



Les ressentis et pratiques des médecins généralistes de la Somme dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte en médecine générale. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Lucille Ali

► To cite this version:

Lucille Ali. Les ressentis et pratiques des médecins généralistes de la Somme dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte en médecine générale. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01252707

HAL Id: dumas-01252707

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01252707>

Submitted on 8 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année 2015

N° 2015 - 145

**THESE D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Mention Médecine Générale**

Mardi 13 Octobre 2015 à 14 H 00

Salle des Thèses - Bâtiment E - 2ème Etage
3, rue des Louvels

Madame Lucille ALI

TITRE DE LA THESE :

**LES RESENTIS ET PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME
DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE CHEZ L'ADULTE
EN MEDECINE GENERALE.
ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES**

Vu : les Membres de Jury

Le Président de Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Les Juges,

Monsieur le Professeur Pierre VERHAEGHE

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Madame le Professeur Cécile MAZIERE

La directrice de thèse,

Madame le Docteur Véronique HOURDIN-LESNE

Année 2015

N° 2015 - 145

**THESE D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Mention Médecine Générale**

Mardi 13 Octobre 2015 à 14 H 00

Salle des Thèses - Bâtiment E - 2ème Etage
3, rue des Louvels

Madame Lucille ALI

TITRE DE LA THESE :

**LES RESENTIS ET PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME
DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE CHEZ L'ADULTE
EN MEDECINE GENERALE.
ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES**

Vu : les Membres de Jury

Le Président de Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Les Juges,

Monsieur le Professeur Pierre VERHAEGHE

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Madame le Professeur Cécile MAZIERE

La directrice de thèse,

Madame le Docteur Véronique HOURDIN-LESNE

A mon président de jury,

*Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Nutrition)
Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition
Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"
(D.R.I.M.E)*

*Vous me faites l'honneur aujourd'hui de présider le jury de cette thèse,
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.*

A mes juges

*Monsieur le Professeur Pierre VERHAEGHE
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Chirurgie générale)
Service d'endocrinologie
Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et
endocrinologie" (DRIME)
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques*

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury.
Recevez à l'occasion de ce travail mes sincères remerciements.*

*Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Pédiatrie)
Responsable du centre d'activité "Pédiatrie médicale et médecine de l'adolescent"
Pôle "Femme - Couple - enfant"
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques*

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
Soyez assuré de ma respectueuse gratitude.*

*Madame le Professeur Cécile MAZIERE
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Biochimie et biologie moléculaire)
Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »*

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury,
Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.*

A ma directrice de thèse

Madame le Docteur Véronique HOURDIN

*Praticien Hospitalier
(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)*

Merci pour l'aide précieuse que vous m'avez apporté dans ce travail.

Merci pour votre soutien, pour votre écoute, et votre disponibilité.

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse, j'en suis très touchée.

Ce fut un plaisir de travailler avec vous tout d'abord que ce soit dans le service de diabétologie ou au pôle de prévention, puis pour ma thèse.

Recevez mon profond respect et mon admiration.

A mon Clément

Merci pour ton aide précieuse, ton soutien sans faille du début à la fin de ces études de médecine. Dans les moments heureux ainsi que les plus difficiles. Merci pour l'amour que tu m'apportes au quotidien. Je t'aime.

A ma plus belle réussite Lison ma fille adorable, qui était dans mon ventre pendant le début de la rédaction de mon travail et à mes côtés pour la fin de mon travail.

A mes parents

Merci pour m'avoir encouragée dans cette voie et pour m'avoir soutenue jusqu'à l'ultime étape. Je serai à jamais reconnaissante envers vous. Vous m'avez permis de réaliser un métier qui me passionne. J'espère vous rendre fiers. Je vous aime.

A mon frère Benjamin

A ma sœur Agathe

Merci d'être toujours présents dans les bons moments. J'espère que vous pourrez être fiers de moi. Je vous aime.

A ma famille Ali et Bouché

Merci pour votre présence et votre soutien

A mes deux grands-pères André et Saïd qui auraient été fiers de moi je n'en doute pas.

A mes amis du groupe de 7. Le G7: Claire, Choupita, Eléonore, Mel, JB et Léa.

C'est ensemble qu'on a gravi tous les échelons pour arriver jusqu'à la thèse. Que de souvenirs ! Petites pensées à toutes ces années passées avec vous à étudier et à s'amuser.

A mes Amis Perrine Mathieu, toujours là pour se distraire et faire des missions ! Que du bonheur !

A mes Amies de longue date toujours au rendez-vous depuis le collège, une amitié qui dure c'est génial.

A Michel qui m'accorde sa confiance.

A Catherine

Au Docteur BILLIG Aurore

Praticienne hospitalière

Merci pour tes conseils et ta gentillesse.

Aux médecins généralistes qui ont participé à ma thèse.

A toutes les personnes qui m'ont enseigné ce merveilleux métier,

Ainsi qu'à toutes celles qui m'ont fait l'amitié d'être présentes le jour de ma soutenance.

SOMMAIRE

I.	<u>Introduction</u>	7
1.1.	Les définitions	7
1.2.	L'épidémiologie	8
1.2.1.	<u>L'épidémiologie mondiale</u>	8
1.2.2.	<u>L'épidémiologie européenne</u>	9
1.2.3.	<u>L'épidémiologie française</u>	10
1.2.4.	<u>L'épidémiologie régionale</u>	11
1.3.	Les causes de l'obésité et du surpoids	13
1.4.	L'impact du surpoids et de l'obésité sur la santé	14
1.5.	Les conséquences les plus fréquentes du surpoids et de l'obésité	14
1.5.1.	<u>Les conséquences métaboliques</u>	14
1.5.1.1.	Le syndrome métabolique et le diabète de type 2	14
1.5.1.2.	Les dyslipidémies	15
1.5.2.	<u>Les conséquences cardio-vasculaires</u>	15
1.5.2.1.	L'hypertension artérielle	16
1.5.2.2.	Les coronaropathies	16
1.5.2.3.	L'insuffisance cardiaque	16
1.5.2.4.	L'accident vasculaire cérébral	16
1.5.2.5.	Les atteintes veineuses	16
1.5.3.	<u>Les conséquences ostéo-articulaires</u>	17
1.5.3.1.	L'arthrose	17
1.5.3.2.	La goutte	17
1.5.3.3.	Les lombalgies et les troubles de la statique	17
1.5.3.4.	L'ostéoporose	17
1.5.4.	<u>Les conséquences pulmonaires</u>	18
1.5.5.	<u>Les conséquences hormonales</u>	18
1.5.6.	<u>Les conséquences digestives</u>	18
1.5.7.	<u>Les répercussions psychosociales</u>	18
1.6.	Le médecin généraliste et l'obésité	19
1.6.1.	<u>L'OMS et ses actions dans la prise en charge de l'obésité</u>	19
1.6.2.	<u>Le programme national nutrition santé</u>	20
1.6.3.	<u>Le plan obésité</u>	20
1.6.4.	<u>Les recommandations HAS</u>	21
1.6.5.	<u>Le Schéma Régional d'Organisation de Soins</u>	21
1.6.6.	<u>Le plan obésité de l'ARS (Agence régionale de santé) de Picardie</u>	22
1.6.7.	<u>Les pôles de prévention et d'éducation</u>	24
1.6.8.	<u>Les médecins généralistes</u>	25
1.7.	Mon travail	25
II.	Méthodes	27
2.1.	Une étude qualitative : enquête auprès des MG	27
2.2.	La population étudiée	27
2.3.	L'échantillonnage	27
2.4.	Le recrutement	27
2.5.	La préparation des entretiens semi-dirigés	28
2.6.	La programmation des entretiens	28
2.7.	Le déroulement des entretiens	28
2.8.	La transcription des entretiens	29
2.9.	L'analyse des entretiens	29

III. Résultats	30
3.1. Les résultats quantitatifs	30
3.1.1. <u>Les entretiens</u>	30
3.1.2. <u>Les caractéristiques de la population étudiée</u>	30
3.1.2.1. Le sexe	30
3.1.2.2. L'âge	30
3.1.2.3. Le lieu d'exercice de la médecine générale	31
3.1.2.4. La formation en nutrition ou en éducation thérapeutique	31
3.2. Les résultats qualitatifs	32
3.2.1. <u>Le patient obèse</u>	32
3.2.1.1. L'abord du sujet par le médecin généraliste quand le patient n'en parle pas.	32
3.2.1.1.1. La mesure du poids	32
3.2.1.1.2. L'indice de masse corporel	32
3.2.1.1.3. Le journal alimentaire	33
3.2.1.1.4. Les facteurs de risques cardiovasculaires	33
3.2.1.1.5. Les examens biologiques	33
3.2.1.1.6. Les complications de l'obésité	34
3.2.1.2. L'abord du sujet par le médecin généraliste quand le patient en parle de lui-même.	35
3.2.1.2.1. <i>La place privilégiée du médecin traitant</i>	35
3.2.1.2.2. <i>L'histoire de l'obésité retracée par le médecin traitant et la recherche des facteurs déclenchants</i>	35
3.2.1.2.3. <i>L'exploration du mode de vie</i>	36
3.2.1.2.4. <i>Le médecin travaille sur la relation avec son patient.</i>	36
3.2.1.2.5. <i>Le poids du médecin</i>	37
3.2.1.3. Les difficultés rencontrées pour la prise en charge d'un patient obèse	37
3.2.1.3.1. <i>Le manque de motivation des patients</i>	37
3.2.1.3.2. <i>Le suivi</i>	38
3.2.1.4. Les outils	39
3.2.1.4.1. <i>Les outils de diagnostic sont des outils d'informations.</i>	39
3.2.1.4.2. <i>Les outils sur la nutrition</i>	40
3.2.1.4.3. <i>Les outils informatiques</i>	41
3.2.1.4.4. <i>Un outil : l'activité physique</i>	41
3.2.1.4.5. <i>Le travail sans support</i>	42
3.2.1.5. Le ressenti des médecins généralistes sur les résultats de la prise en charge de l'obésité	43
3.2.1.5.1. <i>La démotivation du médecin</i>	43
3.2.1.5.2. <i>Prise en charge personnalisée</i>	44
3.2.1.6. Les stratégies	45
3.2.1.6.1. <i>La communication et relation médecin-malade</i>	45
3.2.1.6.2. <i>Une alliance</i>	46
3.2.1.7. Le patient obèse est un patient particulier	47
3.2.1.7.1. <i>Un patient poly-pathologique</i>	47
3.2.1.7.2. <i>La non-conscience de sa pathologie</i>	48
3.2.1.7.3. <i>De nombreux échecs</i>	48
3.2.1.7.4. <i>Une prise en charge comparable à une addiction</i>	48
3.2.1.7.5. <i>Un humain</i>	49
3.2.1.7.6. <i>Un physique différent</i>	49
3.2.2. <u>La prise en charge de l'obésité</u>	49
3.2.2.1. La prise en charge, seul ou en réseau	49
3.2.2.1.1. <i>Les différents stades de l'obésité</i>	49

