

NANTES UNIVERSITE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2025

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Héloïse BOURDIN

Présentée et soutenue publiquement le *26 septembre 2025*

**ÉLABORATION D'UN CONSENSUS POUR LA COORDINATION DU PARCOURS DE
SOINS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EN SITUATION DE SURPOIDS OU
D'OBÉSITÉ
(3–17 ANS) : ÉTUDE AU SEIN DE LA MAISON DE SANTÉ DE LA BLAVETIÈRE**

Présidente : Madame la Professeure LAUNAY Elise

Directrice de thèse : Dr GUÉDON Solène

REMERCIEMENTS

À Madame la Professeure Elise Launay, Professeure Universitaire de pédiatrie au sein de l'Université de Nantes,

Pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, pour votre réactivité et l'intérêt que vous portez à notre travail, recevez mes sincères remerciements.

Au Docteur Marylene Caquard, endocrinopédiatre au CHU de Nantes,

Pour avoir accepté avec sympathie de participer à ce jury de thèse, recevez mes sincères remerciements.

Au Docteur Samuela Camberlein, médecin généraliste et maitre de stage ambulatoire,

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, pour tous ces enseignements et ces bons conseils, sur le plan professionnel et humain, pour m'avoir montré la médecine telle que j'aimerais la pratiquer un jour, merci à toi.

Au Docteur Solène Guédon, médecin généraliste et Maître de Conférences Associé à la faculté de Nantes,

Pour avoir accepté de diriger ce travail, pour tes conseils et ta relecture, merci à toi.

À l'ensemble du groupe d'experts,

Pour avoir participé de bon cœur à la réalisation de ce projet et pour toutes les remarques pertinentes que vous avez apporté au cours de ce travail, merci à vous.

À Fiona,

Pour avoir participé à ce projet, pour tes conseils avisés et ton aide, merci à toi.

À mes parents,

Papa, Maman, par où commencer, je ne serai pas là aujourd'hui sans vous, votre amour et votre soutien indéfectible.

Merci maman de m'avoir épaulé, apporté des bons repas quand je ne faisais que réviser, m'aider à me relever quand je n'en pouvais plus et me demander tous les jours si j'avais bien dormi.

Merci papa, de m'avoir donné ta détermination à réussir. Merci d'avoir été un soutien sur tous les plans et d'avoir répondu présent quand j'en avais besoin, même quand je t'appelai à 15h en plein milieu d'un rendez-vous.

Merci à vous deux de m'avoir permis de donner le meilleur de moi-même pour y arriver.

Merci d'être mes parents, je vous aime de tout mon cœur.

À mon frère,

Math, je t'ai dégoûté d'essayer PACES avant même que t'essaies mais je suis fière de toi et de ce que tu fais aujourd'hui. Merci d'avoir été mon frère en regardant les Simpson et le catch avec moi le samedi soir. Merci pour ce confinement à faire du « renfo ».

Merci pour les vacances rigolades tous ensemble sur l'eau, avec Zaza en prime qui crame au soleil.

À mes cousins, ma tante et mon oncle,

Merci d'être là, merci d'être la famille drôle et perchée que vous êtes, j'ai l'impression d'être à la maison.

À mes amies d'enfance et de lycée,

Merci de toujours répondre présentes à l'appel, merci pour toutes ces années d'amitié, de fous rires et d'anecdotes, merci pour cette amitié qui malgré les années et la distance, ne change pas.

À mes amis de fac,

Dès J1, on partait pour une aventure incroyable. Merci de l'avoir rendue si exceptionnelle. Je ne me serai pas vu vivre ça sans vous. Merci d'avoir transformé les

mauvais moments en brunch maison, en tas d'humains à la corpo et autre pêche miraculeuse. Merci d'avoir fait que les bons souvenirs resteront toujours (ou presque, en fonction de la boisson consommée) et de continuer d'en créer encore tous ensemble. Merci à la bande de copains d'externat élargie pour être la belle brochette de zinzins qu'on connaît bien. Sans vous les WEC et autres évènements lunaires n'auraient aucun intérêt. Je souhaite à tout le monde d'avoir des gens comme vous dans leur vie. Et vive le Titanis !

À mes amis d'internat,

Merci de me faire rire et pour toutes les bêtises et autres parties de rigolades, merci pour les week end et vacances découvertes de villes, pour les colocs improbables, parfois en bord de mer, et les dépendaisons de crémaillère tous les 6 mois (ben quoi, on change de stage, c'est pareil !). Merci pour ces stages qu'on a fait ensemble et qui résonnent de fous rires dans ma tête. Merci pour avoir fait que la suite des aventures se soit si bien passée.

À Quentin,

Merci d'être arrivé ici, merci pour ta douceur et ton calme, même quand je cours partout.

Merci d'avoir relu et supporté mes grognements perpétuels pendant que je bossais cette thèse. Je ne te promets pas d'arrêter de grogner parce que je sais que ça te fait rire quand même un peu. Et merci d'être le pro des tableaux.

Hum.

Et Merci à cette petite fille, d'avoir toujours cru que ça arriverait un jour.

ABRÉVIATIONS

APA	Activité Physique Adaptée
APMSL	Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux des Pays de la Loire
ARS	Agence Régionale de Santé
Asalée	Association d'infirmier(e)s Délégué(e)s à la Santé Publique
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSO	Centres Spécialisés Obésité
EAPA	Enseignant en Activité Physique Adaptée
ESEAN	Établissement de Santé pour Enfants et Adolescents de la région Nantaise
ESTEBAN	Étude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
IDEL	Infirmier(e) Diplômé(e) d'État Libéral(e)
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IOTF	International Obesity Task Force
IPA	Infirmier(e) en Pratique Avancée
MC 44	Maladies Chroniques 44
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSS	Maison Sport-Santé
MT	Médecin Traitant
ObEpi-Roche :	Étude épidémiologique sur le surpoids et l'obésité en France
OBEPEDIA	Expérimentation du parcours de soins pour les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PeC	Prise en Charge
PNNS	Plan National Nutrition Santé
RCP	Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle
RéPPOP	Réseau de Prévention et de Prise en Charge de l'Obésité Pédiatrique
RHD	Règles Hygiéno-Diététiques
SRAE	Structure Régionale d'Appui et d'Expertise

TABLE DES MATIÈRES

Abréviations	5
Table des matières	6
Table des figures	7
I. Introduction	8
1. Contexte	8
2. Définitions : le rebond d'adiposité précoce, le surpoids et l'obésité	9
3. Place des professionnels de santé en ambulatoire	10
4. Question de recherche	11
II. Matériel et Méthode	12
1. Type d'étude	12
2. Frise temporelle de l'étude	13
3. Ronde Delphi	13
a) La sélection des experts	13
b) Création du pré-questionnaire et du questionnaire	14
c) Première ronde Delphi	15
d) Deuxième ronde Delphi	15
4. Aspect éthique et réglementaire	16
III. Résultats	17
1. Description du groupe d'experts	17
2. Diagramme de flux des rondes Delphi	19
3. Résultats de la première ronde Delphi	20
4. Synthèse des résultats de la première ronde Delphi	21
a) Première partie : le diagnostic	21
b) Deuxième partie : le recrutement et la consultation initiale	21
c) Troisième partie : consultations et suivi	21
d) Quatrième partie : concernant la forme du protocole	22
5. Résultats de la deuxième ronde Delphi	22
6. Synthèse des résultats de la deuxième ronde Delphi	22
a) Première partie : le diagnostic	23
b) Deuxième partie le recrutement et la consultation initiale	23
c) Troisième partie : consultations et suivi	23
7. Création du protocole final	24
a) Protocole final sous forme de tableau	24
b) Protocole final sous forme d'arbre décisionnel	29
IV. Discussion	30
1. Analyse du groupe d'experts	30
2. Analyse des résultats de la première ronde Delphi	30
a) Première partie : le diagnostic	30
b) Deuxième partie : le recrutement et la consultation initiale	32
c) Troisième partie : consultations et suivi	34

d) Quatrième partie : concernant la forme du protocole	37
3. Analyse des résultats de la deuxième ronde Delphi	37
a) Première partie : le diagnostic	38
b) Deuxième partie : le recrutement et la consultation initiale	38
c) Troisième partie : consultations et suivi	39
4. Analyse globale des résultats	40
5. Forces de l'étude	42
6. Limites de l'étude	43
7. Perspectives	45
V. Conclusion	46
Bibliographie	47
Annexes	51
Annexe 1. Courbes d'IMC des filles de 0 à 18 ans (kg/m2)	51
Annexe 2. Courbes d'IMC des garçons de 0 à 18 ans (kg/m2)	52
Annexe 3. Fiche d'information et de recrutement des experts	53
Annexe 4. Pré-questionnaire à remettre aux familles	55
Annexe 5. Protocole initial	57
Annexe 6. Plan d'Accompagnement Personnalisé du Surpoids 3-16 ans du Pôle de Santé de l'Estuaire	59
Annexe 7. Questionnaire de la première ronde Delphi	61
Annexe 8. Questionnaire de la deuxième ronde Delphi	65
Annexe 9. Questionnaire des caractéristiques socio-professionnelles des experts	69
Annexe 10. Résultats de la première ronde Delphi	70
Annexe 11. Résultats de la deuxième ronde Delphi	83
Serment d'Hippocrate	95
Resume	96

TABLE DES FIGURES

Figure 1. Frise temporelle de l'étude	13
Figure 2. Caractéristiques socio-professionnelles : professionnels de santé	17
Figure 3. Caractéristiques socio-professionnelles : part de pédiatrie dans la patientèle	18
Figure 4. Caractéristiques socio-professionnelles : temps d'exercice au sein de la MSP	18
Figure 5. Diagramme de flux des rondes Delphi	19
Figure 6. Arbre décisionnel de prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique	29

I. INTRODUCTION

1. Contexte :

Le surpoids et l'obésité pédiatrique sont devenus un problème de santé publique majeur à l'échelle mondiale, dont la prévalence a considérablement augmentée au cours des dernières décennies.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le surpoids infantile touche environ 20% des enfants dans le monde, dont 8% sont en situation d'obésité. (1)

En France, malgré une stabilisation du surpoids, obésité incluse, depuis le début des années 2000, la prévalence reste trop élevée. L'étude nationale de santé ESTEBAN (2014-2016) a mis en évidence que 17 % des enfants de 6 à 17 ans sont en surpoids, dont 4,6 % sont obèses.

Selon Santé Publique France, cela représente aujourd'hui presque 1 enfant sur 5 âgé de 6 à 17 ans. (2)

Le surpoids et l'obésité pédiatrique sont des maladies chroniques multifactorielles qui résultent de l'interaction complexe entre des facteurs génétiques, environnementaux, comportementaux et socio-économiques. (2) ; (3) ; (4) ; (5)

Une alimentation déséquilibrée, l'augmentation du temps passé devant les écrans, l'inactivité physique et les facteurs psychosociaux figurent parmi les principales causes. À long terme, cela a des conséquences tant sur la santé physique que sur la santé mentale des enfants concernés. (6) ; (7) ; (8)

C'est un facteur de risque majeur de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers et les troubles musculosquelettiques à l'âge adulte. Cela entraîne également une augmentation de la morbi-mortalité globale. (9) ; (10) ; (11)

2. Définitions : le rebond d'adiposité précoce, le surpoids et l'obésité pédiatrique

Le rebond d'adiposité désigne une augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) observée chez les enfants, généralement entre 5 et 7 ans, après une période de diminution de la courbe de poids observée au cours de la petite enfance.

La Haute Autorité de Santé (HAS), dans ses recommandations pour la prise en charge de l'obésité pédiatrique, souligne l'importance de surveiller le parcours de croissance des enfants, notamment la courbe d'IMC et l'apparition du rebond d'adiposité.

Un rebond d'adiposité précoce, c'est-à-dire survenant avant l'âge de 5-6 ans, et notamment avant l'âge de 3 ans, est associé à un risque accru de développer un surpoids ou une obésité, ainsi qu'à un risque plus élevé de comorbidités liées à l'obésité. (12)

D'où l'importance de détecter ce phénomène précocement afin de mettre en place des interventions adaptées. La HAS recommande également de porter une attention particulière à l'évolution du poids et de l'IMC dès les premières années de vie, afin d'identifier rapidement les enfants à risque et de prévenir les complications futures liées au surpoids et à l'obésité. (13)

L'obésité sévère chez l'enfant correspond à un IMC supérieur au 99^e percentile ou au seuil IOTF-30 (International Obesity Task Force) des courbes de croissance. (14) ; (15)
(Annexes 1 et 2)

Elle peut être associée à de nombreuses comorbidités immédiates, telles que les troubles métaboliques (insulinorésistance, diabète de type 2) et les maladies cardiovasculaires. (16)

Ces obésités dites « complexes » nécessitent une approche thérapeutique spécifique. (13) ; (17)

La majorité des cas d'obésité et de surpoids chez l'enfant ne relève pas de cette complexité.

Le surpoids et les formes dites « non complexes » ou non sévères d'obésité infantiles sont définis comme un IMC supérieur au 97^e percentile ou au seuil IOTF-25 des courbes de croissance et sont généralement caractérisées par un excès de poids sans pathologies associées graves. Cela concerne une part importante des enfants en surpoids ou obésité, et peut être géré efficacement par une prise en charge précoce, un suivi régulier et des interventions adaptées.

Cette forme d'obésité, bien que moins grave à court terme, demeure un facteur de risque important pour le développement de maladies chroniques à l'âge adulte, telles que le diabète de type 2, l'hypertension ou les maladies cardiovasculaires.

Elle est également associée à des troubles psychologiques comme l'anxiété ou la dépression, souvent liés à la stigmatisation sociale et à l'isolement scolaire des enfants concernés.

3. Place des professionnels de santé en ambulatoire :

Face à ce constat préoccupant, la prévention et la prise en charge de l'obésité pédiatrique nécessitent une approche multidimensionnelle, à la fois préventive, diagnostique et thérapeutique.

Dans ce cadre, les recommandations de la HAS fournissent un cadre de référence pour la prise en charge de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent.

Selon ses recommandations de 2013, mises à jour en février 2023, on insiste sur la nécessité d'une prise en charge précoce, d'une évaluation globale des facteurs de risque, et d'un accompagnement personnalisé des enfants et de leurs familles.

La prise en charge de l'obésité pédiatrique doit être multidisciplinaire, combinant l'éducation alimentaire, l'accompagnement psychologique, ainsi que la promotion de l'activité physique.

De plus, la HAS souligne l'importance d'un suivi à long terme pour éviter les rechutes et assurer un impact durable des interventions. (13)

Cependant, la prise en charge de cette pathologie rencontre plusieurs freins, notamment en raison de la difficulté à mettre en place des prises en charge pluridisciplinaires dans les soins primaires. En effet, la gestion de ces pathologies nécessite une approche intégrée impliquant divers professionnels de santé, tels que des médecins généralistes, des pédiatres, des diététiciens, des psychologues, des enseignants en activité physique adaptée, et d'autres. (18)

Cependant, le manque de coordination entre ces acteurs dans les soins de proximité limite l'efficacité des interventions.

Pour promouvoir cette prise en charge multidisciplinaire, de nombreuses structures ont été mises en place, notamment des filières spécifiques telles que les réseaux RéPPOP (19), déjà développés dans plusieurs régions de France, et son équivalent en Pays de la Loire, la SRAE Nutrition (20), ainsi que des dispositifs comme le parcours expérimental OBEPEDIA (21) pour l'obésité pédiatrique sévère ou encore le dispositif « Mission Retrouve ton cap ». (22)

À l'échelle locale, certaines structures ont également mis en place des protocoles de prise en charge au sein de leurs réseaux, en s'appuyant sur des professionnels de santé spécialisés présents au sein de ces structures, (23) ; (24) ; (25) permettant une coordination des soins et une prise en charge adaptée pour les patients et leur famille. (3) ; (26)

4. Question de recherche :

Au regard du contexte actuel du surpoids et de l'obésité pédiatrique et des difficultés rencontrées dans la mise en place de prises en charge pluridisciplinaires dans les soins primaires, notre objectif est d'élaborer un protocole coordonnant la prise en charge en ambulatoire.

Ce protocole vise à renforcer l'efficacité de la prise en charge, en assurant une coordination optimale entre les différents acteurs de santé et une approche plus intégrée et adaptée pour les enfants et leurs familles.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude :

Le choix de la méthode pour ce travail de thèse s'est fondé sur la volonté d'élaborer un protocole pluriprofessionnel au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) déjà existante, en s'appuyant sur une méthode systématique et structurée, visant à obtenir un consensus au sein d'un groupe d'experts ciblé.

Après nous être renseignées sur la création de protocoles pluriprofessionnels, bien documentée par la HAS (27), nous avons choisi de réaliser notre étude en utilisant la méthode Delphi. (28)

La méthode Delphi repose sur le principe de la consultation d'un panel d'experts qui répond de manière anonyme à une série de questions. Les experts sont sélectionnés comme étant des professionnels intéressés par le sujet.

Les réponses sont ensuite analysées, agrégées puis présentées aux experts pour qu'ils puissent réévaluer leurs opinions à la lumière des contributions des autres.

Ce processus est itératif et se poursuit jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint.

Cette méthode permet à chacun d'exprimer son opinion de manière anonyme et indépendante.

