statistiques - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [Cité 25 mai 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>
37. OMS | Dix faits sur l'obésité [Internet]. [Cité 30 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/fr/>
38. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. The Lancet. avr 2016;387(10026):1377-96.
39. OMS | Obésité et surpoids [Internet]. WHO. [Cité 29 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>

40. Bulletin of the World Health Organization - 14-150565.pdf [Internet]. [Cité 29 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/7/14-150565.pdf?ua=1>.
41. OMS | Obésité de l'enfant: faits et chiffres [Internet]. WHO. [Cité 29 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/fr/>
42. Lehr-Drylewicz AM, Renoux C, Savan L, Lebeau JP. La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ? [Internet]. [Cité 7 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/numero/94/page/130/pdf/>
43. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. ARTICLE//Article.
44. ObEpi-Roche, enquête épidémiologique de référence sur l'évolution de l'obésité et du surpoids en France [Internet]. [Cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <https://sftp.rch.cm/france/fr/03-10-12/index.html?module1&module2&module3&module4&module5&module6>.
45. Qu'est-ce que l'obésité ? [Internet]. [Cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <http://obesite-idf.e-monsite.com/pages/menu/qu-est-c.html>
46. Faucher P, Poitou C. Physiopathologie de l'obésité. *Rev Rhum Monogr.* févr 2016;83(1):6-12.
47. Clément K, Basdevant A, Guy-Grand B, Froguel P. Génétique et obésité. *Sang Thromb Vaiss.* 1997;9(8):487-96.
48. PAQUOT N, DE FLINES J, RORIVE M. L'obésité: un modèle d'interactions complexes entre génétique et environnement. *Rev Médicale Liège.* 2012;67(5-6):332-6.
49. González JR, Estévez MN, Giral PS, Cáceres A, Pérez LML, González-Carpio M, et al. Genetic risk profiles for a childhood with severe overweight. *Pediatr Obes.* août 2014;9(4):272-80.
50. Kohlsdorf K, Nunziata A, Funcke J-B, Brandt S, Schnurbein J, Vollbach H, et al. Early childhood BMI trajectories in monogenic obesity due to leptin, leptin receptor, and melanocortin 4 receptor deficiency. *Int J Obes.* 2018;1.
51. Wadden TA, Stunkard AJ. *Handbook of obesity treatment.* Guilford Press; 2002.
52. Zouari, S. (2007). L'obésité chez l'adolescent: résultats d'une prise en charge au sein du réseau RéPPOP Ile-de-France (Doctoral dissertation). [Internet]. [cité 27 févr 2018]. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0488296.pdf>.
53. Frelut M-L. Obésité de l'enfant et de l'adolescent. [Httpwwwem-Premiumcomdatatraitesgn10-53873](http://www.em-premium.com/datas/traitesgn10-53873) [Internet]. 10 nov 2011 [cité 29 janv 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/accesdistant.upmc.fr/article/670078/resultatrecherche/3>.
54. Frelut M-L. L'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Odile Jacob; 2003.