3.2.2.1.2. Les spécialistes -----	50
3.2.2.1.2.1. Les spécialistes de la nutrition -----	50
3.2.2.1.2.2. Les autres spécialistes -----	53
3.2.2.1.2.3. La multidisciplinarité -----	55
3.2.2.1.2.4. Les structures multidisciplinaires -----	55
3.2.2.2. Le rôle du médecin traitant -----	58
3.2.2.2.1. Les rôles multiples -----	58
3.2.2.2.2. Les rôles de conseils, d'éducation et d'information -----	58
3.2.2.2.3. La prévention -----	58
3.2.2.2.4. La sensibilisation -----	59
3.2.2.2.5. Le dépistage -----	59
3.2.2.2.6. La prise en charge, l'accompagnement le guide et le suivi -----	60
3.2.2.2.7. Le rôle d'écoute -----	61
3.2.2.2.8. Le médecin : un exemple -----	61
3.2.2.3. Les critères d'efficacité du traitement de l'obésité -----	62
3.2.2.3.1. Le bien être psychologique et physique -----	62
3.2.2.3.2. La perte de poids -----	63
3.2.2.3.3. La stabilisation du poids -----	63
3.2.2.3.4. Une meilleure adaptation physique -----	63
3.2.2.3.5. L'IMC objectif atteint -----	63
3.2.2.4. Les obstacles pour adresser un patient vers un confrère spécialiste ou vers des structures spécialisées dans la prévention -----	64
3.2.2.4.1. Le secteur rural -----	64
3.2.2.4.2. Les problèmes psychologiques -----	64
3.2.2.4.3. Les problèmes financiers -----	65
3.2.2.5. Les outils de l'HAS-----	66
3.2.3. <u>La chirurgie bariatrique</u> -----	67
3.2.3.1. Les expériences dans le domaine de la chirurgie bariatrique et l'avis des médecins sur la prise en charge chirurgicale -----	67
3.2.3.1.1. L'indication à la chirurgie -----	67
3.2.3.1.2. Le parcours de soins -----	68
3.2.3.1.3. Les techniques -----	69
3.2.3.1.4. Les suites opératoires -----	70
3.2.3.1.5. Le suivi -----	71
3.2.3.1.6. Les avantages et les inconvénients -----	72
3.2.3.1.7. Les résultats selon les médecins généralistes -----	72
3.2.3.2. La place du médecin généraliste dans le parcours de soins d'un patient opéré de chirurgie bariatrique -----	73
3.2.4. <u>Les perspectives d'avenir</u> -----	74
3.2.4.1. Les correspondances avec les spécialistes -----	74
3.2.4.2. Les besoins pour une meilleure prise en charge de l'obésité -----	74
3.2.4.2.1. Le remboursement -----	74
3.2.4.2.2. Le coût des aliments -----	75
3.2.4.2.3. Un accès facile -----	75
3.2.4.2.4. Un référent -----	75
3.2.4.2.5. Plus de structure de prise en charge-----	76
3.2.4.2.6. Des moyens d'informations -----	76
3.2.4.2.7. Une consultation spécifique pour la prise en charge de l'obésité -----	76
3.2.4.2.8. Le temps -----	77
3.2.4.3. Les formations -----	78
3.2.4.3.1. Des formations sur la diététique et la nutrition -----	80
3.2.4.3.2. Des formations sur l'activité physique -----	80

3.2.4.3.3. Des formations pratiques et concrètes -----	80
3.2.4.3.4. Des formations sur la communication -----	80
3.2.4.3.5. Des formations sur l'éducation thérapeutique -----	81
3.2.4.3.6. Des formations sur la chirurgie bariatrique-----	81
3.2.4.3.7. Les types de formations -----	81
3.2.4.3.8. Pas de formation -----	82
IV. Discussion -----	83
4.1. Le choix de la méthode entretiens semi-dirigés -----	83
4.1.1. <u>Le recrutement</u> -----	83
4.1.2. <u>Le lieu</u> -----	84
4.1.3. <u>Le recueil des données</u> -----	84
4.1.3.1. L'enregistrement et retranscription -----	84
4.1.3.2. La grille d'entretien -----	84
4.2. L'analyse des résultats -----	85
4.2.1. <u>Les résultats quantitatifs</u> -----	85
4.2.2. <u>Les résultats qualitatifs</u> -----	86
4.2.2.1. La communication avec le patient obèse -----	86
4.2.2.1.1. L'abord du sujet de l'obésité -----	86
4.2.2.1.2. L'éducation thérapeutique (ETP) -----	87
4.2.2.1.3. La relation médecin-malade -----	89
4.2.2.1.4. Les techniques de communications -----	89
4.2.2.1.4.1. L'entretien motivationnel -----	90
4.2.2.1.4.2. L'utilisation du terme obésité -----	90
4.2.2.2. Le rôle du médecin généraliste -----	91
4.2.2.2.1. La prévention et stabilité pondérale -----	91
4.2.2.2.2. Une aide possible -----	93
4.2.2.2.3. La place bien particulière du médecin généraliste et la bonne connaissance du patient -----	93
4.2.2.2.4. Le suivi -----	93
4.2.2.3. Les difficultés rencontrées par le médecin généraliste -----	94
4.2.2.3.1. Le manque de motivation -----	94
4.2.2.3.2. Le temps -----	94
4.2.2.3.3. Le poids du médecin -----	94
4.2.2.3.4. L'obésité : une maladie chronique -----	95
4.2.2.4. La pratique du médecin dans la prise en charge de l'obésité -----	95
4.2.2.4.1. Les outils de diagnostic et de sensibilisation -----	95
4.2.2.4.2. La nutrition-----	96
4.2.2.4.3. L'activité physique -----	96
4.2.2.4.4. Les critères d'efficacité du traitement -----	98
4.2.2.5. Le médecin généraliste, les différents acteurs de la prise en charge et le système de soin actuel-----	99
4.2.2.5.1. Le médecin généraliste -----	99
4.2.2.5.2. Les spécialistes -----	100
4.2.2.5.3. Les diététiciens -----	100
4.2.2.5.4. Les autres professionnels de santé -----	101
4.2.2.5.5. L'offre médicale -----	101

4.2.2.5.6. Les échanges entre les différents intervenants ----	102
4.2.2.5.7. Les pôles de prévention et d'éducation -----	102
4.2.2.5.8. Les autres structures -----	103
4.2.2.5.9. L'organisation du système de santé -----	103
4.2.2.5.9.1. Les centres de référence -----	103
4.2.2.5.9.2. Les maisons de santé pluridisciplinaire -----	104
4.2.2.6. Les difficultés de la prise en charge -----	105
4.2.2.6.1. Les troubles psychologiques -----	105
4.2.2.6.2. Les problèmes financiers -----	105
4.2.2.6.3.. Le secteur rural -----	106
4.2.2.7. La place de la chirurgie bariatrique -----	107
4.2.2.7.1. Les différents stades de l'obésité -----	107
4.2.2.7.2. La chirurgie bariatrique -----	107
4.2.2.7.2.1. Les médecins généralistes et la chirurgie bariatrique	107
4.2.2.7.2.2. Le développement de la chirurgie bariatrique -----	108
4.2.2.7.2.3. Le troisième recours -----	110
4.2.2.8. Les besoins -----	110
4.2.2.8.1. Les moyens d'informations et les recommandations	110
4.2.2.8.1.1. Le PNNS -----	110
4.2.2.8.1.2. Les recommandations HAS -----	111
4.2.2.8.1.3. L'assurance maladie -----	111
4.2.2.9. Les formations -----	112
4.2.2.10. Les perspectives d'avenir -----	113
V. Conclusion -----	117
Glossaire -----	120
Bibliographie -----	121
Annexes -----	125

I. Introduction

Le surpoids et l'obésité constituent un problème de santé publique majeur en raison de sa prévalence croissante, de la morbidité et du surcoût qu'ils engendrent. C'est une maladie chronique multifactorielle complexe.

L'apparition et la persistance d'une surcharge pondérale dépend de facteurs psychosociaux, environnementaux et comportementaux (alimentation et activité physique) dont l'impact est d'autant plus grand qu'il existe une prédisposition personnelle (génétique ou neuroendocrinienne) à la prise de poids.

Le surpoids et l'obésité : un problème de santé publique.

1.1. Les définitions

Le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé.

Les mesures directes de la graisse corporelle totale étant difficilement réalisables en pratique, on utilise des méthodes indirectes telles que l'**indice de masse corporelle** (IMC), ou en anglais Body Mass Index (BMI), ou indice de Quételet.