2. Frise temporelle de l'étude :

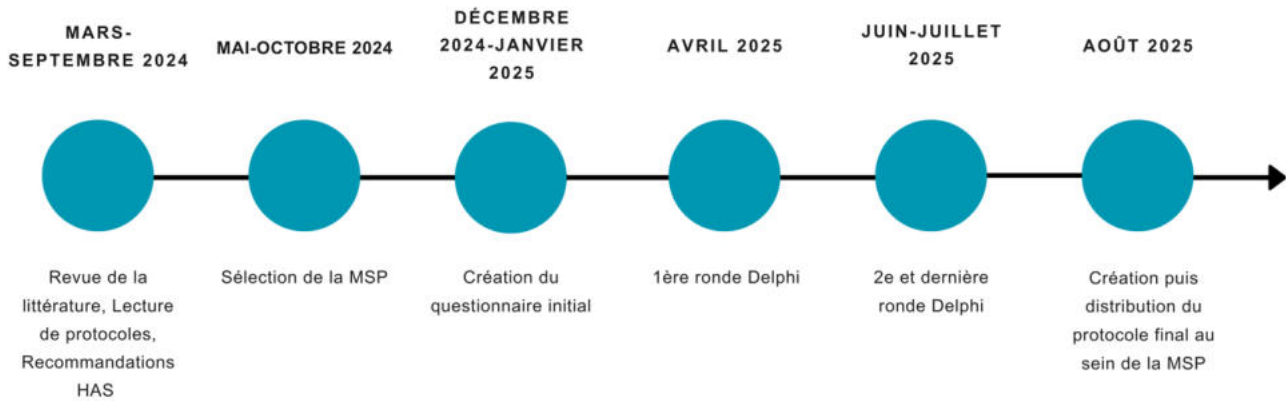


Figure 1. Frise temporelle de l'étude

3. Ronde Delphi :

Nous avons estimé la réalisation de 2 à 3 tours de questionnaires.

Notre objectif était la finalisation du protocole final pour l'été 2025.

Au cours de chacune des rondes Delphi, les réponses des participants ont été analysées et ont permis un ajustement des items du questionnaire suivant.

Le lancement du premier questionnaire s'est fait lors d'une réunion MSP le 4 avril 2025.

a) La sélection des experts :

Les critères de sélection étaient d'avoir une équipe pluriprofessionnelle déjà coordonnée ainsi que la motivation intrinsèque du groupe à développer une coordination sur cette thématique.

Les experts sélectionnés faisaient partie de la MSP de la Blavetière et tous étaient des professionnels de santé.

La sélection s'est faite via le choix de réaliser ce protocole au sein d'une MSP, dès lors, tous les professionnels de cette MSP ont été conviés à participer à l'élaboration du protocole via les questionnaires.

Une fiche d'information sur le recrutement des experts leur a été fournie en amont du lancement du premier tour de questions. (Annexe 3)

Le quasi-anonymat des participants a été garanti par l'anonymisation des résultats lors de la récupération des questionnaires et lors de l'analyse.

Une présentation de la création du protocole par le processus des rondes Delphi a été faite lors de la réunion de MSP du 7 février 2025.

b) Création du pré-questionnaire et du questionnaire :

Afin de recueillir les informations relatives aux enfants et adolescents participants, nous avons choisi de remettre aux familles, au cours de la prise en charge, un pré-questionnaire à compléter conjointement par l'enfant et sa famille. Ce document vise à recueillir les antécédents médicaux ainsi que les habitudes de vie de l'enfant. Pour cela, nous avons opté pour l'utilisation d'un pré-questionnaire préexistant, déjà employé dans le cadre d'une autre thèse menée dans une MSP à Retiers (Annexe 4).

Le questionnaire s'appuie, entre autres, sur la lecture d'un protocole préétabli pour l'occasion. (Annexe 5)

Ce protocole initial, ajusté aux professionnels de santé de la MSP de la Blavetière, est issu du Pôle Santé de l'Estuaire à Corsept : le Plan d'Accompagnement Personnalisé du Surpoids. (Annexe 6)

Ce protocole initial a été présenté le 7 février 2025 lors d'une réunion de la MSP, offrant ainsi une première occasion de recueillir les retours de certains professionnels avant le lancement du premier questionnaire.

Le premier questionnaire est issu des recommandations médicales de la HAS, du protocole de Corsept adapté aux professionnels de la MSP et un retour des

professionnels sur les éléments importants à notifier. (Annexe 7)

c) Première ronde Delphi :

L'objectif de chaque ronde Delphi était d'évaluer chaque item en lui attribuant une note via l'échelle de Likert de 1, la valeur minimale, à 9 la valeur maximale.

Toute note inférieure à 7 devait être justifiée par un commentaire.

Le commentaire libre était également possible pour toute note supérieure à 7 si l'expert souhaitait ajouter une remarque.

Le consensus était reconnu si le score médian était ≥ 7 et sans désaccord.

Le désaccord était défini comme une distribution comportant simultanément $\geq 30\%$ des scores individuels compris entre 1 et 3 et 30% compris entre 7 et 9.

L'item était validé si un consensus était obtenu et s'il n'y avait pas de commentaires discordants.

Si un item ne remplissait pas les conditions de consensus et d'absence de désaccord, celui-ci était supprimé ou modifié.

Le premier questionnaire a été lancé le 4 avril 2025 lors d'une réunion de MSP dédiée. (Annexe 7)

Une double analyse est ressortie de celui-ci, à la fois quantitative via l'échelle de Likert et qualitative via la possibilité de laisser des commentaires libres en dessous de chaque item si l'expert le souhaitait.

L'objectif était d'obtenir le consensus des experts sur les items proposés.

La première ronde Delphi a eu lieu du 4 avril 2025 au 28 avril 2025.

Trois courriels de relance ont été envoyés aux experts.

d) Deuxième ronde Delphi :

Le deuxième questionnaire a été conçu à partir des résultats de la première ronde Delphi, en réajustant les items utilisés dans le premier questionnaire, en fonction des commentaires et des suggestions apportées par les experts au premier tour.

Ce deuxième questionnaire a été envoyé aux experts le 20 mai 2025 par courriel.
(Annexe 8)

Une réunion à la MSP, le 6 juin 2025, a permis de faire le point avec l'équipe sur les attentes, de discuter des premiers résultats et de clarifier certains items.

La deuxième ronde Delphi s'est déroulée du 6 juin 2025 au 6 juillet 2025.

Trois courriels de relance ont été envoyés aux experts.

Les critères d'analyse de la deuxième ronde Delphi ont été les mêmes que ceux utilisés lors de la première.

Nous avons choisi de définir une interruption de la méthode Delphi si un consensus à tous les items était trouvé, s'il existait une stabilité de réponses voire si une diminution du nombre de réponses était constatée entre deux tours.

Les tours successifs du questionnaire ont été élaborés par reformulation des items n'ayant pas atteint de consensus.

L'objectif était de réaliser entre 2 et 3 tours de questionnaires entre mars et juillet 2025.

L'objectif final étant de déterminer les items finaux, qui ont ensuite servi à l'élaboration du protocole final.

4. Aspect éthique et réglementaire :

Notre travail a été déclaré auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et enregistré dans le registre interne de l'établissement Nantes Université.

Par ailleurs, une fiche de recrutement et d'informations a été remise aux experts en amont de la réunion du 4 avril 2025, afin de les informer des objectifs et des modalités de leur participation. (Annexe 3)

III. RÉSULTATS

1. Description du groupe d'experts :

Un questionnaire de recrutement des experts a été distribué lors du lancement du premier questionnaire afin de recueillir leurs caractéristiques socioprofessionnelles. (Annexe 9)

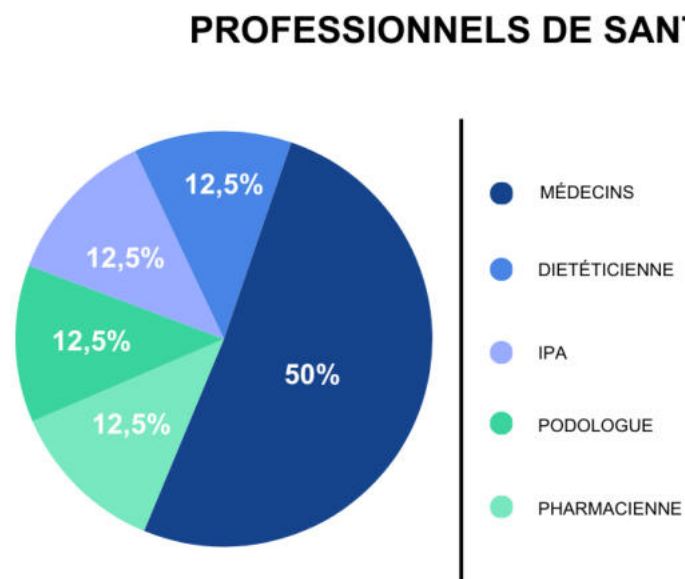


Figure 2. Caractéristiques socio-professionnelles : professionnels de santé

PART DE PÉDIATRIE DANS LA PATIENTÈLE

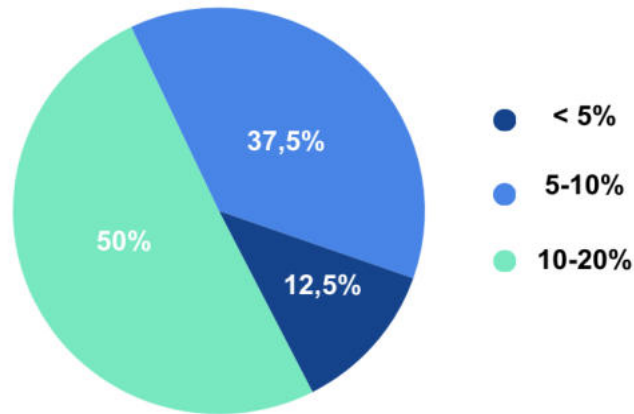


Figure 3. Caractéristiques socio-professionnelles : part de pédiatrie dans la patientèle

TEMPS D'EXERCICE AU SEIN DE LA MSP

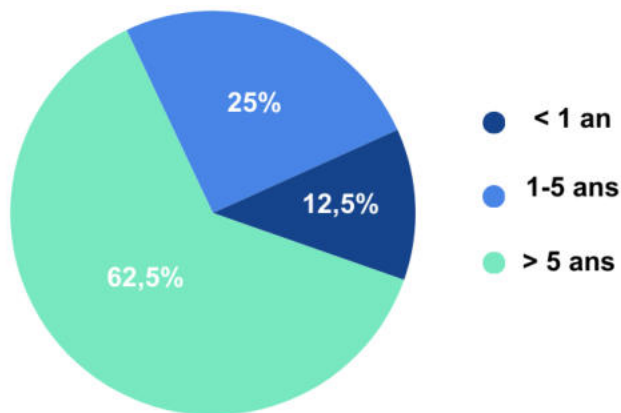


Figure 4. Caractéristiques socio-professionnelles : temps d'exercice au sein de la MSP

Les professionnels sont tous libéraux et exercent en moyenne depuis 7 ans au sein de la MSP.

L'activité pédiatrique déclarée représente en moyenne 11,5 % de la patientèle des professionnels de la MSP.

2. Diagramme de flux des rondes Delphi :

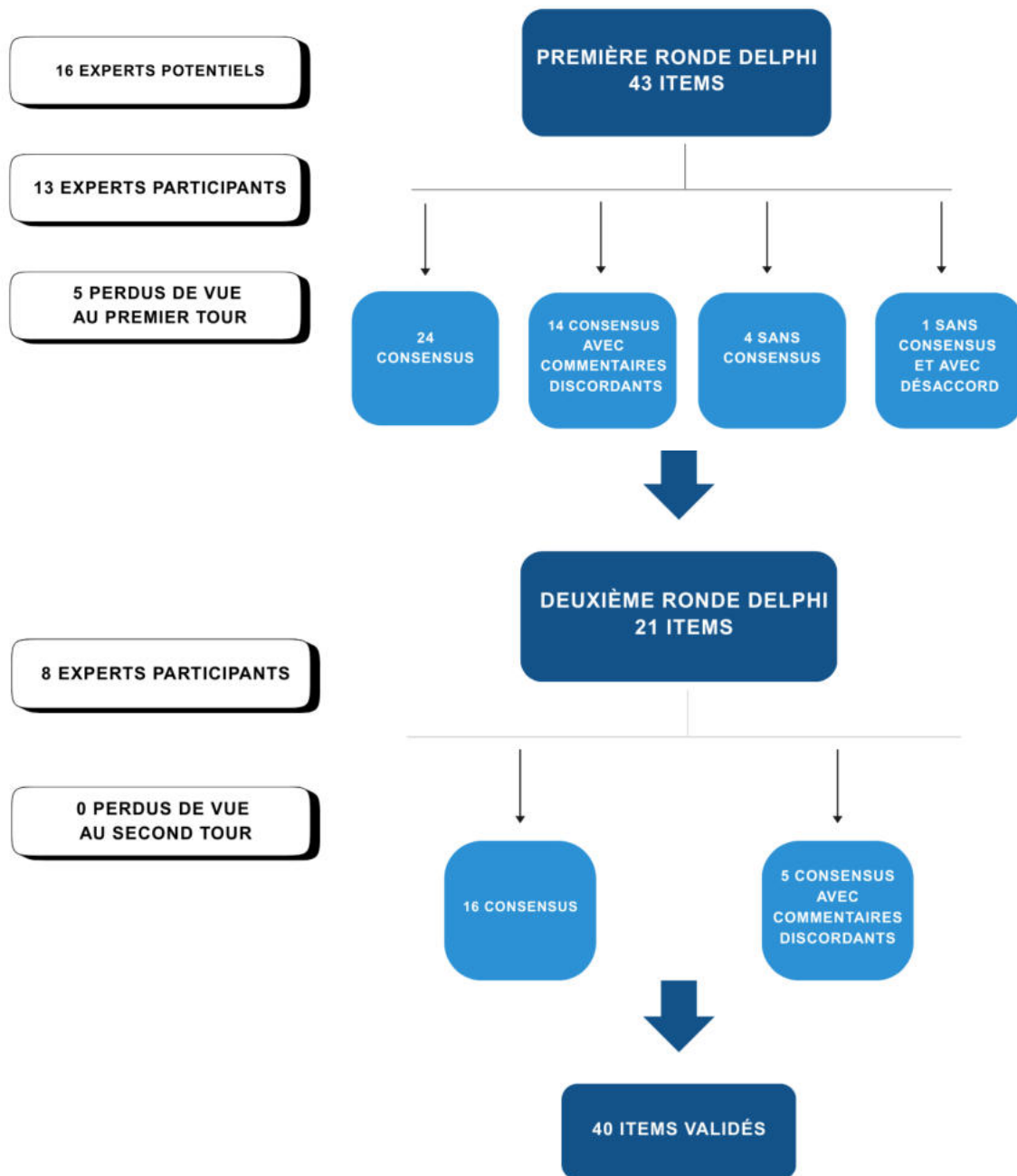


Figure 5. Diagramme de flux des rondes Delphi

3. Résultats de la première ronde Delphi :

Le premier questionnaire a été envoyé à l'ensemble de la MSP soit 16 experts potentiels. Trois nous ont prévenues en amont du lancement du premier questionnaire qu'ils ne se sentaient pas concernés par cette problématique et/ou présentaient des problèmes de santé ne leur permettant pas de participer au projet actuellement. Le questionnaire leur a toutefois été transmis à titre informatif.

Sur un total de 13 experts participants, 8 ont répondu à l'ensemble du premier questionnaire soit 38,5% de perdus de vue au premier tour.

Initialement, un total de 7 experts a répondu au premier questionnaire lors de sa clôture. Un huitième expert a été inclus après clôture en raison d'une erreur informatique. Ses réponses ont été analysées et, n'entraînant aucune modification des résultats, elles ont été intégrées à l'analyse initiale. Son inclusion a néanmoins contribué à renforcer la légitimité des modifications apportées aux items pour le deuxième tour.

Le quasi-anonymat des experts a été garanti par l'anonymisation des résultats lors de la récupération des questionnaires et lors de l'analyse. (29)

Sur 43 items proposés : (Figure 5)

- 24 ont obtenu un consensus sans commentaires discordants, permettant de valider ces items au premier tour
- 14 ont obtenu un consensus mais ont fait l'objet de commentaires discordants nous ayant poussé à les retravailler
- 4 n'ont pas obtenu de consensus
- 1 n'a pas obtenu de consensus et a fait l'objet de désaccord

Vingt-quatre items ont été validés lors de cette première ronde Delphi.

Aucun item n'a été supprimé.

Au total, 21 items ont été retravaillés et proposés au deuxième tour.

4. Synthèse des résultats de la première ronde Delphi : (Annexe 10)

Dans les résultats du premier questionnaire, les items ayant été validés sont surlignés en vert. Ceux en blanc n'ont pas atteint de consensus ou ont suscité des commentaires discordants.

Plusieurs commentaires étaient similaires entre eux sur différents items, nous avons donc décidé de regrouper les sous-parties entre elles lorsque cela semblait pertinent.

a) Première partie : le diagnostic

Elle comprend 10 items.

Sept items ont fait consensus sans demande de modification, 3 items ont dû être retravaillés devant des commentaires discordants.

Quatre items ont de nouveau été soumis aux experts lors du deuxième questionnaire pour cette première partie.

b) Deuxième partie : le recrutement et la consultation initiale

Elle comprend 12 items.

Sept items ont fait consensus sans demande de modification, 4 ont obtenu un consensus avec des commentaires discordants ou demande de modification et 1 a fait l'objet d'un désaccord avec absence de consensus.

Six items ont été proposés aux experts lors du deuxième questionnaire.

c) Troisième partie : consultations et suivi

Elle comprend 19 items.

Huit items ont fait consensus et ont été validés dès le premier tour.

Sept ont obtenu un consensus avec des commentaires discordants. Quatre n'ont pas obtenu de consensus.

Onze nouveaux items ont été proposés au deuxième tour.

d) Quatrième partie : concernant la forme du protocole

Les 2 items portant sur la présentation finale et la forme du protocole ont été validés.