55. Rousseau A, Barbe P, Chabrol H. Binge eating Disorder et stigmatisation dans l'obésité. *J Thérapie Comport Cogn*. 1 mars 2006;16(1):27-31.
56. Damsin J-P, Journeau P, Mary P. L'épiphysiolyse de hanche : questions aux experts. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie*. 1 mars 2007;10(2):126-8.
57. Wanless IR, Lentz JS. Fatty liver hepatitis (steatohepatitis) and obesity: an autopsy study with analysis of risk factors. *Hepatology*. 1990;12(5):1106-10.
58. Parameswaran K, Todd DC, Soth M. Altered Respiratory Physiology in Obesity [Internet]. *Canadian Respiratory Journal*. 2006 [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/crj/2006/834786/abs/>
59. Clément K, Vignes S. Inflammation, adipokines et obésité. *Rev Médecine Interne*. 1 sept 2009;30(9):824-32.
60. Dunaif A, Segal KR, Futterweit W, Dobrjansky A. Profound Peripheral Insulin Resistance, Independent of Obesity, in Polycystic Ovary Syndrome. *Diabetes*. 1 sept 1989;38(9):1165-74.
61. Gynecomastia in Adolescent Boys | JAMA | JAMA Network [Internet]. [Cité 13 avr 2018]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/332010>
62. Le Goff S, Lédée N, Bader G. Obésité et reproduction : revue de la littérature. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 mai 2008;36(5):543-50.
63. Matta J, Zins M, Feral-Pierssens AL, Carette C, Ozguler A, Goldberg M, et al. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio métaboliques dans la cohorte Constances. *Bull Epidemiol Hebd*. 2016;35:640-6.
64. Fracture Territoriale IDF.pdf [Internet]. [Cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.secoures-catholique.org/sites/scinternet/files/publications/fractureterritorialeidf.pdf>.
65. Thibault H, Rolland-Cachera MF. Stratégies de prévention de l'obésité chez l'enfant. *Arch Pédiatrie*. déc 2003;10(12):1100-8.
66. Obésité : enjeux et acteurs [Internet]. [Cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/obesite-enjeux-et-acteurs>.
67. Obésité adulte argumentaire.pdf [Internet]. [Cité 14 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf.
68. Souche R, de Jong A, Nomine-Criqui C, Nedelcu M, Brunaud L, Nocca D. Complications de la chirurgie de l'obésité. *Presse Médicale*. 2018.
69. Presentation-Chauliac.pdf [Internet]. [Cité 27 févr 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2011/session7/Presentation-Chauliac.pdf>

70. Treppoz, S. (2006). Le RÉPOP du Grand Lyon: réseau ville–hôpital de prévention et de prise en charge de l’obésité en pédiatrie. Archives de pédiatrie, 13(6), 641-643. [Internet]. [Cité 27 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.accesdistant.upmc.fr/showarticlefile/47382/main.pdf>.
71. Memo obésité enfant adolescent liste reppop.pdf [Internet]. [Cité 27 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_memo_obesite_enfant_adolescent_liste_reppop.pdf.
72. La Santé de l’homme n° 386 - « qualité de vie » -Cinq réseaux pilotes de prise en charge de l’obésité infantile en France [Internet]. [Cité 27 févr 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/386/07.htm>.
73. Ateliers santé ville [Internet]. [Cité 27 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.lesmureaux.fr/Ateliers-sant%C3%A9-ville/10071/>
74. CLS-referentiel.pdf [Internet]. [Cité 24 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/CLS-referentiel.pdf>.
75. Observation participante. In: Wikipédia [Internet]. 2018 [Cité 24 mai 2018]. Disponible sur:https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Observation_participante&oldid=147696791.
76. nvivo-2-0.pdf [Internet]. [Cité 19 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/Cahiers%20pedagogiques/nvivo-2-0.pdf>.
77. Circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement plan d'équipement en maisons de sante en milieu rural.pdf [Internet]. [Cité 28 mai 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf.
78. Haute Autorité de Santé - Tableau de bord des indicateurs de suivi des réseaux de santé [Internet]. [Cité 28 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2040388/fr/tableau-de-bord-des-indicateurs-de-suivi-des-reseaux-de-sante.
79. Burdillat M. Les nouvelles questions posées à la démographie médicale. Regards Croisés Sur Léconomie. 24 avr 2009;(5):74-85.
80. Atlas de la démographie médicale 2015 | Conseil National de l’Ordre des Médecins [Internet]. [Cité 28 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>.
81. RapportDruaisofficiel20150309.pdf [Internet]. [cité 29 mai 2018]. Disponible sur: <http://lecmg.fr/DocumentsCMG/RapportDruaisofficiel20150309.pdf?PHPSESSID=nsobn6l8drecrp7ijsfpgstae2>.

82. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients - HAS pdf [Internet]. [Cité 29 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_4.pdf.
83. Des outils pour aborder la prévention [Internet]. [Cité 29 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.ssmg.be/prevention/outils-pour-aborder-la-prevention>.
84. Tounian P. Un autre regard sur l'obésité de l'enfant.
85. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin – patient, Abstract. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2002;no 29(2):213-37.
86. Prost C. Des dangers de la protocolisation en médecine [Internet]. Sens et Symboles. [Cité 29 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.lessymboles.com/des-dangers-de-la-protocolisation-en-medecine/>
87. L'obésité infantile et les expériences alimentaires précoces - ScienceDirect [Internet]. [Cité 13 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X06000595>.