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m².

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (en kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (en m)}}$$

L'IMC est la mesure la plus utile du surpoids et de l'obésité dans une population car, chez l'adulte, l'échelle est la même quelque soit le sexe ou l'âge du sujet. Il donne toutefois une indication approximative car il ne correspond pas forcément au même degré d'adiposité d'un individu à l'autre. [1]

L'OMS définit le surpoids comme un IMC égal ou supérieur à 25 kg/m²;

l'obésité comme un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m².

Catégorie de poids	Indice de masse corporelle (IMC)
Poids normal	18,5 à 24,9
Surpoids	25 à 29,9
Obésité	30 à 34,9
Obésité sévère	35 à 39,9
Obésité morbide	≥40

Figure 1 : classement des surcharges pondérales

L'IMC est un indicateur d'adiposité globale, il ne tient pas compte de la localisation de la masse adipeuse. Il est important de noter que cet indicateur ne renseigne pas directement sur la composition corporelle (masse grasse/masse maigre).

Pour mieux préciser la répartition de cet excès de graisse, on dispose du Tour de Taille (TT) et du Tour de Hanche (TH).

Ceux-ci sont mesurés avec un mètre ruban.

Pour le TT, on mesure la circonférence horizontale, à mi-distance entre le rebord costal inférieur et l'épine iliaque antéro-supérieure sur la ligne médio-axillaire.

Pour le TH, on mesure la circonférence horizontale à l'endroit le plus fort des hanches.

On distingue deux types de morphotypes d'obésité en fonction de la topographie de la surcharge graisseuse.

Un TT augmenté définit l'**obésité « androïde »**.

Un $TT \geq 94$ cm chez l'homme, ≥ 80 cm chez la femme (recommandations IDF = International Diabetes Federations)

Un $TT \geq 88$ cm chez la femme et ≥ 102 cm chez l'homme (Recommandations américaines ATP III du NCEP = National Cholestérol Education Program – Adult Treatment Panel III)

C'est l'excès de graisse à la partie supérieure du corps (tronc, abdomen). Elle constitue l'obésité abdominale, centrale, ou viscérale. Elle est corrélée à des complications métaboliques et à un risque cardio-vasculaire accru.

Le TH augmenté sera quant à lui le témoin d'une **répartition « gynoïde »** de la graisse, dans laquelle l'excès de masse grasse se répartit de façon plus uniforme et périphérique. La localisation préférentielle de la graisse est au niveau des hanches et des cuisses. [2]

Enfin le rapport TT/TH est également utilisé :

- > 0.80 chez la femme et > 0.95 chez l'homme $\Rightarrow$ obésité androïde, il indique une accumulation préférentielle de la graisse au niveau abdominal.
- < 0.80 chez la femme et < 0.95 chez l'homme $\Rightarrow$ obésité gynoïde. [1]

1.2. L'épidémiologie

L'augmentation de la prévalence de l'obésité de l'adulte en France, comme dans de très nombreux pays, est une réalité incontournable. [11]

1.2.1. L'épidémiologie mondiale

Le surpoids et l'obésité sont les premiers facteurs de risque de décès au niveau mondial. Environ 3,4 millions d'adultes en meurent chaque année. En outre, 44% de la

charge du diabète, 23% de la charge des cardiopathies ischémiques et de 7% à 41% de la charge de certains cancers sont attribuables au surpoids et à l'obésité.

D'après les estimations mondiales de l'OMS pour 2008 :

- 1,4 milliard de personnes âgées de 20 ans et plus présentaient un surpoids.
- Parmi elles, plus de 200 millions d'hommes et près de 300 millions de femmes étaient obèses.
- Globalement, plus d'un adulte sur dix dans le monde était obèse.

Environ 42 millions d'enfants de moins de 5 ans présentaient un surpoids en 2013. Autrefois considérés comme des problèmes propres aux pays à haut revenu, le surpoids et l'obésité augmentent de façon spectaculaire dans les pays à faible ou moyen revenu, surtout en milieu urbain.

Dans les pays en développement et les économies émergentes (classées par la Banque mondiale comme à revenu faible ou intermédiaire), le taux d'augmentation du surpoids et de l'obésité chez les enfants d'âge préscolaire était supérieur de plus de 30% à celui des pays développés.

À l'échelle mondiale, le surpoids et l'obésité sont liés à davantage de décès que l'insuffisance pondérale. Ainsi, 65% de la population mondiale habitent dans des pays où le surpoids et l'obésité tuent plus de gens que l'insuffisance pondérale (ce chiffre couvre l'ensemble des pays à revenu élevé et la plupart des pays à revenu intermédiaire). [2]

1.2.2. L'épidémiologie européenne

Le plus haut taux de surpoids chez les hommes est constaté au Royaume-Uni, où plus de 70% des hommes sont en surpoids au début des années 2000. Les plus hauts taux d'obésité sont également constatés au Royaume-Uni, où un homme sur quatre est touché. Des taux d'obésité similaires sont constatés chez les femmes irlandaises, qui présentent les plus hauts taux d'obésité en Europe. Le surpoids est plus fréquent chez les femmes du Royaume-Uni, dont près de 60% présentaient un $IMC \geq 25$. Les populations des pays d'Europe de l'Est, des Balkans et des anciennes républiques soviétiques sont en général plus minces que celles des pays d'Europe de l'Ouest, avec des taux de surpoids aussi faibles que 40% et des taux d'obésité concernant moins de 10% de la population. [4] L'évolution au fil du temps montre une augmentation à la fois du surpoids et de l'obésité dans tous les pays, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Les données obtenues par auto-évaluation plutôt que par mesures étaient disponibles. Ces données par auto-évaluation ont montré que les taux d'obésité dans la plupart des pays se situaient en 2001–2005 entre 10 et 14,9%, suivi de pays ayant un taux entre 15 et 19,9%.

Le nombre de pays ayant un taux d'obésité supérieur à 20% était supérieur à celui des pays ayant un taux d'obésité inférieur à 10%. Les données obtenues par auto-évaluation et concernant le surpoids chez les hommes montrent un taux d'environ 50% en Suisse et en Lettonie, allant jusqu'à 70% en Slovaquie et à Malte. La plus faible prévalence d'obésité a été constatée en Suisse et en Italie, tandis que la plus haute concernait la Grèce et Malte où plus d'un homme sur quatre était obèse. La Suisse et l'Italie présentaient les plus faibles proportions de femmes en surpoids, tandis que la Grèce et le Royaume-Uni, les plus hautes. La prévalence de l'obésité chez les femmes était la plus faible en Suisse et Suède, et la plus élevée en Grèce, à Malte et en Lettonie. [4]

1.2.3. L'épidémiologie française

En 2012, 32,3% des Français adultes de 18 ans et plus sont en surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$) et 15% présentent une obésité ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

Le tour de taille de la population augmente, passant de 85,2 cm en 1997 à 90,5 cm en 2012, soit +5,3 cm au total en 15 ans.

La prévalence de l'obésité était de 14,5% en 2009, elle est de 15 % en 2012. Cette différence n'est pas statistiquement significative, elle correspond à une augmentation relative de 3,4% du nombre de personnes obèses au cours des trois dernières années. Elle est significativement inférieure aux années précédentes : +18,8% entre 1997-2000, +17,8% entre 2000-2003, +10,1% entre 2003-2006 et +10,7% entre 2006-2009.

Le nombre de personnes obèses en 2012 est estimé à environ 6 922 000, ce qui correspond à 3 356 000 personnes supplémentaires par rapport au chiffre de 1997.

L'IMC moyen passe de $24,3 \text{ kg/m}^2$ en 1997 à $25,4 \text{ kg/m}^2$ en 2012 ($p < 0.05$) : augmentation moyenne de l'IMC de $1,1 \text{ kg/m}^2$ en 15 ans.

En 2012, comme depuis 2003, la prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes (15,7% versus hommes : 14,3% ; $p < 0.01$). L'augmentation depuis 15 ans est plus nette chez les femmes notamment chez les 18-25 ans.

Il persiste un très net gradient social de l'obésité mais les différences de prévalence entre les catégories socioprofessionnelles n'ont pas subi d'évolution majeure.

La prévalence de l'obésité reste inversement proportionnelle à la taille de l'agglomération. Depuis 2000, le taux de sujets présentant un tour de taille supérieure au seuil NCEP1 est passé de 25,3% à 35,5% en 2012.

De 2009 à 2012, le poids moyen de la population française a augmenté de 0,5 kg et de 3,6 kg au cours de quinze dernières années.

L'IMC moyen est passé de $24,3 \pm 4,1 \text{ kg/m}^2$ en 1997 à $25,4 \pm 4,9 \text{ kg/m}^2$ en 2012 ($p < 0,01$) soit une augmentation moyenne de $1,1 \text{ kg/m}^2$ depuis 1997.