5. Résultats de la deuxième ronde Delphi : (Figure 5)

Nous ne comptabilisons aucun perdu de vue lors de ce deuxième tour. Le deuxième questionnaire a également été envoyé à l'ensemble des membres de la MSP, à titre informatif. Seuls les questionnaires des experts ayant répondu au premier tour ont été pris en compte, afin de ne pas fausser les résultats.

Sur 21 items proposés :

- 16 ont obtenu un consensus sans commentaires discordants et ont donc été validés au deuxième tour
- 5 ont obtenu un consensus mais ont fait l'objet de commentaires discordants
- Aucun n'a obtenu de désaccord

Seize items ont été validés au cours de la deuxième ronde Delphi.

Cinq items ont été supprimés à l'issue de ce deuxième tour.

6. Synthèse des résultats de la deuxième ronde Delphi : (Annexe 11)

Dans les résultats du deuxième questionnaire, les items ayant fait consensus sont surlignés en vert. Ceux en blanc n'ont pas atteint de consensus ou ont suscité des commentaires discordants.

Plusieurs commentaires étaient similaires entre eux sur différents items, nous avons donc décidé de regrouper les sous-parties entre elles lorsque cela semblait pertinent.

a) Première partie : le diagnostic

Elle comprend 4 items.

Tous ont obtenu consensus sans demande de modification et ont donc été validés.

b) Deuxième partie : le recrutement et la consultation initiale

Elle comprend 6 items.

Trois items ont été validés. Trois items ont obtenu un consensus mais ont reçu des commentaires discordants.

c) Troisième partie : consultations et suivi

Elle comprend 11 items.

Neuf items ont été validés. Deux items ont obtenu un consensus mais ont reçu des commentaires discordants.

Devant une stabilité des commentaires exprimés par les experts entre le premier et le deuxième tour et conformément à ce que nous avons prévu, nous avons décidé d'interrompre notre étude.

Au total, 40 items ont été validés et ont permis l'élaboration du protocole final.

7. Création du protocole final :

a) Protocole final sous forme de tableau :

PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE AU SEIN DE LA MSP DE LA BLAVETIÈRE	
Date de création	Juillet 2025
Porteur du protocole	Maison de santé de la Blavetière
Titre du protocole	Protocole de prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique (3-17 ans) au sein de la MSP de la Blavetière
Coordinateur	Diététicienne
Liste des professions impliquées	Médecin généraliste, diététicienne, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricienne, podologue, pharmacienne
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none">• Stabiliser, voire diminuer la courbe d'IMC pendant la période de prise en charge• Accompagner l'enfant et sa famille en multidisciplinarité• Maintenir les nouveaux comportements adoptés
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none">• Déterminer le contexte de la prise de poids (avec repérage du rebond d'adiposité)• Négocier des objectifs réalisables avec le patient et son entourage• Faire évoluer les habitudes de vie (alimentation, activité physique, gestion des émotions) du patient et de son entourage• Impliquer l'entourage du patient à la prise en charge• Orienter le patient vers des professionnels de santé en fonction de ses besoins

Population cible	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants et adolescents âgés de 3 à 17 ans étant suivis par au moins un des membres de la maison de santé, • Ayant un IMC \geq 97^e percentile ou un IMC \geq seuil IOTF-25 sur les courbes de croissance, <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayant un IMC \geq 99^e percentile ou un IMC \geq seuil IOTF-30 sur les courbes de croissance, si une obésité secondaire a été éliminée, <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance, <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rebond d'adiposité précoce (avant 6 ans), <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Changement rapide de couloir de la courbe d'IMC vers le haut
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant âgé < 3 ans • Patient âgé de \geq 18 ans • Patient n'étant pas suivi par au moins un des membres de la MSP • IMC \geq 99^e percentile ou un IMC \geq seuil IOTF-30 sur les courbes de croissance, si une obésité secondaire a été diagnostiquée

Déroulé	<ul style="list-style-type: none"> • Recrutement possible par n'importe quel professionnel de santé de la MSP • Consultation initiale d'annonce par le médecin traitant de l'enfant : diagnostic d'obésité, de surpoids, de rebond d'adiposité précoce ou de changement rapide de couloir, commenter les mesures sur les courbes adaptées, information sur la maladie, proposer une prise en charge et une inclusion dans le protocole • Le médecin traitant fournit au patient et son entourage un pré-questionnaire à remplir (informations administratives, habitudes alimentaires, environnement, ...) • Réalisation d'un bilan complémentaire si l'enfant présente un ou plusieurs facteurs de risque d'obésité secondaire : contenu du bilan à discuter entre les professionnels impliqués dans la prise en charge • Si nécessité de bilan complémentaire, celui-ci est proposé à la suite de la consultation initiale avec le médecin traitant • Orientation vers la coordinatrice du protocole afin d'organiser un entretien individuel (= diagnostic éducatif) avec l'enfant et ses parents • Réalisation de l'entretien individuel par la diététicienne (coordinatrice du protocole) : récupération du pré-questionnaire rempli par l'enfant et sa famille • Définition d'objectifs spécifiques et personnalisés de prise en charge lors de l'entretien individuel, remise de documents pratiques, réalisation d'une enquête alimentaire et orientation vers les professionnels de la MSP intégrés au protocole selon les besoins de l'enfant et sa famille
---------	---

- Transmission entre les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'enfant après chaque intervention via le logiciel commun de la MSP
- Suivi médecin traitant : 1 consultation initiale de diagnostic puis 1 consultation tous les 3 mois sur toute la période d'accompagnement
- Suivi diététique : 1 entretien individuel pour le diagnostic éducatif, puis 1 consultation tous les 2 mois pendant 6 mois, puis tous les 3 mois
- Suivi kinésithérapeutique : consultation systématique sur prescription du médecin suivant l'enfant, suivi à adapter en fonction des besoins de l'enfant
- Suivi psychomoteur, orthophonique, pharmaceutique, podologique : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant, au cas par cas en fonction des besoins de l'enfant
- Accompagnement des familles pendant 12 mois en moyenne
- Possibilité d'allonger le temps de suivi jusqu'à 18 mois, en fonction des besoins de l'enfant et de sa famille
- Possibilité de raccourcir le temps de suivi si perte de motivation de l'enfant ou de sa famille
- Bilan de fin de parcours réalisé par la diététicienne lors de la dernière consultation de suivi
- Réorientation si besoin vers des structures de 2^e ou 3^e recours

Références	<ul style="list-style-type: none">• <u>Plan d'Accompagnement Personnalisé du Surpoids 3-16 ans (PAPS) - Pôle de Santé Sud Estuaire (Annexe 6)</u>• <u>Pour une meilleure prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile : préparation et élaboration d'un protocole pluridisciplinaire au sein d'une équipe de soins primaires, exemple de la MSP de Retiers - Gourvenec C.</u>• <u>Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e) – HAS</u>• <u>Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) Fiches Rôle des professionnels impliqués dans le parcours – HAS</u>• <u>Critères de qualité - Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) : suivi</u>
------------	--

b) Protocole final sous forme d'arbre décisionnel :

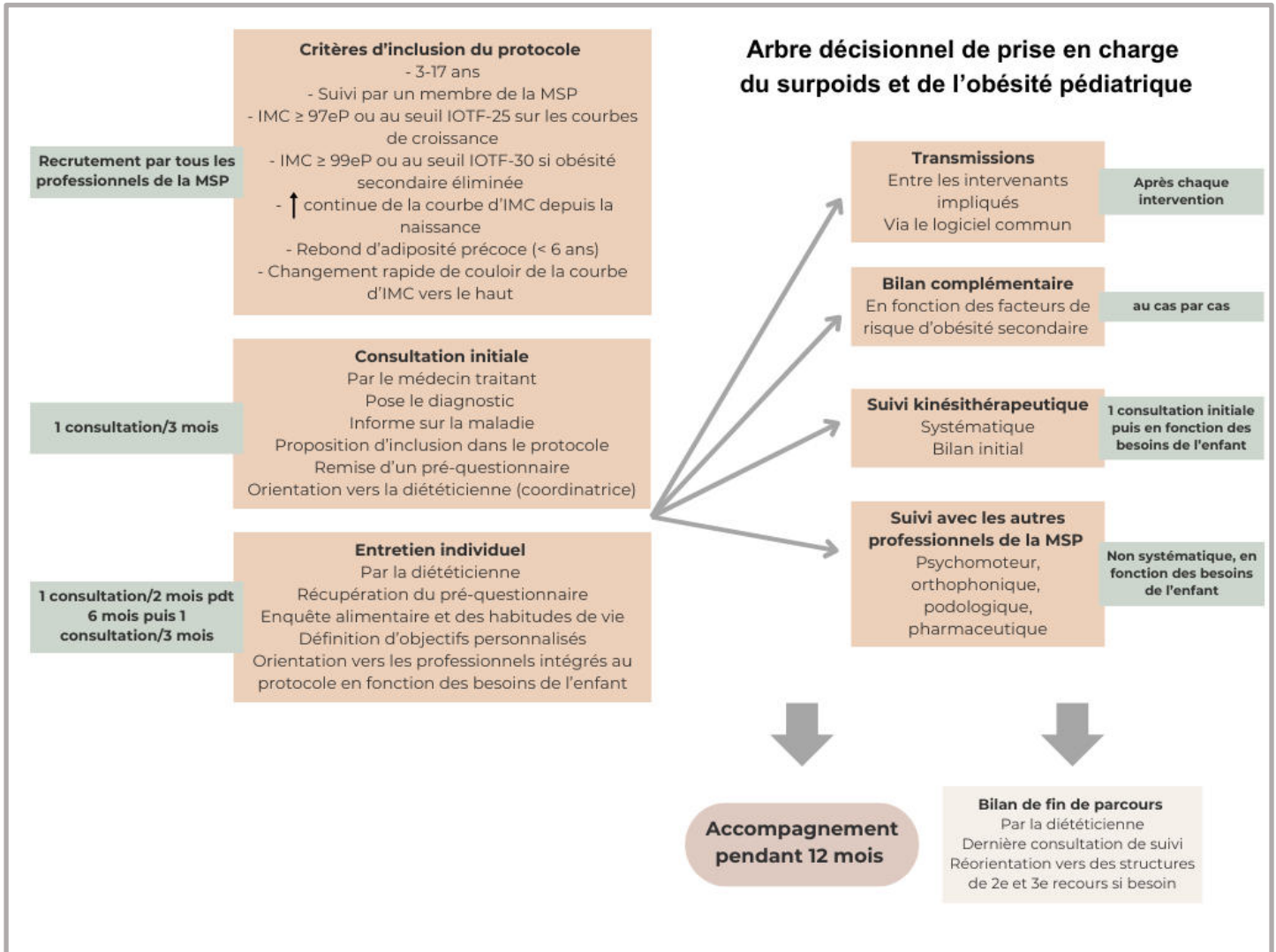


Figure 6. Arbre décisionnel de prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique

IV. DISCUSSION

1. Analyse du groupe d'experts :

Notre choix de réaliser cette étude au sein d'une MSP en a facilité le recrutement. La moitié des experts ayant participé s'est avérée être des professionnels médicaux. Cinquante pour cent sont des experts paramédicaux, toutefois représentés par un professionnel pour chaque spécialité paramédicale en raison du manque de réponse des professions paramédicales.

On peut estimer que ce faible taux de réponse de la part des professionnels paramédicaux est dû au manque de représentation de cette spécialité au sein de la MSP, comparativement au nombre de médecins présents dans la MSP. (Figure 2)

La majorité des médecins déclaraient suivre au minimum 15 % d'enfants, tandis que cette proportion était comprise entre 0 et 9 % pour les autres professions. Cette disparité a pu limiter la quantité de données disponibles sur le sujet. (Figure 3)

Elle peut également s'expliquer par la localisation de la MSP au sein du Pays de Retz, territoire qui, selon l'Insee, ne comptait en 2022 que 12,9 % d'enfants de moins de 15 ans, contre 27,1 % d'adultes âgés de 60 à 74 ans, ce qui pourrait, en partie, justifier ces résultats. (30)

2. Analyse des résultats de la première ronde Delphi : (Annexe 10)

Le questionnaire a été rédigé en quatre parties, l'analyse des résultats a été structurée de la même façon.

a) Première partie : le diagnostic

La plupart des items concernant les critères d'inclusion et d'exclusion ont été validés au premier tour. Toutefois, plusieurs items ont suscité des débats, révélant des tensions entre la volonté de standardisation du protocole et les réalités du terrain.

L'une des principales discordances portait sur le fait que certains professionnels de santé de la MSP comptaient, parmi leurs patients, des personnes dont le médecin traitant n'est pas basé dans la MSP, voire sans médecin traitant. « *Ayant des patients différents de la MSP, ce serait pertinent de pouvoir les inclure* », « *Beaucoup de patients sans MT dans ma patientèle* »

Pour d'autres, le fait d'élargir les critères d'inclusion était dépendant de la capacité de recrutement d'enfants au sein du protocole. « *À voir en fonction de la durée du protocole et du nombre de recrutement pour les patients du cabinet* »

La question de l'étendre à d'autres médecins de la région afin d'inclure les patients dont les médecins traitants ne faisaient pas partie de la MSP, a été soulevée « *Peut-on l'étendre aux différents médecins du Pays de Retz ?* »

Cette proposition d'élargissement, bien qu'intéressante dans une perspective de coordination territoriale, notamment avec des médecins proches géographiquement de la MSP, a été jugée prématurée dans le cadre du protocole initial. En effet, si l'ouverture peut améliorer la faisabilité du recrutement, elle en complexifie aussi la coordination. Le protocole tel qu'il a été envisagé portait sur une première phase de construction avec les professionnels de la MSP, incluant uniquement des patients déclarés auprès des médecins de cette structure.

L'ouverture aux enfants suivis par des médecins traitants extérieurs à la MSP, tout en maintenant une exclusion pour les patients sans médecin traitant, serait un compromis, bien que potentiellement limitant pour une population vulnérable souvent non suivie.

La plupart des études que nous avons pu lire sur ce sujet et sur la création de protocoles pluriprofessionnels se faisaient au sein d'une seule et même structure. Un partage de protocole pourrait être envisagé au sein d'une plus grosse collectivité via les collectivités territoriales type CPTS ou bien les ARS, ou même par un partage de certaines actions entre plusieurs MSP sur un même territoire. (31)

Par ailleurs, un autre item a obtenu des commentaires divergents, sur la possibilité ou non d'inclure les enfants en situation d'obésité sévère.

« Je pense que même les obésités sévères, une fois les étiologies secondaires écartées doivent pouvoir intégrer le protocole », « Si pas de pathologies, pourquoi ne pas les prendre en charge ? », « Ces patients ont un problème de poids... il faut leur proposer une prise en charge »

L'inclusion des cas d'obésité sévère a été retravaillée afin d'éviter une exclusion systématique injustifiée : une distinction entre obésité sévère primaire et secondaire a été introduite, conditionnant l'inclusion à l'absence de pathologie sous-jacente. En effet, une obésité sévère sur les courbes de poids, en l'absence d'une obésité secondaire, peut être du recours des professionnels de première ligne, à condition d'avoir éliminé une obésité secondaire lors du recrutement et de l'inclusion au sein du protocole.

b) Deuxième partie : le recrutement et la consultation initiale

L'item 3.3 « La distribution du pré-questionnaire comprenant les informations administratives et l'environnement de l'enfant est faite lors de cette consultation » a obtenu des commentaires discordants « *Dans un second temps avec la diététicienne* », « *Peut être remis* », « *Ce questionnaire pourrait être remis lors du recrutement par n'importe quel professionnel de santé* »

Sa distribution, initialement prévue lors de la consultation du diagnostic, a été jugée trop contraignante dans un temps déjà perçu comme « *chronophage* ». Cette remarque reflète à la fois une nécessité d'adapter le protocole à la réalité des consultations en soins primaires, mais aussi une possible ambiguïté dans la formulation de l'item que nous avons proposé. Une clarification a donc été apportée lors de la réunion de la MSP du 6 juin 2025, concernant la finalité et les objectifs de cet item.

Il s'agit ici de bien distinguer deux temps ; d'une part, la remise en mains propres du pré-questionnaire à remplir par l'enfant et sa famille au domicile, et d'autre part, le moment consacré à la discussion des informations qu'il contient. Cela a pour but de tenir compte de la charge perçue par les soignants tout en maintenant une certaine logique dans le parcours du patient.

Il a été modifié et proposé via deux items afin de déterminer quel était le moment le plus opportun pour la remise de ces documents.

En revanche, la distribution du pré-questionnaire lors de la phase de recrutement (on le rappelle, possiblement faite par n'importe quel professionnel de la MSP) ne nous a pas semblé pertinente, sans diagnostic préalable établi et discussion avec la famille.

Des documents pratiques, à disposition sur les différents supports et d'autres sources bibliographiques ont été fournis aux experts au décours de la réalisation du protocole. Il ne nous a pas paru adapté de détailler ici les différents objectifs spécifiques pour chaque enfant, qui dépend de son parcours de soins et des professionnels impliqués dans la prise en charge.

De plus, la réalisation d'un bilan complémentaire a suscité plusieurs opinions divergentes parmi les experts répondants. La nécessité de réaliser ce bilan complémentaire si l'enfant présentait des facteurs de risque d'obésité secondaire a obtenu un consensus mais les recommandations et des opinions divergentes ont été discutées quant au contenu de ce bilan, c'est-à-dire la recherche d'une dyslipidémie et d'un diabète de type II. En effet, la divergence d'opinion était liée, en partie, à une imprécision dans la formulation de l'item.

Nous n'avons pas précisé que l'indication de rechercher une dyslipidémie chez un enfant se faisait en présence d'une obésité sévère c'est-à-dire ≥ 99 e percentile et en présence de certains facteurs de risque (antécédents familiaux, histoire clinique de la maladie). (13)

Une clarification de ces informations a été apportée lors de la réunion de MSP du 6 juin 2025.