**Perception par les médecins généralistes de la MSP des Mureaux de la mise en place d'une action de santé publique
Dépistage de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants de 3 à 18 ans.**

Introduction : L'ARS au travers de l'instauration de protocoles de santé publique et de la généralisation de la rémunération forfaitaire au sein des MSP, souhaite promouvoir une politique de santé publique « moderne » favorisant la coopération entre les différents acteurs de soins.

Cette thèse avait pour objectif d'observer et d'accompagner sept médecins généralistes de la MSP des Mureaux investis dans l'écriture d'un protocole de dépistage de l'obésité infantile.

Matériel et méthode : Réalisation d'une étude quantitative avec pour objectif d'évaluer le travail d'inclusion des médecins, le calcul de la moyenne, l'écart type et le mode des âges et des IMC des patients repérés.

Réalisation d'une étude qualitative par entretiens individuels auprès des 7 médecins de la MSP puis secondairement organisation d'un entretien collectif.

Résultats : Le nombre de patients inclus étaient de 44, l'âge moyen était de 11,7 ans (écart type : 5,4 ans). L'IMC moyen était de 28,5 (écart type : 6,3). Seuls 3 médecins sur 7 ont repéré.

Cette étude a révélé que malgré la pertinence (enjeux de santé publique, amélioration des prises en charge) et l'intérêt porté par les médecins à cette nouvelle mission, la mise en pratique s'avère plus compliquée car confrontée à des obstacles humains (posture, démarche intellectuelle, motivation hétérogène), techniques (outils informatiques peu adaptés) et contextuels (pénurie des médecins généralistes et augmentation de la charge de travail).

Différentes propositions d'amélioration ont été proposées par les médecins.

Discussion et conclusion : Actuellement, la médecine générale subit une mutation, fin progressive de l'exercice individuel au profit d'un exercice pluriprofessionnel et coordonné, responsable d'une certaine ambivalence chez les médecins, marquée par l'ancrage d'une action individuelle, isolée et orientée sur les « soins » malgré une volonté de modernisation de leur pratique (actions de prévention...).

Mots-clés : MSP, soins primaires, protocoles de dépistage, équipe pluriprofessionnelle, obésité infantile.

**Perception by the general practitioners of the PHC in Les Mureaux of the implementation of a public health action
Screening for overweight and obesity in children from 3 to 18 years.**

Introduction : The Regional Health Agency, through the introduction of public health protocols and the generalisation of flat-rate remuneration within General Practices, wants to promote a "modern" public health policy that encourages cooperation between the various healthcare providers.

The purpose of this thesis was to observe and support seven GPs from a General Practice in *Les Mureaux city*, committed to writing a protocol for screening childhood obesity.

Material and method : Conducting a quantitative study with the objective of evaluating the patients included by each physician, the calculation of the mean, the standard deviation and the age and BMI pattern of the identified patients.

Realisation of a qualitative study by individual interviews with the 7 doctors of the General Practice and secondarily organisation of a collective interview.

Results : The number of patients included was 44, the mean age was 11.7 years (standard deviation: 5.4 years). Mean BMI was 28.5 (SD 6.3). Only 3 out of 7 doctors have spotted.

This study revealed that despite the relevance (public health issues, improved care) and the interest shown by doctors in this new mission, the practice is more complicated because of the human obstacles (inter-practitioner sensitivities, intellectual approach, motivation not sustained), technical (poorly adapted computer tools) and contextual (shortage of general practitioners and increased workload).

Various suggestions for improvement have been proposed by the doctors.

Discussion and conclusion : At the present time, general medicine is undergoing a transformation, a gradual end of the individual exercise, in favour of a multi-professional and coordinated exercise leading to certain ambivalence among physicians, marked by the entrenchment of individuals, isolated and action-oriented "Care" despite a desire to modernise their practice (preventative actions ...).

Keywords : PHC, primary care, screening protocols, multi-professional team, childhood obesity.