Figure 2 : Répartition de la population en fonction de son niveau d'IMC depuis 1997

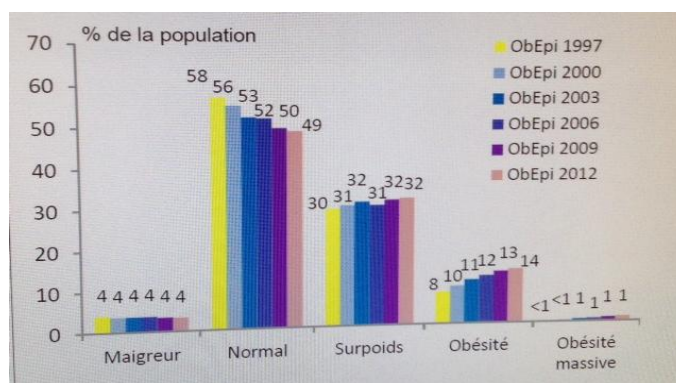
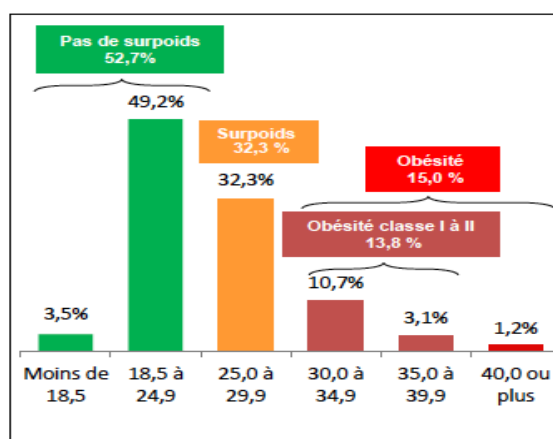


Figure 3 : Répartition des niveaux d'IMC en 2012 [5]



Répartition de la population en fonction du niveau d'IMC [5]

Selon l'enquête Obépi 2012, l'augmentation de la prévalence de l'obésité se poursuit dans notre pays mais avec une tendance significative à la décélération. L'augmentation estimée entre 2009 et 2012 n'est que de 0,5 %, alors qu'elle avait toujours dépassé 1 % sur la période de 3 ans séparant deux études Obépi jusqu'à présent. On observe en parallèle un ralentissement de la progression de l'indice de masse corporelle et du tour de taille moyens. Les disparités régionales, sociales qui étaient présentes en 1997 n'en sont cependant pas bouleversées. L'augmentation de la prévalence de l'obésité a touché entre 1997 et 2012 toutes les catégories de revenus ou d'éducation, même si elle a été moins nette dans les catégories supérieures. La décélération ne s'observe pas uniquement dans les catégories supérieures. La tendance se retrouve même dans les classes de revenus moyens. La même tendance s'observe par contre dans toutes les régions. [5] [12]

1.2.4. L'épidémiologie régionale

La prévalence de l'obésité est supérieure à la moyenne nationale dans toutes les régions du Bassin Parisien.

En 2012, 4 régions affichent des taux de prévalence élevés : le Nord-Pas de Calais est la

région la plus touchée avec 21,3% (soit une prévalence près de 40% plus élevée que la moyenne) ; la Champagne-Ardenne, la Picardie et la Haute Normandie avec des prévalences respectives de 20,9%, 20,0% et 19,6%. A noter le taux d'obésité national est de 15%. [5]

L'étude Obépi 2012 montre en effet que les pauvres sont beaucoup plus touchés par l'obésité que la moyenne. L'obésité est de plus en plus liée à un facteur social.

Pour la première fois, l'enquête décennale sur la santé "2002-2003" a fait l'objet d'une extension régionale en Picardie. L'objectif principal de cette enquête est d'estimer, à partir d'un échantillon représentatif de "ménages ordinaires", la consommation médicale annuelle de la population et d'y associer la morbidité déclarée, incidente et prévalente. Les premiers résultats relatifs à la surcharge pondérale, les habitudes alimentaires, la perception physique et la perception de l'état de santé sont publiés dans L'hygiène de vie des Picards, Premiers résultats de l'enquête santé (Insee Picardie relais, N°142-143 - 2005).

D'après l'enquête décennale santé, la Picardie présente des proportions d'adultes en surpoids ou obèses, supérieures au niveau national, chez les hommes comme chez les femmes. Ainsi, 57,0 % des Picards sont en surcharge pondérale contre 47,5 % des Français. Chez les femmes, les proportions s'élèvent à 41,8 % en Picardie et à 34,2 % en France. De même, 13,2 % des hommes et 14,5 % des femmes sont considérés comme atteints d'obésité en Picardie. Au plan national, les proportions sont inférieures à 11 %. Cette situation peut être expliquée par les habitudes alimentaires et les pratiques sportives des Picards. Ces derniers sont en effet moins souvent des consommateurs réguliers de poissons, de fruits et de légumes que les Français. A contrario, ils sont plus fréquemment consommateurs réguliers de boissons sucrées et de viande que les Français. Ils adoptent plus fréquemment des habitudes alimentaires peu conformes à la diététique. Enfin, les Picards apparaissent moins sportifs que les Français : 34,3 % des Picards déclarent pratiquer une activité physique régulière contre 43,2 % des Français. En Picardie, la prévalence de l'obésité parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus est de 14,9 % en 2003 d'après l'enquête Obépi2. Elle est supérieure à celle relevée au niveau national (11,3 %). Depuis 1997, elle a progressé beaucoup plus rapidement qu'au niveau national (+ 71 % contre + 38 %). [6]



Figure 4 : La prévalence de l'obésité pour chaque région [6]

1.3. Les causes de l'obésité et du surpoids

La cause fondamentale de l'obésité et du surpoids est un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées.

Au niveau mondial, on a assisté à :

- une plus grande consommation d'aliments très caloriques riches en graisses.
- une augmentation du manque d'activité physique en raison de la nature de plus en plus sédentaire de nombreuses formes de travail, de l'évolution des modes de transport et de l'urbanisation.

L'évolution des habitudes en matière d'alimentation et d'exercice physique est souvent le résultat de changements environnementaux et sociétaux liés au développement et aussi d'un manque de politique de soutien dans des secteurs tels que la santé, l'agriculture, les transports, l'urbanisme, l'environnement, l'industrie agroalimentaire, la distribution, le marketing et l'éducation.

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les enfants risquent davantage de ne pas recevoir une alimentation adaptée à leur âge, que ce soit à la naissance ou pendant leur enfance. Parallèlement, ils sont exposés à des aliments riches en graisses, en sucre et en sel, très caloriques mais pauvres en micronutriments, qui sont habituellement moins chers et de qualité nutritionnelle insuffisante. Ce régime alimentaire, associé à la sédentarité, entraîne une augmentation marquée de l'obésité chez l'enfant alors que les problèmes de malnutrition ne sont toujours pas résolus. [1]

1.4. L'impact du surpoids et de l'obésité sur la santé

La surcharge pondérale ($IMC \geq 25\text{kg/m}^2$) est un déterminant majeur de beaucoup de maladies non transmissibles : diabète non insulino-dépendant, cardiopathie coronarienne, hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, troubles ostéo-articulaires, problèmes pulmonaires, augmentation du risque de certains types de cancers et pathologies digestives.

On estime que tout surpoids d'un kilogramme au-delà de 30 ans entraîne une mortalité supplémentaire de 2% dans les 25 ans qui suivent.

Le coût pour la société est élevé non seulement au regard des décès prématurés et des soins de santé, mais également en terme de diminution de la qualité de vie. [7]

1.5. Les conséquences les plus fréquentes du surpoids et de l'obésité

Un IMC élevé est un important facteur de risque de maladies chroniques comme :

- Les maladies cardiovasculaires (principalement les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux), qui étaient déjà la première cause de décès en 2012.
- Le diabète.
- Les troubles musculo-squelettiques, en particulier l'arthrose – une maladie dégénérative des articulations, très invalidante.
- Certains cancers (de l'endomètre, du sein et du côlon).

Le risque de contracter des maladies non transmissibles augmente selon la progression de l'IMC.

L'obésité de l'enfant est associée à un risque accru de décès prématuré et d'incapacité à l'âge adulte. Mais en dehors de ces risques futurs, l'obésité entraîne chez l'enfant des difficultés respiratoires, un risque accru de fracture, une hypertension artérielle, l'apparition des premiers marqueurs de maladie cardiovasculaire, une résistance à l'insuline et des problèmes psychologiques.

Plus d'une quarantaine d'affections médicales compliquent l'obésité. [7]

1.5.1. Les conséquences métaboliques

1.5.1.1. Le syndrome métabolique et le diabète de type 2

Le risque de diabète de type 2 augmente continuellement avec l'IMC et diminue lorsqu'il y a une perte de poids.

L'intolérance au glucose (glycémie à jeun comprise entre 1.10 et 1.25 g/l) elle-même conduisant au diabète de type 2 (défini par 2 glycémies à jeun ≥ 1.26 g/l), trouve sa source dans l'insulinorésistance, désordre métabolique à l'origine de ce que l'on nomme « **syndrome métabolique** ».

La définition de ce syndrome n'est pas universelle.

Selon l'OMS, le syndrome métabolique est défini par la présence d'une intolérance au glucose ou d'un hyperinsulinisme et d'au moins 2 des critères suivants :

- $IMC \geq 30\text{kg/m}^2$ ou $TT/TH > 0.9$ chez l'homme ou 0.85 chez la femme
- HDL cholestérol < 0.9 chez l'homme et 1 chez la femme ou triglycéridémie (TG) $> 1.7\text{mmol/L}$
- TA (Tension Artérielle) $\geq 140/90$ ou traitement antihypertenseur
- HGPO sur 75mg de glucose avec un seuil pour la glycémie à 2h à 7.8mmol/L [2]

La définition la plus communément utilisée est celle du NCEP (l'US National Cholestérol Education program) et se base sur la présence d'au moins 3 ou 5 critères suivants :

- $TT > 102\text{cm}$ chez l'homme et $> 88\text{cm}$ chez la femme, témoin de la répartition préférentiellement abdominale de l'excès de graisse
- $TG > 1.6\text{mmol/L}$ (1.5g/l)
- HDL cholestérol $< 0.9\text{mmol/l}$ (0.4g/l) chez l'homme et 1mmol (0.5 g/l) chez la femme
- $TA \geq 130/85$ ou traitement antihypertenseur
- GAJ (glycémie à jeun) $\geq 6.1\text{mmol/L}$ (soit 1.10g/l)

Dans les deux définitions, on retrouve la notion d'intolérance au glucose ($GAJ \geq 1.10\text{g/l}$)

1.5.1.2. Les dyslipidémies

Le profil lipidique des sujets obèses se caractérise par une augmentation du LDL cholestérol et des TG avec diminution du HDL cholestérol.