Il a donc été apporté la modification d'une recherche d'un diabète secondaire, plutôt que de type II, afin de ne pas méconnaître un diabète de type I, un diabète lié à une pathologie hormonale ou génétique, mais également en fonction de certains signes cliniques évocateurs, et ce à partir de l'âge de 10 ans. (13)

« Non. Je ne prévois pas de bilan à 3-4 ans par exemple... », « Recommandations à revoir », « peut-être ne pas préciser « type 2 » mais plutôt {diabète} « secondaire ou non ? », « Je n'ai pas cette notion »

Selon les recommandations et les différents protocoles auxquels nous avons eu accès, un bilan était fréquemment proposé en cas de facteurs de risque notamment cliniques, en fonction de l'évolution du poids de l'enfant et des antécédents familiaux. (23) ; (32)

Certains experts se sont montrés réticents à l'idée de médicaliser les enfants une fois qu'ils étaient inclus dans le protocole. Il a été en revanche souligné l'importance d'éliminer une éventuelle obésité secondaire avant l'inclusion. « *Je pense qu'il faut qu'il soit fait avant l'entrée dans le protocole* », « *Après la consultation initiale plutôt* », « *Pour éviter TROP de RDV pour la famille et les professionnels de santé, je pense que ce repérage et ces examens complémentaires pourraient être proposés par le MG lors de la consultation initiale* ».

Une adaptation semblait donc nécessaire concernant le moment le plus approprié pour effectuer ce bilan, le cas échéant.

c) Troisième partie : consultations et suivi

Le temps de suivi des patients a fait l'objet de commentaires discordants, tantôt une intervention proposée « *plus courte pour limiter les perdus de vue* », tantôt allongée en fonction des besoins de l'enfant et sa famille « *Voir pour avoir la possibilité de le doubler chez les enfants chez qui on peut mieux faire ? Établir une liste de critères* »

Ces commentaires nous ont amenées à nous interroger sur la pertinence d'un suivi plus court ; cela pourrait présenter certes le risque d'un impact modéré et d'une absence de maintien des changements de vie à long terme, mais il offrirait aussi la possibilité de recruter davantage de patients, voire de limiter les perdus de vue.

La remarque faite sur la possibilité que ce temps d'intervention ne soit pas suffisant pour certains patients nous a également interpellé ; en effet, selon la HAS, un temps moyen de suivi de 2 ans si l'évolution de l'enfant est favorable est préconisé. (33)

En revanche, dans la bibliographie retrouvée notamment dans certaines thèses, il est évoqué les limites en lien avec ce suivi. Les débats sur la durée du suivi ont mis en évidence des tensions classiques entre les exigences d'un protocole fondé sur les

recommandations et les réalités de terrain (temps médical contraint, décrochage des familles, difficulté de maintien de la motivation, etc.).

Cette opposition a conduit à proposer plusieurs options de durée et à intégrer plus de souplesse dans la planification du suivi, soulignant une nécessité d'individualisation du parcours. Ce questionnement rejoint les constats issus de plusieurs travaux, avec des propositions de suivi plus courts généralement mis en place dans les MSP. (23) ; (24) ; (25)

Certains pointent du doigt le taux élevé de perdus de vue et les difficultés d'adhésion prolongée, notamment en lien avec le coût de certaines consultations non entièrement prises en charge et la motivation des familles. (22) ; (23) ; (31) ; (34) ; (35)

De là, a découlé 3 nouvelles propositions.

Une réflexion a été menée sur les moyens de prévention des perdus de vue dans plusieurs travaux, notamment dans la revue *Exercer*, à travers une étude qualitative. Celle-ci a permis de mettre en lumière certains freins et attentes exprimés par des patients en situation d'obésité concernant leur prise en charge. Parmi les éléments abordés figurent les représentations et remarques liées au poids, l'aspect financier, ainsi que les attentes des patients, telle qu'une approche bienveillante et sans jugement, un suivi régulier ou encore un renforcement de la prévention. (36)

L'aspect motivationnel joue une part importante de l'initiation mais également du maintien des changements d'habitudes de vie, on retrouve cela également dans d'autres pathologies et autres situations, fréquentes en médecine générale. (37) ; (38)

La proposition de suivi proposée pour le suivi médecin traitant a suscité des réserves, certains la jugeant difficilement applicable « *trop au vu de nos plannings* », « *à discuter, je comprends l'intérêt de voir souvent l'enfant dans la phase initiale, en pratique compliqué !* », « *MG tous les 3 mois* », « *Je me pose la question de l'utilité d'un suivi mensuel ?* », « *Trop chronophage ! Impossible à tenir pour les familles* », « *Potentiellement chronophage ?* ». Ces retours soulignent une nouvelle fois l'écart existant entre recommandations théoriques et contraintes de la pratique. Une adaptation tenant compte des propositions des professionnels de la MSP a donc été apportée.

En ce qui concerne le suivi psychothérapeutique, il a été validé par l'ensemble des experts, voire qualifié de « *nécessaire dans la majorité des prises en charge* ». Cet item a été retenu, cependant l'absence actuelle de psychologue dans la MSP impose de considérer cet item comme conditionnel et ne sera donc pas inscrit dans le protocole final actuel.

« *Si besoin cela est super mais qui prend en charge les honoraires des professionnels de santé sans remboursement par la CPAM ?* »

La question du financement du protocole a été soulevée dans les commentaires.

Toutefois, cet aspect relève d'un questionnement secondaire par rapport à l'objectif principal de cette étude, à savoir l'élaboration d'un protocole au sein de la MSP. Une fois le protocole finalisé et validé par la MSP, une demande de subvention pourra être envisagée afin de garantir sa mise en œuvre par la suite. (39)

Étant donné que cette problématique dépasse le cadre de conception du protocole lui-même, nous avons choisi de ne pas intégrer ces remarques dans la suite des résultats.

Lors de la rédaction des items sur l'implication des différents professionnels de santé dans le protocole, nous n'avons pas spécifié quels pouvaient être les rôles de chacun. Les experts ont mis en évidence un besoin de clarification des rôles, parfois méconnus ou jugés peu adaptés à la problématique de l'obésité pédiatrique. « *Je ne sais pas ses compétences dans la prise en charge de l'obésité pédiatrique* », « *quelles indications ?* »

Les modifications apportées pour expliciter les indications spécifiques de chaque intervenant renforcent la cohérence et la légitimité du protocole, tout en favorisant une meilleure appropriation par l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle. (18) ; (40) ; (41)

En l'absence d'IDE Asalée dans la MSP pour le moment ni d'IDE formé(e)s en ETP, l'item sur les IDE a été regroupé avec celui concernant l'IPA. « *Si besoin d'ETP plus poussée* », « *Si protocole spécifique enfants (diabète, dyslipidémie, RHD)* »

L'adressage à des structures de 2^e ou de 3^e recours, au cours de la prise en charge a été validé par les experts.

La nécessité de recourir à des structures spécialisées peut apparaître rapidement au cours de la prise en charge et non nécessairement en cas d'échec de prise en charge ambulatoire. En effet, en cas d'obésité complexe ou de cumul de facteurs associés, une évaluation plus approfondie sur certaines dimensions peut s'avérer nécessaire, voire indispensable pour poursuivre la progression.

Certaines de ces structures sont présentes dans chaque région (CSO), d'autres sont plus spécifiques au local (SRAE nutrition, MC 44, Service Ambulatoire Clinique Brétéché CHU, ESEAN). (42)

d) Quatrième partie : concernant la forme du protocole

La proposition de soumettre un arbre décisionnel plutôt qu'un tableau synthétique avait été évoquée lors de la présentation du protocole lors de la réunion du 7 février 2025.

Les experts alors présents ce jour nous avaient soumis l'idée, pour plus de praticité en consultation. Cela inciterait les membres de la MSP à se l'approprier et donc à l'utiliser plus facilement.

Ce double format permet de répondre à deux objectifs complémentaires : une vision exhaustive pour la coordination avec les différents professionnels de santé impliqués, les objectifs et le déroulé complet du parcours, et un outil pratique pour les situations de consultation.

3. Analyse des résultats de la deuxième ronde Delphi : (Annexe 11)

Le questionnaire a été rédigé en quatre parties, l'analyse des résultats a été structurée de la même façon.

a) Première partie : le diagnostic

Après avoir pris en compte les commentaires reçus, les critères d'inclusion et d'exclusion ont été ajustés, puis validés. Ils semblent désormais répondre de manière adéquate aux besoins de la MSP.

b) Deuxième partie : le recrutement et la consultation initiale

La formulation de l'item 3.3 « La distribution du pré-questionnaire comprenant les informations administratives et l'environnement de l'enfant est faite lors de cette consultation » n'a pas permis d'obtenir un consensus lors du premier tour. Une clarification apportée lors de la réunion de la MSP du 6 juin 2025, concernant la finalité et les objectifs de cet item, a permis une bonne compréhension des experts sur cet item. Cela a permis de valider la distribution du pré-questionnaire par le médecin traitant lors de la consultation initiale. Il sera ensuite rempli à domicile par l'enfant et ses parents, puis remis en mains propres à la diététicienne lors de l'entretien individuel, dans un second temps. « *Pré-questionnaire à distribuer par le médecin, en revanche il peut être réceptionné (une fois rempli) par la diététicienne* », « *On peut donner ce questionnaire lors de la consultation avec MT* »

Lors du premier tour, la nécessité de proposer ce bilan en cas de facteurs de risque d'obésité secondaire a été validée. Cependant, nous nous étions heurtées à des commentaires discordants quant au contenu proposé dans ce bilan.

Au deuxième tour, malgré les modifications apportées en conformité avec les recommandations de la HAS (13) et les suggestions faites des experts, ces items, n'ont toujours pas obtenu de consensus favorable. « *Pas d'examen complémentaire dans le protocole, à garder pour l'échange interpro* »

Le contenu du bilan complémentaire sera donc à l'initiative des professionnels de santé, lors de l'échange interprofessionnel qui sera fait pour chaque enfant.

c) Troisième partie : consultations et suivi

La possibilité d'allonger le temps moyen de suivi des patients, au cas par cas, jusqu'à 18 mois a été validée, ce qui se rapproche de la durée de celle recommandée par la HAS. (13)

Le temps de suivi raccourci en cas de perte de motivation de l'enfant ou sa famille a semblé convenir aux experts pour qui, il est important de pouvoir sensibiliser, afin de limiter les perdus de vue en lien avec un manque de motivation. *« L'idée est aussi de les sensibiliser à l'importance d'une prise en charge pour limiter la perte de motivation. Il y aura malgré tout des familles qui ne suivront pas l'ensemble du parcours »*

La proposition de raccourcir le suivi en cas de progrès rapides de l'enfant n'a pas été retenue par les experts pour qui *« L'enfant qui progresse doit être soutenu- », « Ne vaut-il pas mieux accompagner le plus loin possible pour assurer la pérennité des résultats positifs ? », « Au niveau diététique, un accompagnement sur du long terme permet de mieux consolider la compréhension et les bonnes habitudes alimentaires »*. L'idée de cet item était, pour les experts, de limiter le nombre de perdus de vue en lien avec une prise en charge parfois longue et chronophage pour les familles. Cette proposition n'a donc pas été validée au cours de ce deuxième tour.

En effet, selon la HAS le temps moyen de suivi pour permettre un maintien des habitudes de vie nécessite un suivi continu d'au moins 24 mois. (13) ; (33)

Or les différents protocoles et la réalité du système de soins ambulatoires, nous montrent que la durée moyenne de suivi est inférieure dans la pratique réelle, pour les raisons déjà évoquées lors de l'analyse des premiers résultats. (23) ; (24) ; (25)

Le suivi proposé avec les professions paramédicales, au cas par cas et en fonction des besoins de l'enfant et des compétences de chaque professionnel, a également été validé pour la prise en charge psychomotrice, orthophoniste et podologique.

La question autour de l'activité physique et le suivi kinésithérapeutique proposé aux enfants a également fait débat. Pour certains experts, il est nécessaire d'inclure ces professionnels de santé de manière systématique. Le kinésithérapeute, dans ses compétences et fonctions, a la possibilité de faire une évaluation globale initiale,

notamment quant aux limitations de participation aux activités des enfants. Pour ce qui est du suivi et de la mise en place d'une activité physique régulière, cela relève plutôt du rôle de l'EAPA (Enseignant en Activité Physique Adaptée). (18)

Il a été souligné lors du deuxième questionnaire et lors de la réunion du 6 juin 2025 la possibilité d'inclure un réseau d'associations, une Maison Sport-Santé (MSS) basée dans une ville voisine.

N'étant pas membre de la MSP actuellement, cette MSS n'a pas été incluse dans le protocole actuel.

Quant à l'inclusion de l'IPA au sein de ce protocole, une formation spécifique à la prise en charge de l'obésité pédiatrique est nécessaire. Actuellement, l'IPA exerçant au sein de la MSP, ne dispose pas de cette formation. En fonction des besoins établis lors de l'initiation de ce protocole, sa participation pourra être envisagée ou non.

Nous avons donc décidé, en raison de l'absence actuelle d'IPA formé(e) à ce type de prise en charge, de valider cet item de manière conditionnelle et de ne pas l'inscrire dans le protocole final à ce stade.

Par ailleurs, comme mentionné lors de la première analyse, la MSP n'étant pas en lien avec Asalée, elle ne compte actuellement aucun IDE formé dans ce cadre parmi ses professionnels de santé. La même décision conditionnelle a été retenue pour l'inclusion d'IDE formés à ce type de prise en charge.

4. Analyse globale des résultats :

L'analyse détaillée des différentes étapes de construction du protocole, depuis le diagnostic initial jusqu'à la définition des modalités de suivi et de coordination interprofessionnelle, met en évidence les nombreux ajustements nécessaires pour aboutir à un outil partagé et applicable en pratique.

Le recours à une méthode participative a permis de faire émerger les problématiques inhérentes à toute démarche protocolisée en soins primaires : concilier les recommandations nationales et la réalité locale, intégrer les spécificités des acteurs tout

en assurant une cohérence d'ensemble, et anticiper les freins logistiques sans perdre de vue l'objectif de prise en charge clinique.

Au fil des ajustements apportés, ce protocole s'est ainsi construit de manière progressive, avec une attention constante portée à sa faisabilité, sa souplesse d'utilisation et son acceptabilité par l'ensemble des professionnels impliqués. Ce travail met également en évidence plusieurs enjeux transversaux, tels que la question de l'adhésion des familles, la prévention des interruptions de parcours, ou encore l'intégration de compétences complémentaires au sein de la MSP.

Nous avons constaté que l'une des principales limites rencontrées lors de l'analyse des réponses au questionnaire résidait dans la méconnaissance des rôles et des compétences des différents professionnels de santé par leurs pairs.

Cette méconnaissance a également été observée dans d'autres travaux. (26) ; (43)

Celle-ci a entraîné des ajustements progressifs des propositions tout au long du questionnaire, dans le but de mieux cerner le rôle de chacun.

Dans ses travaux, la Haute Autorité de Santé (HAS) met en avant la nécessité de renforcer la coopération entre professionnels de santé au sein des établissements. Une telle coopération permet une meilleure connaissance réciproque des compétences autour d'une pathologie définie, et clarifie ainsi les rôles de chacun dans la prise en charge du patient. Cette dynamique s'inscrit dans une logique d'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité du système de santé. Elle contribue également à une meilleure valorisation des compétences de chaque professionnel, notamment à travers des dispositifs tels que la délégation de tâches, les transferts de compétences ou encore l'émergence de nouvelles compétences acquises. (44) ; (45)

Un autre point qui a retenu notre attention concerne l'ambiguïté entourant le contenu du bilan complémentaire mentionné dans le protocole. En effet, selon les recommandations de la HAS, ce bilan doit être adapté au cas par cas, en fonction des facteurs de risque identifiés. (13)

Toutefois, les experts interrogés n'ont pas réussi à se positionner clairement sur son contenu, ne percevant pas le bénéfice de l'intégrer dans le protocole, malgré nos explications concernant les recommandations officielles. Ce point a également été mis en évidence dans d'autres travaux, où le bilan complémentaire est parfois perçu comme une forme de surmédicalisation. (23) ; (26)

Lors de l'élaboration du questionnaire, nous avons fait le choix de ne modifier et d'inclure que les éléments relatifs à la population cible ainsi qu'au déroulé de la prise en charge. Les objectifs décrits dans le protocole princeps nous ont paru pertinents et suffisamment clairs ; il ne nous a donc pas semblé pertinent de les soumettre à évaluation.

En ce qui concerne l'évaluation du protocole, nous avons estimé qu'il serait plus pertinent de l'aborder dans le cadre d'une seconde analyse, qui pourrait faire l'objet d'un travail ultérieur.

5. Forces de l'étude :

L'utilisation de la méthode Delphi nous a permis d'aborder ce travail avec une démarche systématique et rigoureuse. Cette méthode fournit un cadre structuré pour faire émerger un consensus éclairé entre experts, facilitant ainsi la formalisation du protocole final.

L'un de ses atouts majeurs réside dans le recueil individuel et anonyme des réponses, ce qui limite les biais liés à la dynamique de groupe et à la présence de « leaders d'opinions ». Cela favorise l'expression d'opinions plus sincères et réfléchies de la part des participants. (28)

Les résultats obtenus, via une méthode de consensus collectif et les estimations quantitatives obtenues à partir d'une approche qualitative, nous ont permis de limiter l'effet de subjectivité, fréquent lors de l'analyse de thèses qualitatives.

Sur le plan logistique, cette méthode est bien adaptée à une mise en œuvre à distance, grâce à l'envoi de questionnaires par voie électronique et à des relances informatisées, ce qui en facilite l'organisation.

Toutefois, nous avons choisi de compléter cette approche par une réunion en visioconférence à la MSP, le 6 juin 2025, afin de faire le point avec l'équipe, de clarifier certains items du questionnaire, et de discuter des premiers résultats. Cette rencontre a permis d'affiner les attentes des experts et d'obtenir un meilleur retour de leur part au deuxième questionnaire. Cela a également participé à l'absence de perdus de vue lors de ce deuxième tour.

La méthode étant itérative, elle a permis de favoriser une maturation progressive des points de vue des experts, offrant ainsi une profondeur d'analyse supplémentaire.

Enfin, la pertinence de notre travail repose également sur la composition de notre panel ; des experts engagés dans une activité de soins primaires. Cette spécificité rend le protocole concret, réaliste et directement applicable à la pratique des soins ambulatoires, en particulier à l'échelle locale.

6. Limites de l'étude :

La recherche de protocoles existants pour implémenter notre travail initial a été limitée. Nous avons recherché des protocoles similaires dans la région auprès de l'Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire (APMSL) pour identifier des protocoles similaires déjà mis en œuvre dans la région. Toutefois, nous n'avons pas pu accéder à ces protocoles en raison de leur confidentialité.

Nous avons garanti l'anonymat de notre étude en anonymisant les questionnaires reçus. Toutefois, cet anonymat a pu être partiellement limité par le faible nombre d'experts

ainsi que par le fait que tous les participants se connaissaient. Cela a pu influencer, même indirectement, la formulation de certaines réponses, malgré l'absence d'accès aux réponses des autres participants.

Ce faible effectif a également introduit un biais de sélection, lié au processus de recrutement, à la représentation majoritaire de médecins parmi les experts et à une participation insuffisante des autres professionnels de la MSP, ce qui limite la diversité des points de vue recueillis.

Nous avons également adapté notre organisation en allongeant le délai de réponse pour le deuxième questionnaire, dans le but de réduire les perdus de vue.

Néanmoins, un délai plus long dès le premier tour aurait probablement permis de recueillir davantage de réponses. Sur les 16 experts de la MSP, seuls 13 ont finalement été sollicités, comme expliqué dans les résultats. Parmi eux, 8 ont répondu, soit un taux de perdus de vue au premier tour de 38,5 %. Ce taux reste cohérent avec les données de la littérature concernant l'utilisation de la méthode Delphi, souvent associée à des pertes de vue importantes au fil des tours réalisés. Elle est également généralement réalisée sur de plus gros panels d'experts.

L'absence de consensus sur plusieurs items lors du questionnaire final pourrait s'expliquer par une mauvaise compréhension des consignes initiales. La réunion organisée au sein de la MSP le 6 juin 2025 a toutefois permis de clarifier certains points afin d'optimiser la qualité des réponses au deuxième tour.

Par ailleurs, l'analyse des résultats a été réalisée par une seule personne, ce qui rend difficile de s'affranchir totalement du biais de subjectivité. Un travail d'analyse collaboratif ou une triangulation des données aurait permis d'améliorer la validité des résultats en limitant l'influence d'une seule analyse.

7. Perspectives :

Un protocole de prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique au sein d'une MSP représente une opportunité concrète pour structurer l'accompagnement des enfants et de leurs familles. À terme, ce protocole pourrait être enrichi par l'intégration de nouveaux professionnels de santé actuellement non représentés dans la MSP, tels que des psychologues ou des enseignants en activité physique adaptée (EAPA). De plus, un élargissement du dispositif au niveau de la CPTS pourrait permettre une mutualisation des ressources et une diffusion du protocole à d'autres MSP du territoire.

L'instauration de protocoles favorisant l'interprofessionnalité contribue à renforcer l'efficacité du travail en équipe et à optimiser l'efficience des professionnels de santé. Ce modèle, déjà observé dans les maisons et pôles de santé en France, (31) est également promu en Suisse notamment, où il vise à améliorer la qualité des soins, assurer un suivi coordonné du patient et développer des initiatives communes en santé publique. (46) ; (47)

De plus, plusieurs travaux récents mettent en évidence l'importance du vécu et les attentes des patients et leur famille dans ce parcours de soins. Cette approche participative est essentielle pour adapter les protocoles aux besoins réels des patients, favoriser leur adhésion et les rendre pleinement acteurs de leur prise en charge. (34) ; (36)

Dans la continuité de ce travail de thèse, il serait pertinent de prévoir une évaluation de l'efficacité et de l'utilisation de ce protocole dans de futurs travaux.

V. CONCLUSION

Les données récentes issues d'études épidémiologiques montrent une stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité pédiatrique depuis le début des années 2000. Cette évolution peut être interprétée comme le résultat positif des politiques de santé publique mises en place au cours des dernières décennies, notamment à travers les différents Plans Nutrition Santé et les actions de prévention. (2) ; (6) ; (7) ; (11)

La place des professionnels de santé en ambulatoire au cours de cette prise en charge est essentielle afin d'organiser un suivi de proximité avec les patients et leurs familles. Une prise en charge précoce, pluridisciplinaire et centrée sur l'accompagnement global des patients est indispensable afin de les accompagner au mieux et pour agir efficacement sur tous les plans. (13)

Notre travail de thèse, centré sur la création d'un protocole de prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans s'inscrit pleinement dans cette dynamique. Il constitue une contribution concrète à l'amélioration de l'offre de soins de proximité. Ce travail encourage à un parcours de soins structuré et une prise en charge globale, adapté aux besoins spécifiques de cette population.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Santé Publique France. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. 2016.
3. Direction Générale de la Santé (DGS). Programme National Nutrition Santé 2019-2023.
4. Braet C. Patient Characteristics as Predictors of Weight Loss after an Obesity Treatment for Children. *Obesity*. 2006;14(1):148-55.
5. Saldanha-Gomes C, Heude B, Charles MA, de Lauzon-Guillain B, Botton J, Carles S, et al. Prospective associations between energy balance-related behaviors at 2 years of age and subsequent adiposity: the EDEN mother-child cohort. *Int J Obes* 2005. janv 2017;41(1):38-45.
6. DREES. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Juin 2015 [Internet]. [cité 8 janv 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er920.pdf>
7. DREES. La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale. Février 2017 [Internet]. [cité 2 juin 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er993.pdf>
8. Minghelli B, Oliveira R, Nunes C. Association of obesity with chronic disease and musculoskeletal factors. *Rev Assoc Médica Bras*. 2015;61:347-54.
9. The Global BMI Mortality Collaboration. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet Lond Engl*. 20 août 2016;388(10046):776-86.
10. The GBD 2015 Obesity Collaborators. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*. 6 juill 2017;377(1):13-27.
11. L. Troy D. Surpoids et obésité : facteurs de risques et politiques de prévention. 2024;
12. Prévention du surpoids et de l'obésité de l'enfant [Internet]. 2025 [cité 10 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/prevention-du-surpoids-et-de-l-obesite-infantile/un-enjeu-de-sante-publique>
13. Haute Autorité de la Santé. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e). Haute Aut Santé [Internet]. 2023 [cité 27 mars 2024]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-et-l-adolescent-e

14. Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, INSERM. (2018). Courbes d'IMC des filles de 1 mois à 18 ans.
15. Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, INSERM. (2018). Courbes d'IMC des garçons de 1 mois à 18 ans.
16. Société Française d'Endocrinologie. Obésité de l'enfant et de l'adolescent - Item 253. In 2022 [cité 3 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.sfendocrino.org/item-253-obesite-de-lenfant-et-de-ladolescent/>
17. Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS). Instruction n° DGOS/R4/2023/143 du 20 septembre 2023 relative à l'organisation de filières dédiées à la prise en charge de l'obésité et au cahier des charges des centres spécialisés de l'obésité (CSO). Bulletin Officiel Santé. 29 septembre 2023; n° 2023.18 [Internet]. [cité 8 janv 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_filieres_obesite_cahier_charges_cso_sept_2023.pdf
18. Haute Autorité de la Santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) - Fiches Rôle des professionnels impliqués dans le parcours. 2022;
19. CNRéPPOP. Coordination Nationales des Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique [Internet]. [cité 5 mars 2025]. Disponible sur: <http://www.cnreppop.com/>
20. SRAE [Internet]. [cité 5 mars 2025]. SRAE Nutrition Pays de la Loire. Disponible sur: <https://www.sraenutrition.fr/>
21. Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS). OBEPEDIA parcours obésité pédiatrique - enfants et adolescents atteints d'obésité sévère [Internet]. SRAE Nutrition Pays de la Loire. 2019. Disponible sur: <https://www.sraenutrition.fr/nos-thematiques/obesite/obepedia-obesite-pediatrique/>
22. Ministère de la Santé et de la prévention. « Mission : retrouve ton cap », un dispositif pour prévenir le surpoids et l'obésité infantile [Internet]. 2025 [cité 5 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/prevention-du-surpoids-et-de-l-obesite-infantile/mission-retrouve-ton-cap-prevention-obesite-infantile>
23. Gourvenec C. Pour une meilleure prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile: préparation et élaboration d'un protocole pluridisciplinaire au sein d'une équipe de soins primaires, exemple de la MSP de Retiers [Thèse d'exercice : médecine générale]. [Rennes, France]: Université de Rennes 1; 2016.
24. Pôle de Santé Sud Estuaire, Le Carre Alice. Plan d'Accompagnement Personnalisé du Surpoids 3-16 ans (PAPS). oct, 2014.
25. Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Madinina. Parcours de prise en charge de l'obésité et du surpoids chez l'enfant de 6 à 12 ans [Internet]. Martinique : CPTS

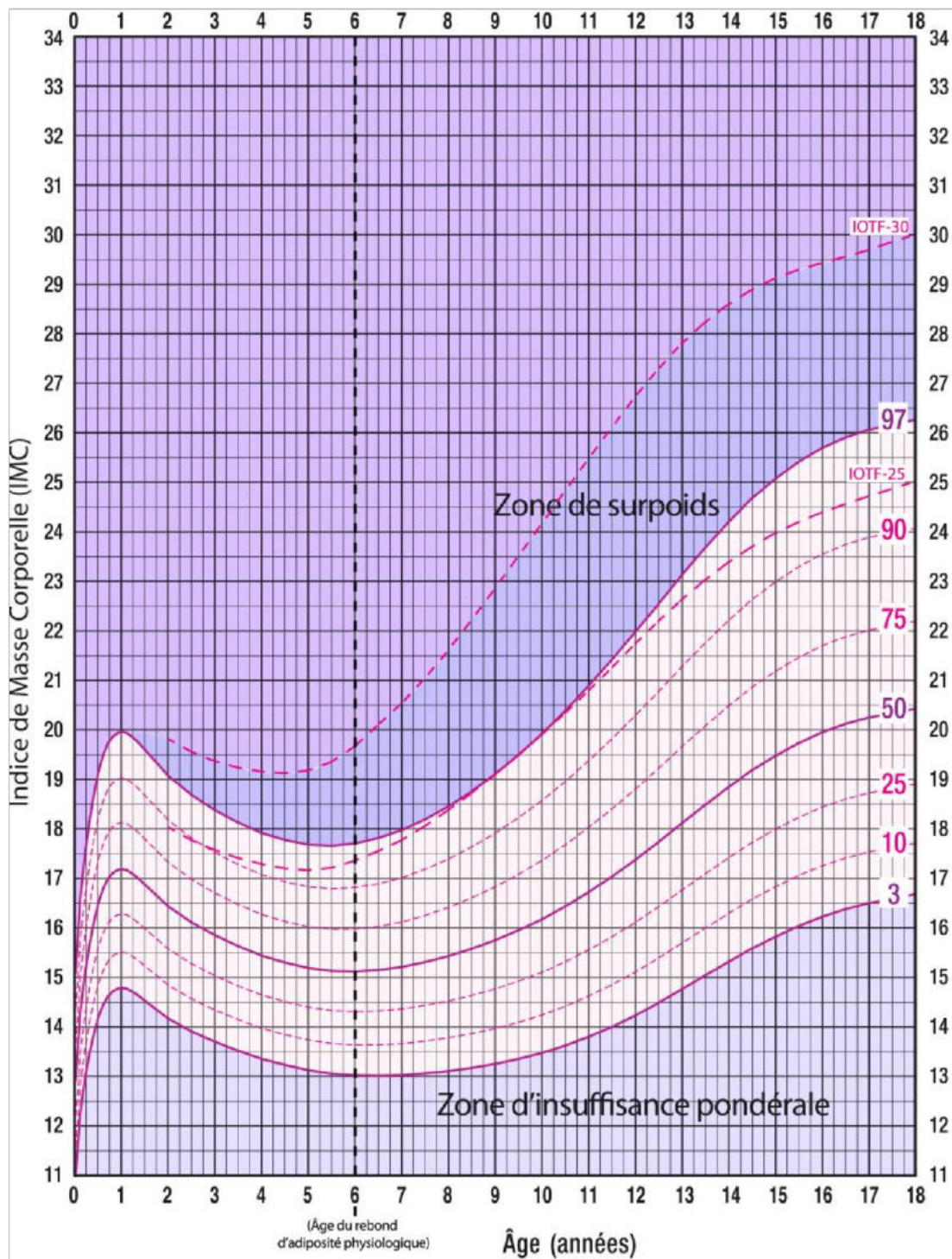
Madinina ; [mise en ligne non datée]. [Internet]. [cité 14 avr 2025]. Disponible sur: https://cpts-madinina.org/wp-content/uploads/2024/10/CPTS_MADININA-PARCOURS-OBESITE_PRO-2024.pdf

26. Girardet P, Rabouan C. Validation du contenu d'un outil d'aide à la consultation du surpoids infantile (dont obésité pédiatrique) en soins primaires selon la méthode Delphi. 2022.
27. Haute Autorité de Santé. Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ?. Février 2015.
28. Haute Autorité de Santé (HAS). Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode « Recommandations par consensus formalisé ». Décembre 2010 [Internet]. [cité 20 août 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11-11/guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf)
29. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer. 2011;99:170–7.
30. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Logements, individus, activité, mobilités scolaires et professionnelles en 2022 – Commune de Pornic (44131). [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-44131>
31. Fournier C, Frattini MO, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. 2014;
32. Ligue Contre l'Obésité. Enquête ObÉpi-Roche 2020 - Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 2020 [Internet]. [cité 2 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-suproids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>
33. Haute Autorité de Santé. Critères de qualité - Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent : suivi. 2013.
34. M. Le Pommelet. Vécu et attentes des parents dans la prise en charge de 1er recours du surpoids et/ou de l'obésité non compliquée de leur enfant âgé de 6 à 9 ans en Ille-et-Vilaine. [Thèse d'exercice : médecine générale]. [Rennes, France]: Université de Rennes 1; 2019 [Internet]. [cité 6 août 2024]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/48504e37-7fbb-4543-8c4d-49f0faf4f6f2?inline>
35. Legrand A. Intérêts et limites perçus par les parents d'enfants en surpoids de leur prise en charge en soins primaires par des infirmières d'éducation thérapeutique du réseau ASALEE, une étude qualitative en Ille-et-Vilaine. Université de Rennes 1; 2021.
36. A. Nakrachi. P. Moyniez. et al. Qu'attendent les patients en situation d'obésité de leur médecin généraliste ?. Exercer 2022;180:52-7.