1.5.2. Les conséquences cardio-vasculaires

L'excès de masse grasse, en particulier abdominale, conduit au syndrome métabolique.

Chaque élément de ce syndrome augmente le risque cardio-vasculaire global, et associés, ces symptômes se potentialisent pour accroître ce risque.

Un des éléments clés de ce syndrome est l'hypertension artérielle.

1.5.2.1. L'hypertension artérielle (HTA)

L'HTA est définie par $TA \geq 140/90$.

Les pressions systolique et diastolique augmentent toutes deux avec l'IMC : ce sont les résultats de nombreuses études menées aux Etats-unis, en particulier les données de la National Health and Nutrition Examination Survey. [8]

1.5.2.2. Les coronaropathies

Le risque cardio-vasculaire global est augmenté en cas d'IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$, du fait de l'insulinorésistance, des dyslipidémies et des augmentations des chiffres tensionnels.

Le surpoids doit être considéré comme un facteur de risque indépendant d'ischémie coronarienne, ce qui signifie qu'il doit être dépisté et pris en charge comme n'importe quel autre facteur de risque cardio-vasculaire.(Framingham heart study 1983)

Le TT apparait comme un marqueur clinique du risque cardiovasculaire plus fiable que l'IMC. Pour surveiller le risque cardio-vasculaire, la mesure régulière du TT est donc déterminante. [9]

1.5.2.3. L'insuffisance cardiaque

Il existe une relation entre l'obésité et la décompensation cardiaque. Il y a une augmentation du risque d'insuffisance cardiaque, pour toute augmentation de l'IMC (Framingham study et publie dans le New England Journal Of Médecine en 2002). [9]

1.5.2.4. L'accident vasculaire cérébral

Il n'y a pas d'étude qui mette en évidence un lien direct entre AVC et surpoids.

Le risque cardio-vasculaire global est augmenté chez le sujet adulte dès le stade de surpoids, indépendamment et par le biais d'une augmentation du risque d'HTA et donc d'AVC. [7]

1.5.2.5. Les atteintes veineuses

Stase veineuse, insuffisance veineuse, **thrombophlébite**, ulcère de jambe. [7]

1.5.3. Les conséquences ostéo-articulaires

Elles sont importantes dès le stade de surpoids, sources de diminution de la qualité de vie, du fait des douleurs et des limitations de mobilité qu'elles entraînent.

Il s'agit essentiellement de l'arthrose et de la goutte mais le surpoids a également une incidence sur l'ostéoporose. Ces affections sont souvent d'origine mécanique et provoquées par l'excédent de poids. Mais il semble que ce ne soit pas le seul élément déterminant.

1.5.3.1. L'arthrose

Relation arthrose et surpoids :

Le surpoids est un important facteur de risque pour la survenue d'une gonarthrose. L'arthrose présente un déterminisme multifactoriel : selon les recherches, des facteurs génétiques, hormonaux, et biomécaniques joueraient un rôle important. Parmi ces facteurs, certains ne peuvent être modifiés, comme l'appartenance au sexe féminin. La coxarthrose, le surpoids n'est pas retrouvé comme un facteur de risque. L'obésité et le surpoids touchent davantage les patients ayant subi une arthroplastie du genou ou de hanche.

1.5.3.2. La goutte

Il existe un risque accru de goutte en cas d'obésité. Il peut être lié à l'hyperuricémie qui l'accompagne.

1.5.3.3. Les lombalgies et les troubles de la statique

Les lombalgies chroniques sont fréquentes chez les patients obèses.

Le rôle de l'obésité a été démontré par les études (Rodacki Clin. Biomechanics 2005).

On retrouve des mécanismes multiples :

- Augmentation de la pression disco-vertébrale
- Trouble statique (hyperlordose)
- Insuffisance musculaire abdominale [7]

1.5.3.4. L'ostéoporose

Il se pourrait aussi qu'un **IMC supérieur à la normale** (supérieur à 25) fasse courir le risque aux personnes concernées de développer de **l'ostéoporose**. Des chercheurs américains de la Harvard Medical School à Boston ont découvert que les personnes en surpoids ou

obèses ont des cellules graisseuses cachées à l'intérieur des os. Leur concentration a pour effet de fragiliser les os et de les rendre vulnérables aux fractures. [10]

1.5.4. Les conséquences pulmonaires

L'obésité affecte l'appareil respiratoire. On retrouve des maladies comme :

- Dyspnée d'effort
- Syndrome d'apnées hypopnées obstructif du sommeil (SAHOS) – rétrécissement des voies aériennes pendant le sommeil menant au ronflement.
- Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- Asthme - les patients obèses sont plus en danger d'exacerbations d'asthme.
- Syndrome d'hypoventilation d'obésité
- Embolie pulmonaire
- Pneumonie d'Aspiration (La pneumonie sévère provoquée par les acides de l'estomac)

[13]

1.5.5. Les conséquences hormonales

Il existe un déséquilibre hormonal, en particulier des hormones sexuelles, ce qui entraîne des troubles de la reproduction. (Dysfonctionnement ovulatoire, hyperandrogénie, syndrome des ovaires polykystiques)

L'obésité engendre des grossesses et accouchements compliqués.

Les cancers hormonaux dépendants : il s'agit de cancers de l'endomètre, du col utérin, du sein chez la femme et du cancer de la prostate chez l'homme. [7]

1.5.6. Les conséquences digestives

L'incidence des cancers gastro-intestinaux, en particulier le cancer colorectal et le cancer de la vésicule biliaire augmente avec le surpoids et l'obésité. L'obésité est enfin un facteur de risque de cholecystopathie : les calculs biliaires. Elle entraîne une stéatose hépatique, ainsi qu'un reflux gastro-œsophagien. [7]

1.5.7. Les répercussions psychosociales

Les sujets obèses ou en surpoids sont victimes de discriminations et préjugés sociaux, dans de nombreux pays industrialisés.

Au Royaume-Uni et aux Etats-unis, les jeunes femmes présentant un surpoids ont des revenus inférieurs à ceux des femmes en bonne santé et de poids normal et à ceux des femmes présentant d'autres problèmes de santé chroniques.

Les attitudes et stéréotypes négatifs des professionnels de santé revêtent une importance particulière.

Les sujets obèses ou en surpoids ont une mauvaise image d'eux-mêmes. Ils développent souvent des troubles du comportement alimentaire tels que l'hyperphagie boulimique, plus particulièrement associée à l'obésité sévère et à la fréquence élevée des prises et pertes de poids cycliques. [2]

Le syndrome de fringale nocturne (défini par la consommation de 25 à 50% de l'apport énergétique total après le repas du soir) semble être plus fréquent chez le sujet dont l'obésité est pathologique et en rapport avec les troubles du sommeil (un Syndrome d'Apnées Hypopnée Obstructive du Sommeil (SAHOS) par exemple).

Il est important de préciser que rien ne permet d'assurer que ces troubles de l'alimentation sont la cause principale de la prise de poids. Il a même été avancé que l'incidence accrue des troubles de l'alimentation peut être associée à la pression psychologique exercée sur les sujets obèses pour maigrir.

La stigmatisation dont peuvent faire l'objet les personnes obèses dans les milieux éducatifs, professionnels et médicaux témoigne des conséquences psychosociales. L'obésité peut provoquer des situations anxiogènes et favoriser des états dépressifs.

En retour, certaines de ces complications cardio-respiratoires, ostéo-articulaires et psychologiques, peuvent contribuer à l'aggravation de l'obésité en réduisant l'activité physique et/ou en modifiant le comportement alimentaire.

1.6. Le médecin généraliste et l'obésité

Les moyens dont dispose le médecin généraliste pour la prise en charge du patient obèse sont nombreux.

1.6.1. L'OMS et ses actions dans la prise en charge de l'obésité

Voici l'action de l'OMS : adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2004, la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé définit les mesures

nécessaires pour encourager les gens à avoir une alimentation saine et à faire régulièrement de l'exercice. La stratégie incite toutes les parties intéressées à agir aux niveaux mondial, régional et local pour améliorer les régimes alimentaires et favoriser la pratique d'exercice physique dans la population. [2]

1.6.2. Le programme national nutrition santé

Le PNNS est lancé en janvier 2001, le Programme national nutrition santé (PNNS) a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Le programme a été prolongé en 2006 puis en 2011.

Voici les objectifs du PNNS 2011-2015 :

Axe 1 → Réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention

Axe 2 → Développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité

Axe 3 → Organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition : diminuer la prévalence de la dénutrition

Axe 4 → Valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes

Volet transversal → Formation, surveillance, évaluation et recherche [14]

Sous l'impulsion du PNNS, de nombreuses initiatives ont été prises au niveau national et régional témoignant d'une forte réactivité et motivation des acteurs de santé publique dans le domaine. Plusieurs régions ont initié des programmes de prévention en mobilisant non seulement les professionnels de santé, la communauté éducative, les acteurs sociaux mais également les responsables politiques et les décideurs économiques. [15]

1.6.3. Le plan obésité

Le plan obésité 2010-2013

« Faciliter l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et chez l'adulte », il comprend les mesures suivantes :

- Promouvoir le dépistage précoce chez l'enfant et en assurer l'aval.
- Faciliter une prise en charge de premier recours adaptée par le médecin traitant.
- Reconnaître des équipes spécialisées en éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité en s'appuyant sur un référentiel de compétences intégrant la dimension psychologique, diététique et d'activité physique.
- Développer les coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité.