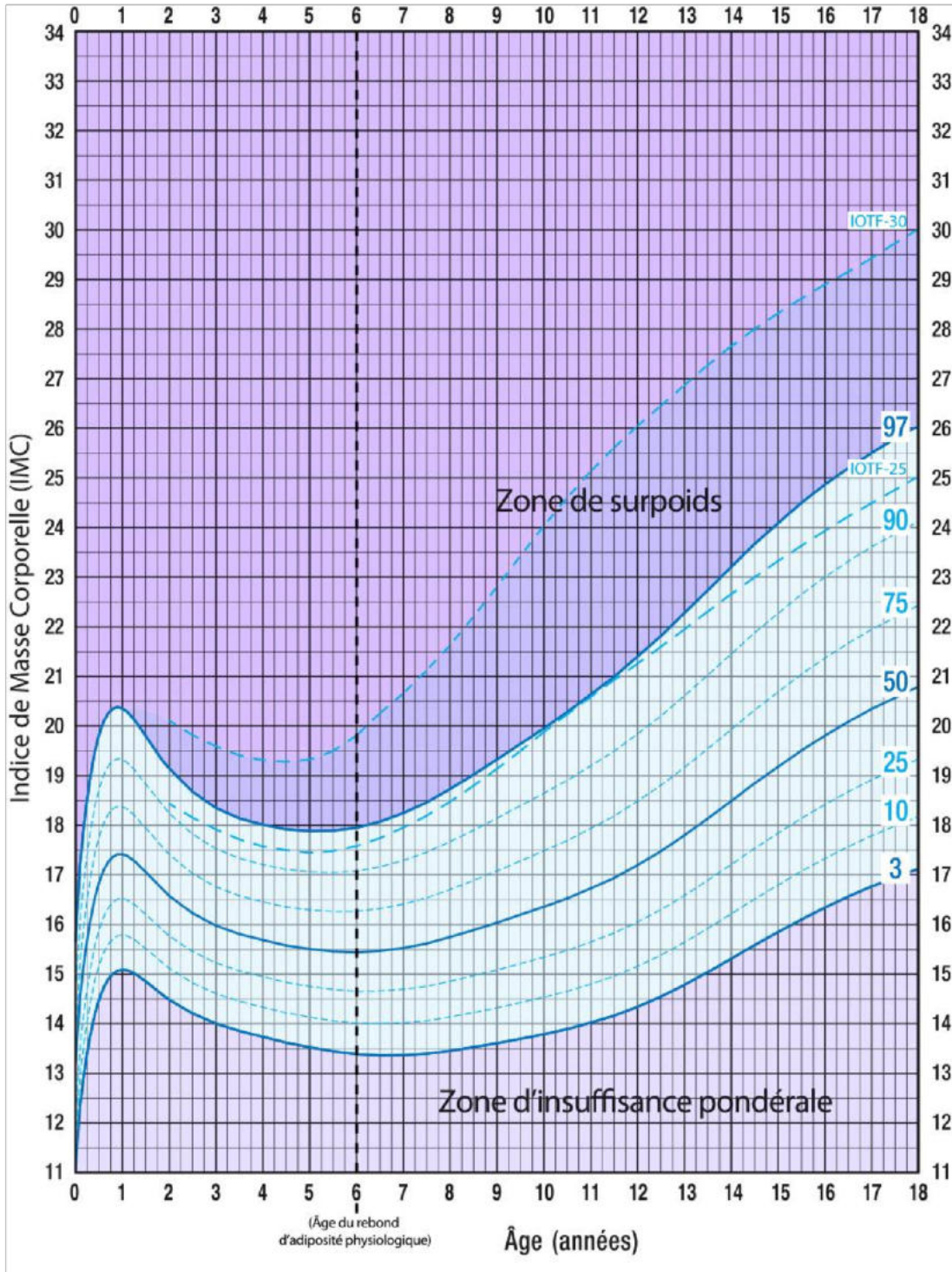
37. Ørtenblad L, Høtoft D, Krogh RH, Lynggaard V, Juel Christiansen J, Vinther Nielsen C, et al. Women's perspectives on motivational factors for lifestyle changes after gestational diabetes and implications for diabetes prevention interventions. *Endocrinol Diabetes Metab* [Internet]. 2021 [cité 23 août 2025];4(3). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/edm2.248>
38. Guignard R, al. SPF et, et al. Facteurs associés à l'envie d'arrêter de fumer et aux tentatives d'arrêt chez les fumeurs. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2021. 2023 [cité 23 août 2025]; Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/9-10/2023_9-10_2.html
39. Assurance Maladie. Élaborer un protocole pluriprofessionnel au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) disponible sur : [Internet]. Fécop. Date de publication inconnue. Disponible sur : <https://www.fecop.fr/sites/forms-etc/files/documentation/Protocole%20pluriprofessionnel%20-%20AM.pdf> [Internet]. [cité 6 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.fecop.fr/sites/forms-etc/files/documentation/Protocole%20pluriprofessionnel%20-%20AM.pdf>
40. Fédération Nationale des Orthophonistes [Internet]. 2025. Fédération Nationale des Orthophonistes. Disponible sur: <https://fno.fr/>
41. CNOP [Internet]. 2025. Ordre National des Pharmaciens. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/>
42. Structure régionale d'appui et d'expertise (SRAE) Nutrition Pays de la Loire. Fiche pratique obésité pédiatrique 44. 2019.
43. Ravoire S. Construction d'un protocole pluriprofessionnel dans une MSP en quartier prioritaire de la ville: l'exemple de l'insuffisance cardiaque chronique. 2024.
44. Berland Y., Mino J-C, Robelet M., et al. Les coopérations entre professionnels : actualité et enjeux. 2010;(adsp n° 70 mars 2010).
45. Haute Autorité de Santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? *Droit Déontologie Soins*. sept 2008;8(3):278-330.
46. FMH Comité central. L'interprofessionnalité : position du Comité central de la FMH. *Bulletin des médecins suisses*. 2018;99(44):1522–1523. [Internet]. [cité 6 sept 2025]. Disponible sur: https://www.fmh.ch/files/pdf22/linterprofessionalit_-_position_du_comit_central.pdf
47. Kherad O, Moret Bochatay M. Indispensable interprofessionnalité? *Rev Med Suisse*. 3 sept 2025;929:1547-8.

ANNEXES

Annexe 1. Courbes d'IMC des filles de 0 à 18 ans (kg/m²). Courbes AFPA – CRESS/INSERM 2018



Annexe 2. Courbes d'IMC des garçons de 0 à 18 ans (kg/m²). Courbes AFPA – CRESS/INSERM 2018



Annexe 3. Fiche d'information et de recrutement des experts

Fiche d'information et de recrutement des experts

Thèse de médecine générale :

Élaboration d'un consensus pour la coordination du parcours de soins des enfants et adolescents en situation de surpoids ou d'obésité (3-17 ans) : étude au sein de la Maison de Santé de la Blavetière

Chère consœur, cher confrère,

Je sollicite votre aide dans le cadre de ma thèse en médecine générale portant sur le surpoids et l'obésité de l'enfant.

Contexte :

Le surpoids et l'obésité pédiatrique sont devenus un problème de santé publique majeur.

En France, 17 % des enfants de 6 à 17 ans sont en surpoids, dont 4,6 % sont obèses.

Le surpoids et l'obésité pédiatrique sont une maladie chronique multifactorielle, qui résulte de l'interaction complexe entre des facteurs génétiques, environnementaux, comportementaux et socio-économiques.

L'alimentation déséquilibrée, l'augmentation du temps passé devant les écrans, l'inactivité physique et les facteurs psychosociaux sont retrouvés parmi les principales causes.

Mes recherches bibliographiques montrent que la prise en charge de cette maladie est souvent perçue comme complexe par les professionnels de santé de premier recours, notamment en raison des difficultés d'accès aux soins et de la mise en place d'une approche pluridisciplinaire.

But de l'étude :

Le but de mon travail est d'améliorer la prise en charge du surpoids et de l'obésité des enfants et de faciliter le travail des professionnels de premier recours en proposant un protocole de prise en charge pluridisciplinaire au sein de la maison de Santé de la Blavetière en me basant sur un protocole déjà établi et les recommandations HAS du Guide du Parcours de Soins du surpoids et de l'obésité pédiatrique (*Haute Autorité de la Santé. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e). Haute Autorité de Santé [Internet]. 2023 [cité 27 mars 2024]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-et-l-adolescent-e*)

Méthode :

Pour créer et valider le protocole, j'ai choisi de réaliser une méthode DELPHI qui est une technique d'élaboration de consensus obtenue en croisant de manière répétée les avis d'experts (personnes se sentant concernés par le sujet, de quelque manière que ce soit).

Dans ce cadre, je souhaiterais recueillir votre avis en tant qu'expert à travers un questionnaire qui vous présentera une série d'items à évaluer en terme de pertinence.

Pour chaque item, vous devrez indiquer votre degré d'accord sur une échelle de 1 (Pas du tout pertinent) à 10 (Tout à fait pertinent). Vous aurez également la possibilité d'ajouter un commentaire pour justifier votre choix ou faire une autre proposition. Le commentaire est obligatoire lorsque vous donnez une note < 7 à la proposition afin de justifier votre réponse, de proposer des pistes pour le second questionnaire ou bien lorsque vous ne serez pas en accord avec l'item proposé.

Les items proposés dans ce premier questionnaire proviennent d'un protocole déjà existant (réhabilité pour la maison de santé, que je vous joins également) et une synthèse de mes recherches bibliographiques.

A l'issue de ce questionnaire, je réaliserai une synthèse des réponses et vous transmettrai, dans un second questionnaire, les propositions reformulées qui n'auront pas fait consensus, en me basant sur vos commentaires et propositions, jusqu'à obtention d'un consensus pour chacun des items du questionnaire.

Le temps de réponse au questionnaire est estimé à une trentaine de minutes.

Deux à trois tours de questionnaires sont prévus sur une durée de 3 mois.

Liberté des participants :

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

Vous avez le droit de refuser d'y participer.

Vous avez également le droit de vous retirer de l'expérimentation à tout moment, sans avoir à en préciser la raison.

Au décours de cette étude, un protocole sera créé et soumis à votre maison de santé.

Confidentialité des participants :

Dans le cadre de cette étude, un traitement de données à caractère personnel va être réalisé. Nantes Université, située 1 quai de Tourville, 44035 Nantes, est responsable de ce traitement et promoteur de cette étude portée par Héloïse Bourdin. Elle en est responsable et assure l'organisation.

Vos données seront utilisées uniquement à des fins de recherche scientifique.

Ce traitement poursuit une finalité de recherche scientifique. Le traitement de vos données personnelles est basé sur la réalisation d'une mission d'intérêt public.

Toutes les données concernant le participant seront conservées et traitées de façon confidentielle.

Seules les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données.

Toutes les réponses aux différents tours de questionnaires seront totalement anonymisées.

Engagement des investigateurs :

En tant qu'investigateur principal, je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Les données que je recueille seront conservées jusqu'à la soutenance de thèse puis seront ensuite détruites.

Réglementation :

Au regard de la loi Informatique et Libertés et du RGPD, vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données et dans certains cas vous opposer au traitement de vos données.

Conformément à la loi, certaines données collectées peuvent ne pas être effacées si cette suppression rend impossible ou compromet gravement la réalisation des objectifs de la recherche. Pour exercer ces droits, ou pour toute question sur le traitement de vos données dans le cadre de ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de l'établissement à l'adresse dpo@univ-nantes.fr

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Je vous remercie de votre participation et reste à votre disposition pour toute question.

Bien confraternellement,

Héloïse Bourdin

Médecin généraliste remplaçante

heloise.bourdin@etu.univ-nantes.fr

Sous la direction du Dr Solène Guédon

Solene.Guedon@univ-nantes.fr

Annexe 4. Pré-questionnaire à remettre aux familles (MSP de Retiers)

Pré-questionnaire

PATIENT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Adresse principale :

Code postal :

Ville :

Téléphone portable :

Domicile :

Adresse mail :

Médecin traitant :

ANTECEDENTS PERSONNELS :

Poids de naissance :

Prise en charge antérieure du surpoids ou de l'obésité : oui non

Commentaires :

Pathologie(s) autre(s) : Asthme ? Troubles articulaires ?

ANTECEDENTS FAMILIAUX :

	Surpoids ou obésité	Hypertension artérielle	Diabète	Cholestérol	Autres
Père	Poids : Taille :	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Profession : Culture / région d'origine :
Mère	Poids : Taille :	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Profession : Culture / région d'origine :
Famille paternelle	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	-
Famille maternelle	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	-

Situation des parents :

- Parents vivants en couple

- Parents séparés
- Autre (préciser) :

Frères et sœurs :
 Nombre d'enfants dans la famille :
 Rang dans la fratrie :

Fille ou Garçon	Année de naissance	Surpoids ou obésité	
		Oui	Non
		Oui	Non
		Oui	Non
		Oui	Non

VIE SCOLAIRE :

Classe actuelle :
 Redoublement (précisez la classe) :
 Cantine : Oui Non
 Accueil périscolaire :
 Centre de vacances et loisirs :

ACTIVITES SPORTIVES :

Club de sport :
 Sport le week-end (en club et en famille) :

HISTOIRE DU POIDS :

A quel moment la prise de poids a-t-elle commencé ?

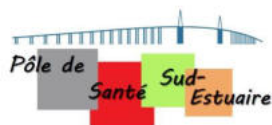
L'origine de la prise de poids est-elle liée à un évènement particulier (séparation, perte d'emploi, déménagement, décès d'un proche ...) ?

Annexe 5. Protocole initial

<u>PROTOCOLE INITIAL</u>	
Porteur du protocole	Maison de santé de la Blavetière
Titre du protocole	Protocole de prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique (3-17 ans) au sein de la MSP de la Blavetière
Référente / coordinatrice	Diététicienne
Liste des professions impliquées dans la PeC	Médecin généraliste, diététicienne, kinésithérapeutes, orthophoniste, infirmiers, psychomotricienne, podologue, pharmacienne
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Stabiliser voire diminuer la courbe d'IMC pendant la période de prise en charge • Accompagner l'enfant et sa famille en multidisciplinarité • Maintenir les nouveaux comportements adoptés
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer le contexte de la prise de poids (avec repérage du rebond d'adiposité) • Négocier des objectifs réalisables avec le patient et son entourage • Faire évoluer les habitudes de vie (alimentation, activité physique, gestion des émotions) du patient et son entourage • Impliquer l'entourage du patient à la prise en charge • Orienter le patient vers des professionnels de santé en fonction de ses besoins
Population cible	<p>Enfants et adolescents âgés de 3 à 17 ans ayant son médecin traitant installé dans la MSP, Ayant un IMC > 97^e percentile, Ou un IMC > au seuil IOTF-25 sur les courbes de croissance, Ou Ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance, Ou Rebond d'adiposité précoce Ou Changement rapide de couloir de la courbe d'IMC vers le haut</p>

<p>Déroulé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pré-annonce et annonce du diagnostic d'obésité ou de surpoids : commenter les mesures sur les courbes adaptées, information sur la maladie, proposer une prise en charge • Fournir au patient et à son entourage un pré-questionnaire à remplir (informations administratives, habitudes alimentaires) • Orientation vers la coordinatrice du protocole afin d'organiser un entretien individuel (= diagnostic éducatif) avec l'enfant et ses parents : proposer une prise en charge • Définition d'objectifs de prise en charge lors de l'entretien individuel et orientation vers les professionnels de la MSP intégrés au protocole selon les besoins de l'enfant et sa famille • RCP entre la coordinatrice, le médecin traitant et les professionnels impliqués dans le parcours de l'enfant • Accompagnement des familles pendant 12 mois avec coordination des professionnels et du médecin traitant : évaluation qualité de vie, ... • Transmission du bilan au médecin traitant • Bilan de fin de parcours avec la coordinatrice ; réorientation si besoin vers des structures de 2^e ou 3^e recours 	
<p>Évaluation</p>	<p>Indicateurs quantitatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'inclusion sur 1 an - Nombre d'enfants ayant suivi le parcours dans sa globalité à la suite du bilan initial <p>Indicateurs qualitatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilisation/diminution de l'IMC du patient sur la durée du parcours - Évaluation de la qualité de vie du patient entre le bilan initial et le bilan de fin de parcours (ressenties, satisfaction sur la prise en charge, estime de soi, satisfaction corporelle, relations intra-familiales ...) - Mise en place des objectifs négociés lors du bilan initial 	

Annexe 6. Plan d'Accompagnement Personnalisé du Surpoids 3-16 ans du Pôle de Santé de l'Estuaire



FICHE D'IDENTITE PROTOCOLE n°1

Date de Création	Octobre 2014
Date de modification	Décembre 2020
Porteur du protocole	Pôle de Santé Sud Estuaire
Titre du protocole	Plan d'Accompagnement Personnalisé du Surpoids 3-16 ans (PAPS)
Référent	Alice LE CARRE, coordinatrice
Liste des professions impliquées dans la prise en charge	Médecin généraliste, diététicienne, sophrologue-hypnothérapeute, psychopraticienne, podologue, ostéopathe, enseignant en APA <i>Projet 2021 : psychomotricienne, psychologue clinicienne</i>
Objectif général	Prévenir l'installation d'une obésité à l'âge adulte
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Stabiliser voir diminuer la courbe d'IMC pendant la période de prise en charge ➔ Accompagner l'enfant et sa famille en multidisciplinarité ➔ Maintenir les nouveaux comportements adoptés ; ré-orienter vers des structures du 2nd et 3^e recours le cas échéant
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer le contexte de la prise de poids (repérage du rebond d'adiposité) - Négocier des objectifs réalisables avec le patient et son entourage - Evoluer les habitudes de vie (alimentation, activité physique, gestion des émotions) du patient et de son entourage - Impliquer l'entourage du patient à la prise en charge - Orienter le patient vers des professionnels de santé en fonction de ses besoins
Population cible	Enfants et adolescents âgés de 3 à 16 ans avec un IMC > 97 ^e percentile sur la courbe ayant son médecin traitant installé sur le secteur de la CPTS Pays de Retz
Déroulé	<ol style="list-style-type: none"> 1) Orientation vers la coordinatrice du PAPS afin d'organiser un entretien individuel avec l'enfant et ses parents (distribution du flyer de présentation) ; prise de contact en amont avec envoi d'un questionnaire par mail (informations administratives et environnement de vie de l'enfant) 2) Définition d'objectifs de prise en charge lors de l'entretien individuel et orientation vers les professionnels intégrés au PAPS selon les besoins de l'enfant et sa famille ; prise en charge financière partielle des consultations par le PSSE. Bilan transmis au MT par messagerie sécurisée. 3) Accompagnement des familles pendant 10 mois avec coordination des professionnels et du MT. 4) Bilan de fin de parcours avec la coordinatrice ; réorientation si besoin. Bilan transmis au MT et autres structures. 5) Temps de rencontre entre la coordinatrice, le MT et les professionnels impliqués dans le parcours (en présentiel ou visio) 6) Continuité des prises en charge possible par la famille à leurs frais



FICHE D'IDENTITE PROTOCOLE n°1

<p>Evaluation</p>	<p><u>Indicateurs quantitatifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'inclusions sur 1 an - Nombre d'enfants ayant suivi le parcours dans sa globalité à la suite du bilan initial - Coût engagé en rapport au prévisionnel <p><u>Indicateurs qualitatifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilisation / diminution de l'IMC du patient sur la durée du parcours - Ressenti général du patient entre le bilan initial et le bilan de fin de parcours (estime de soi, satisfaction corporelle, relations intra-familiales, ...) - Mise en place des objectifs négociés lors du bilan initial
<p>Liste des documents associés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plaquette présentant le protocole - Courbes IMC filles / garçons de 0 à 18 ans - Questionnaire avant inclusion
<p>Liste des sources documentaires ou références</p>	<ul style="list-style-type: none"> - HAS (2011) - Assurance Maladie - Santé Publique France – résultats ESTEBAN (2015) - PNNS 4 (2019-2023) - www.obesiclic.fr - www.surpoids-enfant.fr - Thèse MSP Retiers - Thèse PSSE