- Structurer l'offre spécialisée au niveau régional et intra régional.
- Améliorer l'accueil en soins de suite et de réadaptation.
- Assurer le transport sanitaire bariatrique. [16]

1.6.4. Les recommandations HAS

- Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours selon la HAS (Haute Autorité de Santé), ce sont les recommandations de septembre 2011.

L'objectif de ce travail est l'élaboration de recommandations de bonne pratique dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale par le médecin de premier recours des adultes ayant un surpoids ou une obésité.

- Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte selon la HAS, ce sont les recommandations de janvier 2009.

Ces recommandations ont pour objectifs :

- D'améliorer l'efficacité à long terme de la chirurgie et réduire la survenue des complications par :
 1. Une meilleure sélection, information et préparation des patients.
 2. Le choix de la technique apportant le meilleur rapport bénéfice/risque chez les patients sélectionnés.
 3. Une meilleure formalisation de la constitution et du rôle de l'équipe pluridisciplinaire.
- De réduire la gravité des complications par leur détection et leur prise en charge précoces.

1.6.5. Le Schéma Régional d'Organisation de Soins

Dans le cadre du volet obésité du SROS III (niveau régional)

Le volet obésité du SROS III a été établi pour la période 2006-2011, puis a été suivi par le volet obésité du SROS PRS (Schéma Régional d'Organisation de Soins Projet Régional de Santé) le 31 décembre 2011.

Les orientations sont :

- Informer le grand public, les malades et les professionnels de santé sur la maladie et sur l'offre de soins par territoire (proximité et accessibilité).
- Systématiser le repérage précoce chez l'enfant.

- Organiser la prise en charge pluridisciplinaire de premier recours (dès le repérage et autour du médecin traitant).
- Renforcer la formation des professionnels de santé (et notamment les médecins généralistes) à la prise en charge de l'obésité.
- Structurer les coordinations territoriales de la prise en charge de l'obésité (entre premier recours et recours spécialisé).
- Disposer d'une offre graduée d'éducation thérapeutique pour les personnes obèses sur l'ensemble du territoire régional.
- Identifier les centres spécialisés et intégrés pour la prise en charge de l'obésité sévère et l'organisation de la filière de soins dans les régions.
- Assurer l'accès pour les patients atteints d'obésité sévère et/ou compliquée à des prises en charge adaptées en SSR.
- Assurer le transport sanitaire pour personnes obèses. [17]

1.6.6. Le plan obésité de l'ARS (Agence régionale de santé) de Picardie

L'offre existante

A ce jour, il n'existe pas de parcours formalisé. Différents acteurs existent sur le territoire mais ne sont pas coordonnés :

- Les médecins traitants diagnostiquent le surpoids ou l'obésité chez un patient mais ils ne disposent pas d'une prise en charge clairement identifiée à proposer au patient. Les consultations de diététiciennes et de psychologues sont à la charge du patient.
- Dans le territoire de santé Somme, il existe 2 pôles d'éducation thérapeutique du patient (Amiens et Abbeville) qui accompagnent les patients pour qu'ils apprennent à gérer au mieux leur vie avec leur poids (apprendre à manger équilibré, apprendre à pratiquer une activité physique, gérer leur stress...).
- Les établissements de santé ainsi que les médecins spécialistes libéraux proposent des consultations d'endocrinologie et de nutrition.
- Dans le territoire de santé Somme, 4 établissements proposent de la chirurgie bariatrique (CHU, Polyclinique, Victor Pauchet, St Isabelle)
- Le SSR du CH de Corbie dispose de 6 lits pour accueillir les adultes souffrant d'obésité. Ils accueillent également les enfants et les adolescents en période scolaire.

Les actions mises en place dans le cadre du parcours

Le premier travail a consisté à élaborer le « parcours idéal ». En se basant sur les recommandations de la HAS, 3 niveaux de recours ont été identifiés en fonction de la sévérité de l'obésité.

- **Le premier recours** (ou prise en charge de proximité pour un contexte familial, psychologique et social favorable) sera adressé par le médecin traitant à un « référent obésité ». L'accompagnement du patient se fera sur une durée maximale de six mois avec prise en charge personnalisée via le référent obésité. Il sera également proposé au patient des consultations de diététicienne, de psychologue et des séances d'activité physique adaptées ou de kinésithérapie. L'expérimentation est menée sur 2 territoires : un territoire autour de la Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) de Warloy Baillon et le territoire de la Picardie maritime.

Avancée 2014/2015 :

- Une chargée de projet a été embauchée en novembre 2014 par l'IREPS (structure porteuse du projet) pour mettre en place le premier recours sur les deux sites identifiés.

- A ce jour, un important travail a été réalisé en lien avec les professionnels de santé pour élaborer l'ensemble des documents nécessaires à la mise en place de l'expérimentation : charte, fiche d'inclusion, de suivi, et d'évaluation du patient, support de communication, document de suivi financier et de résultats...

- Des stages et des formations ont également été mis en place pour former les professionnels de santé participant à l'expérimentation à la prise en charge de l'obésité (psychologue, infirmière, diététicienne,...)

- Sur le territoire de la MSP de Warloy Baillon, l'inclusion des adultes a débuté mi mars. L'inclusion d'enfants devrait être réalisée à partir de septembre 2015. Sur le site de la Picardie Maritime, des contacts avec les médecins généralistes sont en cours.

- **Le deuxième recours** correspond aux situations plus complexes nécessitant la consultation de spécialistes, l'accès à un plateau technique et à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Pour le pôle d'Amiens, il s'agira de permettre une réduction du temps d'attente pour avoir une consultation pour les adultes et d'augmenter le nombre d'enfants et d'adolescents pris en charge. Pour le pôle d'Abbeville, il s'agira de mettre en place un programme d'ETP pour permettre une prise en charge des enfants et adolescents souffrant d'obésité. Avancée 2014/2015 : Le recrutement d'une diététicienne par le CHU pour le pôle d'ETP Amiens est en cours.

- **Le troisième recours** est réservé aux situations avec co-morbidités et se traduit par une prise en charge en SSR et/ou une chirurgie. Pour le territoire concerné en Picardie, les demandes de création (enfants/adolescents) et d'augmentation (adultes) du nombre de lits du SSR de Corbie seront étudiées à l'issue de la réflexion globale sur les SSR de l'ARS courant 2015. Avancée 2014/2015 : Le Centre Hospitalier de Corbie a déposé une demande de création de SSR enfants/adolescents lors de la fenêtre de demande d'autorisation ouverte par l'ARS fin 2014. [42]

1.6.7. Les pôles de prévention et d'éducation

La région de Picardie est frappée par une surmortalité globale, dont cardiovasculaire. Une tentative de réponse a constitué en l'édification de structures originales : des pôles de prévention et d'éducation du patient.

Ces pôles sont implantés dans chaque secteur sanitaire, multi professionnels, et ouverts sur l'extérieur dans la visée d'une interface entre l'hôpital et la ville.

Les missions de ces pôles sont multiples, mais principalement de mener des actions d'éducation thérapeutique du patient (ETP) (principalement orientées en prévention cardiovasculaire) et de formation et de recherche en ETP.

Les pôles, au nombre de huit, constituent le socle d'un réseau régional de prévention et d'ETP désormais solide.

Les objectifs :

- Mener des actions d'ETP pour la prise en charge des facteurs de risque ;
- Accompagner des projets en ETP ;
- Former, ou organiser, la formation de relais des actions d'ETP ;
- Former des formateurs en ETP ;
- Mener des actions de sensibilisation à la prévention, pour le grand public et des publics ciblés ;
- Communiquer sur l'action des pôles ;
- Mener des recherches en ETP ;
- Mettre en cohérence les actions des pôles ;
- Participer à la mise en cohérence des actions développées dans les secteurs hospitaliers et en médecine ambulatoire (interface ville/hôpital), et dans les différents champs de la prévention ;
- Impulser des réseaux dans le secteur sanitaire autour du pôle de prévention.

Les pôles sont constitués d'équipes pluridisciplinaires, avec une ossature commune de cinq personnes, en moyenne : une valence médicale (un ou deux médecins du secteur public ou

privé, diabétologue(s), cardiologue(s), ou généraliste(s)) ; une valence paramédicale surtout (infirmière(s), diététicienne, psychologue) ; et un secrétariat propre. Au cas par cas, les pôles bénéficient du concours, ici d'un travailleur social, là d'un kinésithérapeute, là encore d'un éducateur sportif, d'un podologue, etc. [41]

1.6.8. Les médecins généralistes

Les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans la prise en charge de l'obésité. Ils ont pour mission de donner les soins de premiers recours. Les soins de premiers recours comprennent plusieurs volets : la prévention, l'éducation à la santé, le dépistage, le diagnostic, le traitement, la surveillance et le suivi des patients. A partir de ceux-ci, les usagers de soins peuvent être orientés vers le système de soins plus spécialisés (endocrinologues, médecins nutritionnistes, diététiciens) ou soins de second recours.

Le médecin se trouve ainsi en face d'une maladie chronique. Il doit après réflexion avec le patient l'orienter vers le traitement le plus adapté, l'encourager, l'aider et le soutenir toute la durée du traitement.

Le rôle du médecin est de définir avec le patient des objectifs raisonnables et de l'aider à les atteindre avec les moyens dont il dispose, mais sa tâche est rendue difficile par l'inégalité entre un processus physiopathologique, un environnement hostile et les faibles moyens dont dispose la médecine.

Malgré la forte implication des médecins généralistes dans ces prises en charge, ils sont confrontés à des difficultés. Dans la littérature on retrouve surtout des informations sur les méthodes utilisés pour les prises en charge de l'obésité. Nous n'avons que très peu d'informations sur les ressentis et les pratiques, et le positionnement des médecins généralistes sur les prises en charge de l'obésité chez l'adulte.