Annexe 7. Questionnaire de la première ronde Delphi

PREMIERE PARTIE : LE DIAGNOSTIC											Commentaires
1) La population cible est adaptée											
1.1) Les critères d'inclusion sont adaptés											
1.1.1) L'âge d'inclusion (3-17 ans)	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1.1.2) IMC \geq 97e percentile ou \geq IOTF-25 sur les courbes de croissance	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1.1.3) Ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1.1.4) Rebond d'adiposité précoce (avant 6 ans)	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1.1.5) Changement rapide de couloir de la courbe d'IMC vers le haut	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1.1.6) Patient ayant son médecin traitant au sein du cabinet	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1.2) Les critères d'exclusion sont adaptés											
1.2.1) Patient de < 3 ans	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1.2.2) Patient de \geq 18 ans	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1.2.3) Patient n'étant pas patient du cabinet	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1.2.4) IMC \geq 99e percentile ou \geq IOTF-30 sur les courbes de croissance	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
DEUXIEME PARTIE : RECRUTEMENT ET CONSULTATION INITIALE											Commentaires
2) Le recrutement peut se faire par l'ensemble des professionnels de santé	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
3) Le déroulé de la consultation initiale											
3.1) Le médecin traitant du patient réalise la consultation initiale	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
3.2) Le médecin traitant du patient pose le diagnostic d'obésité ou de surpoids au cours de cette consultation	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
3.3) La distribution d'un pré-questionnaire comprenant les informations administratives et l'environnement de l'enfant est faite lors de cette consultation (pré-questionnaire disponible en annexe)	1	2	3	4	5	6	7	8	9		

4) L'entretien individuel										
4.1) L'entretien individuel est réalisé par la diététicienne (coordinatrice du protocole)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
4.2) Une enquête alimentaire est réalisée lors de cette consultation avec récupération du pré-questionnaire rempli par l'enfant et sa famille										
4.3) Des documents pratiques sont remis à l'enfant et ses parents										
4.4) Des objectifs spécifiques et personnalisés doivent être proposés à l'enfant et ses parents										
5) La réalisation d'un bilan complémentaire										
5.1) Il est nécessaire de réaliser un bilan complémentaire si l'enfant présente un ou plusieurs facteurs de risque d'obésité secondaire	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
5.2) Il comprend la recherche d'une dyslipidémie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
5.3) Il comprend la recherche d'un diabète de type II	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
5.4) Il est réalisé après la réalisation de l'entretien individuel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
TROISIEME PARTIE : CONSULTATIONS ET SUIVI										Commentaires
6) Le logiciel utilisé est commun à tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
7) Le temps de suivi des patients est suffisant (12 mois)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
8) Le suivi avec chaque professionnel de santé										
8.1) Avec le médecin traitant : une consultation initiale avec 1 consultation par mois les 3 premiers mois puis suivi tous les 3 mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

8.2) Avec le médecin traitant : une consultation initiale avec 1 consultation par mois les 3 premiers mois puis suivi tous les 3 mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
8.3) Avec le/la psychologue : consultation au cas par cas selon les besoins de l'enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
8.4) Avec les kinésithérapeutes : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
8.5) Avec la psychomotricienne : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
8.6) Avec l'orthophoniste : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
8.7) Avec la pharmacienne : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
8.8) Avec les infirmiers : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
8.9) Avec le podologue : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
8.10) Avec l'Infirmière en Pratique Avancée (IPA) : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
9) Consultation de fin de parcours										
9.1) Elle est réalisée par la coordinatrice du projet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
9.2) Il est préférable qu'elle soit réalisée dans le même temps que la dernière consultation de suivi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
9.3) Une réorientation vers des structures de 2e ou 3e recours peut être nécessaire	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10) Des transmissions entre les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'enfant sont réalisées										
10.1) Après chaque intervention d'un professionnel de santé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

10.2) Par mail	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10.3) En présentiel ou visioconférence (réunion pluriprofessionnelles)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10.4) Via le logiciel commun utilisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
QUATRIEME PARTIE : CONCERNANT LA FORME DU PROTOCOLE										Commentaires
11) Le protocole est compréhensible										
11.1) La présentation de ce protocole sous forme d'un tableau est pertinente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
11.2) Une version courte sous forme d'un arbre décisionnel en facilite l'utilisation en consultation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Annexe 8. Questionnaire de la deuxième ronde Delphi

PREMIERE PARTIE : LE DIAGNOSTIC										Commentaires
1) La population cible est adaptée										
1.1) Les critères d'inclusion sont adaptés										
1.1.6) Patient étant suivi par au moins l'un des membres de la maison de santé (professionnel de santé médical ou paramédical)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1.1.7) IMC \geq 99e percentile ou \geq IOTF-30 sur les courbes de croissance, si une obésité secondaire a été éliminée (pathologies syndromiques ou génétiques, hormonales, médicamenteuses, ...)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1.2) Les critères d'exclusion sont adaptés										
1.2.3) Patient n'étant pas suivi par au moins l'un des membres de la maison de santé (professionnel de santé médical ou paramédical)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1.2.4) IMC \geq 99e percentile ou \geq IOTF-30 sur les courbes de croissance si une obésité secondaire a été diagnostiquée (pathologies syndromiques ou génétiques, hormonales, médicamenteuses, ...)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
DEUXIEME PARTIE : RECRUTEMENT ET CONSULTATION INITIALE										Commentaires
3) Le déroulé de la consultation initiale										
3.2) Le médecin traitant du patient pose le diagnostic d'obésité, de surpoids, de rebond d'adiposité précoce ou de changement rapide de couloir au cours de cette consultation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
3.3) La distribution d'un pré-questionnaire comprenant les informations administratives et l'environnement de l'enfant est faite lors de cette consultation (pré-questionnaire disponible en annexe)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
3.4) La distribution d'un pré-questionnaire comprenant les informations administratives et l'environnement de l'enfant est	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

faite dans un second temps, lors de l'entretien individuel avec la diététicienne										
5) La réalisation d'un bilan complémentaire										
5.2) Il comprend la recherche d'une dyslipidémie chez les enfants en obésité avérée (IMC ≥ 99e percentile ou ≥ IOTF-30)* <i>*et si présence de facteurs de risque d'obésité secondaire</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
5.3) Il comprend la recherche d'un diabète, notamment à partir de l'âge de 10 ans* <i>*et si présence de facteurs de risque d'obésité secondaire</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
5.4) Il est proposé à la suite de la consultation initiale avec le médecin traitant* <i>*et si présence de facteurs de risque d'obésité secondaire</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
TROISIEME PARTIE : CONSULTATIONS ET SUIVI										Commentaires
7.1) Le temps moyen de suivi des patients peut être allongé au cas par cas jusqu'à 18 mois, en fonction des besoins de l'enfant et sa famille	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
7.2) Cette intervention peut être raccourcie en cas de progrès rapides de l'enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
7.3) Cette intervention peut être raccourcie en cas de perte de motivation de l'enfant ou de sa famille	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
8) Le suivi avec chaque professionnel de santé										
8.1) Le temps moyen de suivi des patients peut être allongé au cas par cas jusqu'à 18 mois, en fonction des besoins de l'enfant et sa famille	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
8.4) Avec les kinésithérapeutes : consultation systématique sur prescription médicale, avec suivi à adapter en fonction de l'enfant (ex : bilan diagnostic, évaluation initiale clinique ciblée (articulaire, respiratoire, postural ...), évaluation des limitations d'activités et de la participation, désadaptation à l'effort, ...)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

<p>8.5) Avec la psychomotricienne : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas (ex : troubles de la coordination notamment dans la gestuelle, des troubles du comportement à type de régulation émotionnelle, de signes anxiodépressifs à expression psychocorporelle (stress, tics, tensions musculaires...), des difficultés relationnelles et d'expression des émotions, des troubles de la représentation du corps (en lien avec l'estime de soi et le développement d'un schéma corporel), des troubles des fonctions exécutives, ...)</p>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<p>8.6) Avec l'orthophoniste : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas (ex : troubles de communication verbale et non verbale, des fonctions oro-myo-faciales comme les troubles de l'oralité, ...)</p>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<p>8.7) Avec la pharmacienne : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas (ex : renforcer les messages de conseil, de prévention et d'éducation, faire le lien entre poids et distribution des médicaments dans l'organisme (pharmacocinétique), mise en place d'un traitement à expliquer, ...)</p>										
<p>8.9) Avec le podologue : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas (ex : bilan postural, douleurs ostéoarticulaires, affaissement de la voûte plantaire, ...)</p>										
<p>8.10) Avec les infirmiers (IDE formés, IPA, IDE Asalée) : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas (ex : évaluer l'état de santé de l'enfant en relai avec les consultations médicales,</p>										


mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de son évaluation globale, actions de prévention et d'éducation thérapeutique, enseignement individualisé et familial, activités de groupe, ...)										
10) Des transmissions entre les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'enfant sont réalisées										
10.2) La transmission des informations en présentiel, visioconférence ou email sécurisé peut se faire pour échanger sur les différents dossiers, au cas par cas de l'enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	


Annexe 9. Questionnaire des caractéristiques socio-professionnelles des experts

Questionnaire des caractéristiques socio-professionnelles des experts

Adresse email	
Quelle est votre profession ?	
Quel est votre mode d'exercice, libéral, salarié ou mixte ?	
Depuis combien de temps exercez-vous dans la maison de santé ?	
Quelle est la part de pédiatrie dans votre patientèle ?	

Annexe 10. Résultats de la première ronde Delphi

 Item validé (Consensus avec absence de désaccord et de commentaires discordants)

 Item non validé (Absence de consensus, présence d'un désaccord ou de commentaires discordants)

Items	Scores entre 1 et 3 (%)	Scores entre 7 et 9 (%)	Score Médian	Accord	Consensus	Commentaires discordants	Synthèse des commentaires
PREMIERE PARTIE : Le diagnostic							
1. La population cible est adaptée							
1.1) Les critères d'inclusion sont adaptés							
1.1.1) L'âge d'inclusion (3-17 ans)	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	<p>« Préciser l'âge 3-17 ans inclus ou > 3 ans < 18 ans »</p> <p>« faut-il que l'enfant présente tous les critères de 2 à 5 ? »</p> <p>« la courbe va diminuer entre 3 et 6 ans »</p> <p>« rebond d'adiposité non systématique chez les enfants »</p> <p>« Peut-on l'étendre aux différents médecins du Pays de Retz ? »</p>
1.1.2) IMC ≥ 97 ^e percentile ou ≥ IOTF-25 sur les courbes de croissance	0%	87,5%	8,5	Oui	Oui	Non	
1.1.3) Ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance	12,5%	75%	8,5	Oui	Oui	Non	
1.1.4) Rebond d'adiposité précoce (avant 6 ans)	0%	87,5%	9	Oui	Oui	Non	
1.1.5) Changement rapide de couloir de la courbe d'IMC vers le haut	0%	87,5%	9	Oui	Oui	Non	
1.1.6) Patient ayant son médecin traitant au sein du cabinet	12,5%	75%	9	Oui	Oui	Oui	

1.2) Les critères d'exclusion sont adaptés						
1.2.1) Patient de < 3 ans	0%	100%	9	Oui	Oui	Non
1.2.2) Patient de ≥ 18 ans	0%	100%	9	Oui	Oui	Non
1.2.3) Patient n'étant pas patient du cabinet	12,5%	62,5%	9	Oui	Oui	Oui
1.2.4) IMC ≥ 99 ^e percentile ou ≥ IOTF-30 sur les courbes de croissance	12,5%	62,5%	8,5	Oui	Oui	Oui

« à voir en fonction de la durée du protocole et du nombre de recrutement pour les patients du cabinet »

« Ayant des patients différents de la MSP, ce serait pertinent »

« Beaucoup de patients sans MT dans ma patientèle »

« Je pense que même les obésités sévères, une fois les étiologies secondaires écartées doivent pouvoir intégrer le protocole »

« Si pas de pathologies, pourquoi ne pas les prendre en charge ? »

« Ces patients ont un problème de poids... il faut leur proposer une prise en charge »

Items	Scores entre 1 et 3 (%)	Scores entre 7 et 9 (%)	Médiane	Accord	Consensus	Commentaires discordants	Synthèse des commentaires
DEUXIÈME PARTIE : Le recrutement et la consultation initiale							
2) Le recrutement peut se faire par l'ensemble des professionnels de santé	12,5%	87,5%	8,5	Oui	Oui	Non	<p>« Le « repérage » peut être fait par tout le monde. Le MG doit inclure/recruter »</p> <p>« Merci de nous donner quelques « clefs » pour oser en parler avec les parents sans vexer. Si on arrive à recruter il faudrait pouvoir prendre nous même le RDV avec le médecin traitant pour éviter de perdre encore 4 semaines pour avoir le RDV »</p>
3) Le déroulé de la consultation initiale							
3.1) Le médecin traitant du patient réalise la consultation initiale	0%	87,5%	9	Oui	Oui	Non	« Potentiellement chronophage ? »
3.2) Le médecin traitant du patient pose le diagnostic d'obésité ou de surpoids au cours de cette consultation	12,5%	75%	8	Oui	Oui	Oui	<p>« ou de rebond d'adiposité ou changement de couloir »</p> <p>« La diététicienne peut également soumettre le diagnostic si le patient n'a pas de MT ? »</p>
3.3) La distribution d'un pré-questionnaire comprenant les	25%	62,5%	8	Oui	Oui	Oui	

informations administratives et l'environnement de l'enfant est faite lors de cette consultation (<i>pré-questionnaire disponible en annexe</i>)							<p>« Dans un second temps avec la diététicienne »</p> <p>« Peut être remis »</p> <p>« Ce questionnaire pourrait être remis lors du recrutement par n'importe quel professionnel de santé »</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

Items	Scores entre 1 et 3 (%)	Scores entre 7 et 9 (%)	Médiane	Accord	Consensus	Commentaires discordants	Synthèse des commentaires
-------	-------------------------	-------------------------	---------	--------	-----------	--------------------------	---------------------------

DEUXIÈME PARTIE : Le recrutement et la consultation initiale

4) L'entretien individuel

4.1) L'entretien individuel est réalisé par la diététicienne (coordinatrice du protocole)	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	
4.2) Une enquête alimentaire est réalisée lors de cette consultation avec récupération du pré-questionnaire rempli par l'enfant et sa famille	0%	87,5%	9	Oui	Oui	Non	

4.3) Des documents pratiques sont remis à l'enfant et ses parents	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	« Oui mais lesquels ? »
4.4) Des objectifs spécifiques et personnalisés doivent être proposés à l'enfant et ses parents	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	« Je ne sais pas » « Oui mais lesquels ? » « Quels objectifs ? Tracés où ? »

Items	Scores entre 1 et 3 (%)	Scores entre 7 et 9 (%)	Médiane	Accord	Consensus	Commentaires discordants	Synthèse des commentaires
DEUXIEME PARTIE : recrutement et consultations initiales							
5) La réalisation d'un bilan complémentaire							
5.1) Il est nécessaire de réaliser un bilan complémentaire si l'enfant présente un ou plusieurs facteurs de risque d'obésité secondaire	12,5%	87,5%	8,5	Oui	Oui	Non	« Recommandations à revoir » « Non. Je ne prévois pas de bilan à 3-4 ans par exemple... » « Je n'ai pas cette notion »
5.2) Il comprend la recherche d'une dyslipidémie	12,5%	62,5%	8,5	Oui	Oui	Oui	« peut-être ne pas préciser « type 2 » mais plutôt « secondaire ou non » ? »
5.3) Il comprend la recherche d'un diabète de type II	12,5%	62,5%	8,5	Oui	Oui	Oui	« Je pense qu'il faut qu'il soit fait avant l'entrée dans le protocole »
5.4) Il est réalisé après la réalisation de	37,5%	37,5%	5	Non	Non	Oui	

l'entretien individuel							<p>« Après la consultation initiale plutôt »</p> <p>« Pour éviter TROP de RDV pour la famille et les professionnels de santé, je pense que ce repérage et ces examens complémentaires pourraient être proposés par le MG lors de la consultation initiale »</p> <p>« Pourquoi pas pendant ? Compliqué de multiplier les RDV »</p>
TROISIEME PARTIE : consultations et suivi							
6) Le logiciel utilisé est commun à tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'enfant	12,5%	87,5%	9	Oui	Oui	Non	<p>« Logiciel métier pour nous »</p> <p>« Oui au maximum, mais certains « extérieurs » sont envisageables »</p> <p>« Logiciel métier »</p>
7) Le temps de suivi des patients est suffisant (12 mois)	12,5%	62,5%	8,5	Oui	Oui	Oui	<p>« Voir pour avoir la possibilité de le doubler chez les enfants chez qui on peut mieux faire ? Établir une liste de critères »</p> <p>« Pour moi l'intervention doit</p>

							<p><i>être plus courte pour limiter les perdus de vue »</i></p> <p><i>« Selon les enfants peut être peut-on envisager une flexibilité ? »</i></p>
--	--	--	--	--	--	--	---

Items	Scores entre 1 et 3 (%)	Scores entre 7 et 9 (%)	Médiane	Accord	Consensus	Commentaires discordants	Synthèse des commentaires
-------	-------------------------	-------------------------	---------	--------	-----------	--------------------------	---------------------------

TROISIEME PARTIE : consultations et suivi

8) Le suivi avec chaque professionnel de santé

8.1) Avec le médecin traitant : une consultation initiale avec 1 consultation par mois les 3 premiers mois puis suivi tous les 3 mois	25%	25%	6	Oui	Non	Oui	<p><i>« Cela me paraît trop au vu de nos plannings »</i></p> <p><i>« à discuter, je comprend l'intérêt de voir souvent l'enfant dans la phase initiale, en pratique compliqué ! »</i></p> <p><i>« MG tous les 3 mois »</i></p> <p><i>« Je me pose la question de l'utilité d'un suivi mensuel ? »</i></p> <p><i>« Trop chronophage ! Impossible à tenir pour les familles »</i></p> <p><i>« Potentiellement chronophage ? »</i></p>
---	-----	-----	---	-----	-----	------------	---