1.7. Mon travail

Il conviendra d'essayer de répondre à ces questions.

Quels sont les ressentis et les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte, dans la Somme ?

Déterminer les freins et les obstacles des médecins généralistes de la Somme dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte.

Déterminer les stratégies utilisées par le médecin généraliste de la Somme pour améliorer les résultats de la prise en charge de l'obésité chez l'adulte.

Les difficultés et les freins ne proviennent pas du manque de connaissances sur le sujet, d'autres facteurs doivent entrer en jeu. Lesquels ?

Quel rôle a le médecin généraliste ?

Quels sont ses atouts et ses limites ?

Comment organise-t-il une prise en charge ?

Avec quels intervenants travaille-t-il ?

Quelles sont leurs expériences de prise en charge de l'obésité maladie ?

Quelles sont les perspectives d'avenir et les orientations à travailler ?

II. Méthodes

2.1. Une étude qualitative : enquête auprès des MG

J'ai choisi une étude qualitative pour aborder les ressentis et les pratiques des médecins généralistes sur la prise en charge de l'obésité chez l'adulte en médecine générale. Une étude qualitative sert à recueillir des informations utiles en interrogeant d'une manière non directive un petit nombre d'individus, pour mettre en évidence et hiérarchiser les motivations et les freins. La recherche qualitative est particulièrement adaptée aux problématiques de médecine générale et surtout pour étudier les ressentis.

2.2. La population étudiée

La population étudiée est constituée par des médecins généralistes installés dans la Somme.

2.3. L'échantillonnage

Les critères retenus pour notre échantillon sont :

- Le sexe
- L'âge
- Le mode d'exercice : individuel, cabinet de groupe, maison de santé pluridisciplinaire
- Le lieu d'exercice : sur le département de la Somme

C'est ainsi que dix-sept médecins généralistes ont été contactés par téléphone. Onze médecins généralistes ont accepté de réaliser un entretien semi-dirigé. Les motifs de refus ont été le manque de temps ou le manque d'intérêt pour le sujet, ou encore des médecins qui ne m'ont pas rappelé, sans cause donnée.

2.4. Le recrutement

A partir d'octobre 2013, j'ai débuté les entretiens semi-dirigés. Mon recrutement a été réalisé avec l'objectif d'avoir une diversité de personnes chez les médecins interrogés. L'objectif est d'avoir un échantillonnage le plus représentatif possible des médecins généralistes de la Somme, même s'il n'y a pas d'obligation de représentativité dans une étude qualitative. Il est intéressant d'entendre les ressentis de médecins installés.

On prendra en compte certaines caractéristiques chez ces médecins généralistes :

- Exercice en rural / semi-urbain/ urbain.
- D'âges différents.
- De sexe différent, masculin et féminin.

- Des modes d'exercice différents : individuel, cabinet de groupe, maison de santé pluridisciplinaire.
- Le suivi d'une formation particulière en nutrition et /ou en éducation thérapeutique ou non.
- Un exercice dans des localisations différentes de la Somme (par rapport à la proximité des différents centres d'hospitalisation de la Somme).
- La possibilité de former des étudiants en médecine ou non.

2.5. La préparation des entretiens semi-dirigés

Avant de débiter les entretiens, j'ai établi un script (Annexe 1). Ce document avait pour but de servir de trame et de guide pour l'entretien. Dans le script, l'ordre des questions a été modifié après la réalisation du premier entretien.

2.6. La programmation des entretiens

J'ai contacté par téléphone des médecins généralistes de la Somme pour leurs demander s'ils étaient intéressés et d'accord pour participer à ce travail de thèse. Au cours du premier entretien téléphonique, je lui expliquais en quoi consistait mon projet de thèse. J'ai à chaque début d'entretien réservé un temps pour présenter mon travail. Voici ce que je donnais comme information lors du premier entretien téléphonique :

« Je fais une thèse de médecine générale sur la prise en charge de l'obésité chez l'adulte en médecine générale. J'interroge les médecins généralistes pour recueillir les ressentis et les difficultés dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte en médecine générale. Je m'entretiens avec les médecins généralistes. Cet entretien restera anonyme, il pourra être arrêté à tout moment. Vos propos seront enregistrés par dictaphone, puis ils seront retranscrits par écrit. A la suite de cela ils seront analysés afin d'en tirer des idées et en déduire des conclusions. Auriez-vous une quinzaine de minutes à m'accorder pour répondre à 16 questions ? »

A la fin de ce temps, je leur demandais leur accord. Si le médecin était d'accord et disponible, je pratiquais l'entretien dans la foulée. Si le médecin était intéressé, mais n'était pas libre sur le moment, je convenais d'un rendez-vous téléphonique, ultérieurement, avec lui.

2.7. Le déroulement des entretiens

Après programmation d'un rendez vous téléphonique, l'entretien a lieu.

L'entretien se déroule de la manière suivante :

- Le parcours du médecin interrogé

- Six questions sur le patient obèse en général
- Cinq questions sur la prise en charge de l'obésité
- Deux questions sur la chirurgie bariatrique
- Et deux questions sur des perspectives d'avenir

J'ai suivi le script d'entretien sans obligation de respecter l'ordre des questions. Une fois la discussion initiée, mes interventions se limitaient à des phrases de relance, des questions leur demandant de préciser leurs propos. L'entretien a été terminé lorsque le médecin n'avait plus d'élément à apporter. Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone Olympus pealcorder S711. Un entretien test a permis d'ajuster le guide d'entretien. Les réponses de l'entretien test n'ont pas été incluses dans l'ensemble des données. J'ai mené les entretiens d'octobre 2013 à mars 2014.

2.8. La transcription des entretiens

J'ai transcrit littéralement à partir de l'enregistrement par dictaphone à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word 2007. Lors de cette transcription, j'ai modifié leur identité afin de respecter l'anonymat, comme je m'y étais engagée. J'ai attribué un numéro pour chaque médecin. J'ai utilisé un code de couleurs pour faire la différence entre mes interventions et celles du médecin.

2.9. L'analyse des entretiens

J'ai effectué l'analyse des entretiens semi-dirigés à l'aide de Nvivo. Ce logiciel apporte une aide technique à l'analyse, mais n'effectue aucune interprétation des données.

III. Résultats

3.1. Les résultats quantitatifs

3.1.1. Les entretiens

J'ai obtenu une saturation des données après avoir interrogé 11 médecins généralistes. J'ai passé dix-sept appels téléphoniques dans des cabinets médicaux. Trois des cabinets médicaux étaient une association de deux médecins généralistes, deux autres cabinets étaient formés par des groupes de médecins avec plusieurs médecins généralistes associés. Les autres appels concernaient des médecins généralistes exerçant seuls.

J'ai eu un refus d'un médecin par manque de temps et d'intérêt cinq appels n'ont pas aboutis, j'avais laissé un message aux secrétaires. Certains docteurs n'ont pas souhaité répondre au questionnaire, d'autres n'ont pas réussi à me donner un créneau horaire par manque de temps, d'autres devaient me rappeler mais je n'ai pas eu de nouvelles malgré une relance.

Les entretiens ont eu lieu d'octobre 2013 à mars 2014, j'ai inclus onze médecins généralistes dans cette étude.

3.1.2. Les caractéristiques de la population étudiée

3.1.2.1. Le sexe

Notre étude est composée de onze médecins généralistes dont quatre hommes et de sept femmes.

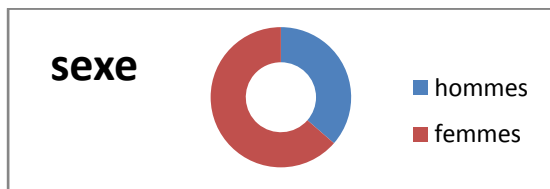


Figure 5 : Répartition selon le sexe des MG interrogés

3.1.2.2. L'âge

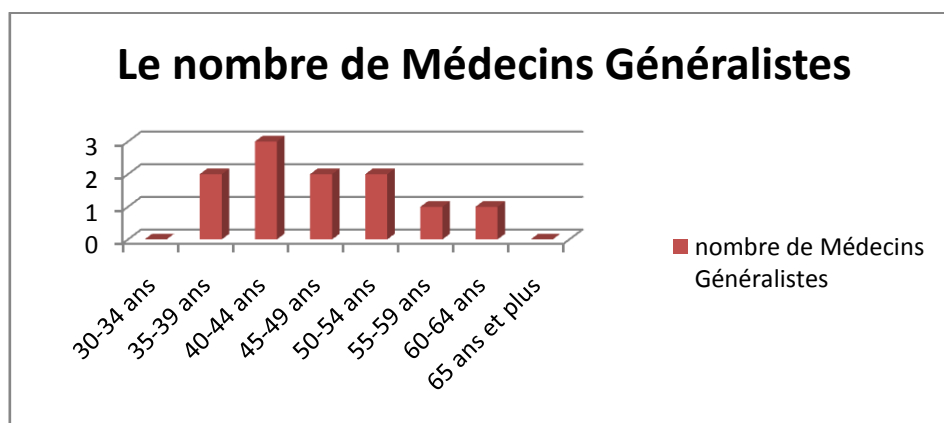


Figure 6 : Répartition par classe d'âge des médecins généralistes interrogés

La moyenne d'âge est de 47.36 ans se répartissant de 35 ans à 63 ans. La pyramide des âges des médecins libéraux cotisants vient corroborer le vieillissement global de la population médicale. En effet, on constate que sur un effectif de 86 487 médecins hommes, l'âge moyen est de 53,97 ans et que parmi ceux-ci, 29% ont 60 ans et plus. Les 39 827 femmes sont également touchées par le vieillissement de leur effectif avec un âge moyen de 49,74 ans. Plus de 34% d'entre elles ont plus de 55 ans.