							« 1 cs par mois avec le MG c'est compliqué à tenir (en plus de la diét) »
8.2) Avec la diététicienne : une consultation pour l'entretien individuel initial puis suivi tous les 2 mois pendant 6 mois puis tous les 3 mois	0%	87,5%	8	Oui	Oui	Non	« 1/mois avec la diététicienne pendant 6 mois ? »
8.3) Avec le/la psychologue : consultation au cas par cas selon les besoins de l'enfant	0%	100%	8	Oui	Oui	Non	« Professionnel nécessaire dans la majorité des prises en charge. Pas de psychologue actuellement dans la MSP »
8.4) Avec les kinésithérapeutes : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas	0%	75%	8	Oui	Oui	Oui	« Si besoin cela est super mais qui prend en charge les honoraires des professionnels de santé sans remboursement par la CPAM ? »
8.5) Avec la psychomotricienne : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas	0%	87,5%	8	Oui	Oui	Oui	« inclus systématiquement dans le protocole pour activité physique »
8.6) Avec l'orthophoniste : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas	0%	62,5%	8	Oui	Oui	Oui	« Kiné ou APA ? » « Je ne sais pas ses compétences dans la prise en

							<i>charge de l'obésité pédiatrique »</i> <i>« Dépistage troubles de l'oralité systématique ? »</i> <i>« Je vois moins de lien avec l'orthophonie, mais si ça reste au cas par cas, ça me va »</i>
--	--	--	--	--	--	--	---

Items	Scores entre 1 et 3 (%)	Scores entre 7 et 9 (%)	Médiane	Accord	Consensus	Commentaires discordants	Synthèse des commentaires
-------	-------------------------	-------------------------	---------	--------	-----------	--------------------------	---------------------------

TROISIEME PARTIE : consultations et suivi

8) Le suivi avec chaque professionnel de santé

8.7) Avec la pharmacienne : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas	25%	37,5%	6	Oui	Non	Oui	<i>« Je ne sais pas ses compétences dans la prise en charge de l'obésité pédiatrique »</i> <i>« quelles indications ? »</i>
8.8) Avec les infirmiers : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas	12,5%	62,5%	8	Oui	Oui	Oui	<i>« Je vois moins de lien avec la pharmacie, mais si ça reste au cas par cas, ça me va »</i> <i>« Intéressant si mise en place d'un traitement à expliquer »</i>
8.9) Avec le podologue : consultation sur	0%	75%	7,5	Oui	Oui	Oui	<i>« Je ne vois pas ? »</i>


prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas							« Je vois moins de lien avec les infirmiers, mais si ça reste au cas par cas, ça me va »
8.10) Avec l'Infirmière en Pratique Avancée : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas	12,5%	75%	7	Oui	Oui	Oui	<p>« Je vois moins de lien avec la podologie, mais si ça reste au cas par cas, ça me va »</p> <p>« Je ne sais pas ses compétences dans la prise en charge de l'obésité pédiatrique »</p> <p>« A discuter mais je ne suis pas sûre que notre IPA puisse voir des enfants »</p> <p>« Là je ne comprends pas l'intérêt surtout si tous les autres professionnels de santé interviennent déjà à moins que l'IPA puisse faire de l'ETP sur le diabète et si un diabète est décelé »</p> <p>« Si besoin d'ETP plus poussée »</p> <p>« Si protocole spécifique enfants (diabète, dyslipidémie, RHD) »</p>


Items	Scores entre 1 et 3 (%)	Scores entre 7 et 9 (%)	Médiane	Accord	Consensus	Commentaires discordants	Synthèse des commentaires
TROISIEME PARTIE : consultations et suivi							
9) Consultation de fin de parcours							
9.1) Elle est réalisée par la coordinatrice du projet	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	« Pour moi à 6 mois » « Oui, adressage par le médecin traitant » « A faire préciser (quelles structures ?) » « Même si leur plus-value est souvent modeste, à l'appréciation du MG »
9.2) Il est préférable qu'elle soit réalisée dans le même temps que la dernière consultation de suivi	0%	100%	8,5	Oui	Oui	Non	
9.3) Une réorientation vers des structures de 2 ^e ou 3 ^e recours peut être nécessaire	0%	87,5%	9	Oui	Oui	Non	
10) Des transmissions entre les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'enfant sont réalisées							
10.1) Après chaque intervention d'un professionnel de santé	0%	100%	8,5	Oui	Oui	Non	« Dans notre logiciel moteur » « Non, par notre logiciel moteur » « Je mettrai en 1) logiciel commun et le reste (mail et présentiel) en si besoin »
10.2) Par mail	25%	37,5%	5,5	Oui	Non	Oui	
10.3) En présentiel ou visioconférence (réunion pluriprofessionnelles)	25%	50%	6	Oui	Non	Oui	
10.4) Via le logiciel commun utilisé	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	

							<p><i>« email sécurisé ou logiciel moteur »</i></p> <p><i>« Via le logiciel moteur pour plus de praticité, de traçabilité et de sécurité des données</i></p> <p><i>« Si info spécifique »</i></p> <p><i>« si nécessaire, après un post-it pour caler un échange »</i></p> <p><i>« Au cas par cas car encore une fois chronophage et je préfère en présentiel »</i></p> <p><i>« Réunion en présentiel pour échanger sur les différents cas et l'harmonisation des pratiques. Fréquence à déterminer »</i></p>
--	--	--	--	--	--	--	--

Items	Scores entre 1 et 3 (%)	Scores entre 7 et 9 (%)	Médiane	Accord	Consensus	Commentaires discordants	Synthèse des commentaires
QUATRIEME PARTIE : concernant la forme du protocole							
11.1) La présentation de ce protocole sous forme d'un tableau est pertinente	0%	87,5%	8	Oui	Oui	Non	<i>« L'arbre décisionnel est selon moi plus compréhensible et concis »</i> <i>« en plus du tableau »</i>
11.2) Une version courte sous forme d'un arbre décisionnel en facilite l'utilisation en consultation	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	

Annexe 11. Résultats de la deuxième ronde Delphi

 Item validé (Consensus avec absence de désaccord et de commentaires discordants)

 Item non validé (Absence de consensus, présence d'un désaccord ou de commentaires discordants)

Items	Scores entre 1 et 3 (%)	Scores entre 7 et 9 (%)	Médiane	Accord	Consensus	Commentaires discordants	Synthèse des commentaires
PREMIÈRE PARTIE : Le diagnostic							
1) La population cible est adaptée							
1.1) Les critères d'inclusion sont adaptés							
1.1.6) Patient étant suivi par au moins l'un des membres de la maison de santé (professionnel de santé médical ou paramédical)	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	
1.1.7) IMC \geq 99 ^e percentile ou \geq IOTF-30 sur les courbes de croissance, si une obésité secondaire a été éliminée (<i>pathologies syndromiques ou génétiques, hormonales, médicamenteuses, ...</i>)	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	
1.2) Les critères d'exclusion sont adaptés							
1.2.3) Patient n'étant pas suivi par au moins l'un des membres de la maison de santé (professionnel de santé médical ou paramédical)	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	

1.2.4) IMC \geq 99 ^e percentile ou \geq IOTF-30 sur les courbes de croissance si une obésité secondaire a été diagnostiquée (<i>pathologies syndromiques ou génétiques, hormonales, médicamenteuses, ...</i>)	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	
--	----	------	---	-----	-----	-----	--

Items	Scores entre 1 et 3 (%)	Scores entre 7 et 9 (%)	Médiane	Accord	Consensus	Commentaires discordants	Synthèse des commentaires
-------	-------------------------	-------------------------	---------	--------	-----------	--------------------------	---------------------------

DEUXIÈME PARTIE : RECRUTEMENT ET CONSULTATION INITIALE

3) Le déroulé de la consultation initiale

3.2) Le médecin traitant du patient pose le diagnostic d'obésité, de surpoids, de rebond d'adiposité précoce ou de changement rapide de couloir au cours de cette consultation	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	« La diététicienne ne pourrait pas faire le bilan ? »
--	----	------	---	-----	-----	-----	---

3.3) La distribution d'un pré-questionnaire comprenant les informations administratives et l'environnement de l'enfant est faite lors de cette consultation (pré-questionnaire disponible en annexe)	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	
3.4) La distribution d'un pré-questionnaire comprenant les informations administratives et l'environnement de l'enfant est faite dans un second temps, lors de l'entretien individuel avec la diététicienne	12,5%	50%	7	Oui	Oui	Oui	<p>« Pré-questionnaire à distribuer par le médecin, en revanche il peut être réceptionné (une fois rempli) par la diététicienne »</p> <p>« On peut donner ce questionnaire lors de la consultation avec MT »</p> <p>« Avant le rendez-vous pour avoir les infos en amont »</p> <p>« Plutôt arriver avec le pré-questionnaire complété »</p>

5) La réalisation d'un bilan complémentaire							
<p>5.2) Il comprend la recherche d'une dyslipidémie chez les enfants en obésité avérée (IMC \geq 99^e percentile ou \geq IOTF-30)*</p> <p><i>*et si présence de facteurs de risque d'obésité secondaire</i></p>	25%	75%	9	Oui	Oui	Oui	<p>« Comment fait-on si ce n'est pas un patient suivi par un médecin du cabinet ? »</p> <p>« Pas d'examen complémentaire dans le protocole, à garder pour l'échange interpro »</p> <p>« Non je pense que les patients inclus dans le protocole sont en obésité primaire donc pas de bilan »</p>
<p>5.3) Il comprend la recherche d'un diabète, notamment à partir de l'âge de 10 ans*</p> <p><i>*et si présence de facteurs de risque d'obésité secondaire</i></p>	12,5%	87,5%	9	Oui	Oui	Oui	<p>« Comment fait-on si ce n'est pas un patient suivi par un médecin du cabinet ? »</p> <p>« Pas d'examen complémentaire dans le protocole, à garder pour l'échange interpro »</p> <p>« Ok s'il y a des facteurs de risque et aucun bilan de fait »</p>

5.4) Il est proposé à la suite de la consultation initiale avec le médecin traitant*	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	
<i>*si présence de facteurs de risque d'obésité secondaire</i>							

Items	Scores entre 1 et 3 (%)	Scores entre 7 et 9 (%)	Médiane	Accord	Consensus	Commentaires discordants	Synthèse des commentaires
TROISIÈME PARTIE : CONSULTATIONS ET SUIVI							
7.1) Le temps moyen de suivi des patients peut être allongé au cas par cas jusqu'à 18 mois, en fonction des besoins de l'enfant et sa famille	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	

7.2) Cette intervention peut être raccourcie en cas de progrès rapides de l'enfant	25%	62,5%	7,5	Oui	Oui	Oui	Pas de commentaire <i>« Ne vaut-il pas mieux accompagner le plus loin possible pour assurer la pérennité des résultats positifs ? »</i> <i>« L'enfant qui progresse doit être soutenu tout de même ! »</i> <i>« Au niveau diététique, un accompagnement sur du long terme permet de mieux consolider la compréhension et les bonnes habitudes alimentaires »</i>
--	-----	-------	-----	-----	-----	------------	---

7.3) Cette intervention peut être raccourcie en cas de perte de motivation de l'enfant ou de sa famille	12,5%	62,5%	8	Oui	Oui	Non	<p>Pas de commentaire</p> <p>« OK, la perte de motivation se caractérisera par le fait que l'enfant/famille ne viennent plus »</p> <p>« L'idée est aussi de les sensibiliser à l'importance d'une prise en charge pour limiter la perte de motivation. Il y aura malgré tout des familles qui ne suivront pas l'ensemble du parcours »</p> <p>« Garder un suivi même en cas de perte de motivation peut permettre à la famille de se re-mobiliser »</p>
8) Le suivi avec chaque professionnel de santé							
8.1) Avec le médecin traitant : une consultation initiale puis suivi tous les 3 mois sur toute la période d'accompagnement	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	

8.4) Avec les kinésithérapeutes : consultation systématique sur prescription médicale, avec suivi à adapter en fonction de l'enfant (ex : bilan diagnostic, évaluation initiale clinique ciblée (articulaire, respiratoire, postural ...), évaluation des limitations d'activités et de la participation, désadaptation à l'effort, ...)	12,5%	87,5%	9	Oui	Oui	Non	<i>« L'activité physique peut-elle être délivrée par le kiné ou l'association POULP' »</i>
--	-------	-------	---	-----	-----	-----	--

8.5) Avec la psychomotricienne : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas (<i>ex : troubles de la coordination notamment dans la gestuelle, des troubles du comportement à type de régulation émotionnelle, de signes anxiodépressifs à expression psychocorporelle (stress, tics, tensions musculaires...), des difficultés relationnelles et d'expression des émotions, des troubles de la représentation du corps (en lien avec l'estime de soi et le développement d'un schéma corporel), des troubles des fonctions exécutives, ...</i>)	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	
---	----	------	---	-----	-----	-----	--

Items	Scores entre 1 et 3 (%)	Scores entre 7 et 9 (%)	Médiane	Accord	Consensus	Commentaires discordants	Synthèse des commentaires
TROISIÈME PARTIE : CONSULTATIONS ET SUIVI (suite)							
8) Le suivi avec chaque professionnel de santé (suite)							
8.6) Avec l'orthophoniste : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas (<i>ex : troubles de communication verbale et non verbale, des fonctions oro-myo-faciales comme les troubles de l'oralité, ...</i>)	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	
8.7) Avec la pharmacienne : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas (<i>ex : renforcer les messages de conseil, de prévention et d'éducation, faire le lien entre poids et distribution des médicaments dans l'organisme (pharmacocinétique), mise en place d'un traitement à expliquer, ...</i>)	0%	87,5%	9	Oui	Oui	Non	<p><i>“ Pour moi ça doit être rare”</i></p> <p><i>“ Temps de séance à bien définir en amont, 30 minutes me semble correct. Revoir la rémunération de ces séances”</i></p>
8.9) Avec le podologue : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas (<i>ex : bilan postural, douleurs ostéoarticulaires, affaissement de la voûte plantaire, ...</i>)	0%	100%	9	Oui	Oui	Non	« OK »

8.10) Avec les infirmiers (IDE formés, IPA, IDE Asalée) : consultation sur prescription du médecin suivant l'enfant au cas par cas (ex : évaluer l'état de santé de l'enfant en relai avec les consultations médicales, mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de son évaluation globale, actions de prévention et d'éducation thérapeutique, enseignement individualisé et familial, activités de groupe, ...)	12,5%	87,5%	8	Oui	Oui	Non	« Je ne pense pas que les IDE chez nous soient motivés / formés » « + formation de l'IPA à la PEC obésité de l'enfant »
---	-------	-------	---	-----	-----	-----	--

10) Des transmissions entre les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'enfant sont réalisées

10.2) La transmission des informations en présentiel, visioconférence ou email sécurisé peut se faire pour échanger sur les différents dossiers, au cas par cas de l'enfant	0%	75%	9	Oui	Oui	Oui	« Si tous les professionnels concernés sont dans la MSP, utilisation du logiciel métier » « L'utilisation du logiciel WEDA me paraît plus réaliste dans un premier temps. Une évolution des échanges pourra être adaptée une fois le
---	----	-----	---	-----	-----	------------	---

							<i>protocole mis en place. »</i>
--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

NOM : BOURDIN

PRENOM : HELOISE

Titre de Thèse : Élaboration d'un consensus pour la coordination du parcours de soins des enfants et adolescents en situation de surpoids ou d'obésité (3-17 ans) : étude au sein de la Maison de Santé de la Blavetière

RESUME

Introduction : Le surpoids et l'obésité pédiatriques constituent un problème majeur de santé publique, touchant près d'un enfant sur cinq en France, malgré une stabilisation de leur prévalence depuis les années 2000. Ces pathologies chroniques, d'origine multifactorielle, nécessitent une prise en charge précoce et coordonnée pour prévenir les complications à long terme. Cependant, les professionnels de soins primaires se heurtent à des difficultés, notamment liées à l'organisation d'une prise en charge pluriprofessionnelle et à la coordination du parcours de soins. Ainsi, l'élaboration d'un protocole de soins pluriprofessionnel au sein d'une maison de santé semble pertinente.

Matériel et Méthode : La méthode Delphi a été utilisée pour réaliser cette étude. Elle repose sur la proposition d'items sous forme de questionnaires anonymisés, itératifs, afin d'obtenir un consensus entre les différents experts participants. L'objectif était d'élaborer un protocole consensuel de coordination du parcours de soins des enfants et adolescents de 3 à 17 ans en situation de surpoids ou d'obésité. Cette étude a été menée au sein de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de la Blavetière.

Résultats et Discussion : Deux tours de questionnaires ont permis de valider quarante items qui ont été intégrés dans le protocole final. Celui-ci prévoit un parcours structuré et coordonné, incluant chaque professionnel de santé nécessaire aux objectifs fixés pour chaque enfant. L'étude a mis en évidence les limites liées au recrutement et à la méconnaissance des rôles interprofessionnels ainsi que la difficulté à concilier recommandations nationales et réalités de terrain.

Conclusion : Cette étude a permis d'élaborer un protocole pluridisciplinaire, consensuel et adapté au contexte d'une MSP. Ce protocole vise à améliorer la coordination des soins pour les enfants et adolescents en situation de surpoids ou d'obésité. Il met en valeur la nécessité d'une approche multidisciplinaire et centrée sur l'enfant et sa famille. Ce protocole constitue une première étape structurante et transposable à d'autres structures de soins de ce type. L'élaboration de ce protocole encourage à poursuivre le travail en réalisant une évaluation de son utilisation dans la pratique courante.

MOTS-CLES

Protocole pluriprofessionnel, parcours de soins, obésité pédiatrique, surpoids infantile, méthode Delphi, Maison de Santé Pluriprofessionnelle