3.1.2.3. Le lieu d'exercice de la médecine générale

Quatre médecins généralistes exercent leur métier en milieu urbain.

Cinq médecins généralistes exercent en semi-urbain.

Deux médecins généralistes exercent en milieu rural.

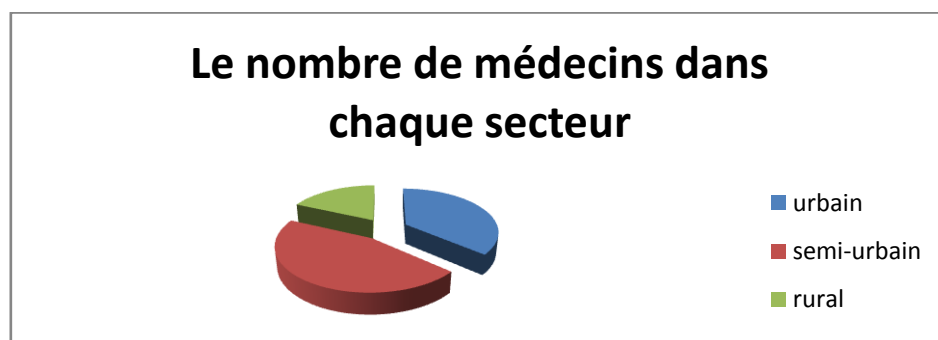


Figure 7 : La répartition des médecins généralistes selon le lieu d'exercice

3.1.2.4. La formation en nutrition ou en éducation thérapeutique

Deux personnes ont eu une formation sur la prise en charge de l'obésité chez l'enfant. Une personne en cours de formation au pôle de prévention d'Amiens, rue des Louvels. Une personne est en possession du diplôme universitaire de nutrition. Les sept autres médecins n'ont pas eu de formation supplémentaire, uniquement durant les études de médecine.

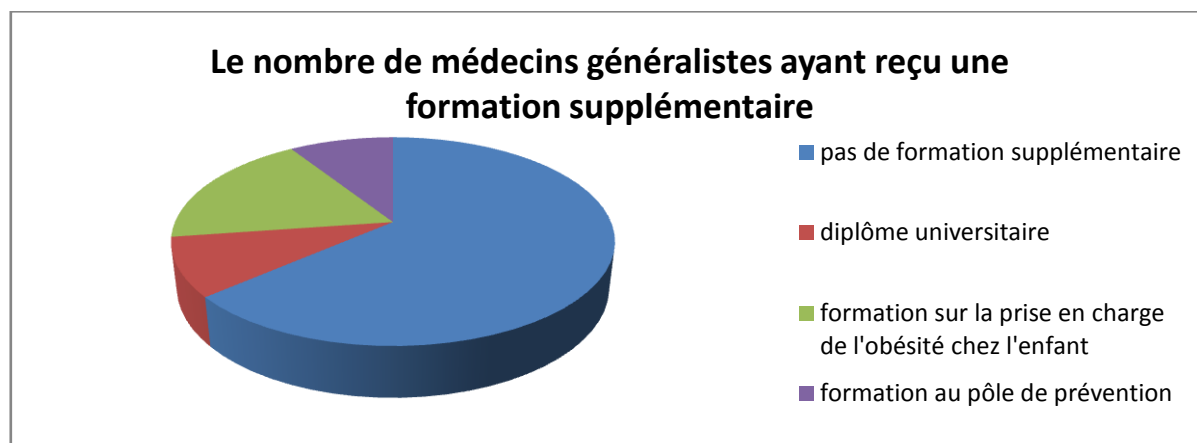


Figure 8 : répartition des MG interrogés selon les formations supplémentaires reçues

3.2. Résultats qualitatifs

3.2.1. Le patient obèse

3.2.1.1. L'abord du sujet par le médecin généraliste quand le patient n'en parle pas.

- L'abord pour la prise en charge est **progressif**.

Médecin 2 : *Euh déjà ça se fait progressivement.*

- L'abord ne se fait pas sur la première consultation, il faut d'abord instaurer **une relation de confiance**.

Médecin 4 : *Alors, je n'en parle jamais tout de suite. Parce que ... ça ça jamais. Je je j'attends de laisser passer quelques consultations avant d'en parler.*

Médecin 4 : *Mais bon voilà, quand on se connaît, et qu'on a passé du temps ensemble, là je commence à... je je j'aborde le sujet quoi.*

3.2.1.1.1. La mesure du poids

- La mesure du poids à l'aide d'**une balance** permet l'abord du sujet de l'obésité.

Médecin 4 : *L'étape de la balance c'est un petit peu la plus cruciale pour eux, qui n'est pas forcément évidente.*

Médecin 9 : *S'ils me disent qu'ils ne se sont pas pesés depuis longtemps, je dis bien, vous pouvez y aller. Puis, parfois ça permet d'aborder juste ça.*

Médecin 10 : *Quand le patient parle de son obésité ? Je le pèse (rire). Je commence par le peser. En fonction de son poids et de son indice de masse corporelle bien, on lui montre un graphique qu'il est un peu au dessus des normes quoi.*

- **Le suivi du poids** permet de prendre en charge le surpoids le plus tôt possible.

Médecin 9 : *Parce que quand même on les suit régulièrement, et des fois on voit quand même des enfants des ados qui sont en train de partir en...*

3.2.1.1.2. L'Indice de Masse Corporel

- **L'IMC** est aussi utilisé pour aborder le sujet.

Médecin 3 : *Bah on pèse, on le mesure, on lui met le disque d'IMC sous les yeux, pour voir un petit peu où il en est.*

Médecin 5 : Après on fait poids, taille, IMC, on essaye de lui montrer que là vraiment il y a un problème.

Médecin 7 : Alors on pèse, on mesure, on calcule l'IMC. On regarde si la plainte est validée, avec la courbe de poids vous savez bien, hein.

3.2.1.1.3. Le journal alimentaire

- **Le journal alimentaire** permet aussi d'ouvrir la discussion sur l'obésité.

Médecin 1 : Je demande toujours ce qu'il mange etc. Je passe toujours par le biais d'un journal alimentaire.

Médecin 1 : Au moins un journal alimentaire d'une semaine avec tout ce qui passe par la bouche eau bonbons etc.

3.2.1.1.4. Les facteurs de risques cardiovasculaires

-**Les FDRCV** peuvent représenter des méthodes d'abord.

Médecin 1 : Surtout chez les hommes, on en parle par les facteurs de risques.

Médecin 9 : C'est vrai que sinon, je peux être amenée à faire, la prise de tension systématiquement. Et puis leur demander, où en est votre poids? Est-ce que c'est stable.

Médecin 10 : Généralement, c'est à l'issue d'une hypertension, de facteurs de risques cardiovasculaires en fait, tu vois. Je pense que c'est ça.

Médecin 11 : Je demande s'il n'y a pas de diabète. La porte d'entrée, pour moi, c'est le diabète.

3.2.1.1.5. Les examens biologiques

- L'abord de la prise en charge de l'obésité peut se faire par l'intermédiaire **des examens biologiques**.

Médecin 1 : Du cholestérol etc... C'est vrai qu'une prise de sang permet de bien...enfin s'il y a des problèmes de triglycérides, de cholestérol ou de diabète de commencer à en parler mais non pas d'outil particulier.

Médecin 5 : Soit à l'occasion d'un résultat biologique, on essaye de le sensibiliser.

Médecin 9 : Un bilan sanguin qui ne serait pas très bon au niveau des lipides, où là je vais en profiter pour essayer de...

3.2.1.1.6. Les complications de l'obésité

- Les médecins généralistes utilisent ces pathologies associées pour **aborder le sujet** de la surcharge pondérale.
- Cinq médecins généralistes, sur onze, évoquent les pathologies cardiovasculaires, dont trois pour aborder le sujet de l'obésité.

Médecin 5 : *Soit il a une pathologie on découvre une hypertension.*

Médecin 9 : *Une tension qui serait un peu haute.*

Médecin 10 : *Généralement c'est l'issue d'une hypertension, de facteurs de risques cardiovasculaires en fait, tu vois. Je pense que c'est ça.*

- Six médecins généralistes, sur onze, évoquent les pathologies orthopédiques et rhumatologiques dont quatre dans l'objectif d'aborder le sujet de l'obésité.

Médecin 3 : *Alors ça m'arrive d'aborder, s'il ne l'aborde pas, s'il y a une raison médicale à ça. S'ils ont mal au dos, des machins, des trucs, voilà.*

Médecin 5 : *Soit quand ils ont des plaintes arthrosiques douloureuses.*

Médecin 6 : *Problème de genou ou des choses comme ça on en profite pour enchaîner.*

Médecin 7 : *Euh (soufflement), c'est très variable parfois j'en parle, d'autres fois je n'en parle pas. Souvent à l'occasion d'une plainte par exemple orthopédique, sur un genou, ou bien d'essoufflement ou de choses comme ça.*

- Deux médecins généralistes évoquent les pathologies pneumologiques et ceux-ci uniquement pour l'abord du sujet de l'obésité.

Médecin 5 : *Soit quand ils se plaignent d'essoufflement, une désadaptation à l'effort et qu'on a éliminé les autres causes.*

Médecin 7 : *Euh (soufflement), c'est très variable parfois j'en parle, d'autres fois je n'en parle pas. Souvent à l'occasion d'une plainte par exemple orthopédique, sur un genou ou bien d'essoufflement ou de choses comme ça.*

- Trois médecins généralistes évoquent les pathologies métaboliques dont un pour l'abord du sujet de l'obésité.

Médecin 11 : *Je demande s'il n'y a pas de diabète. La porte d'entrée, pour moi, c'est le diabète.*

3.2.1.2. L'abord du sujet par le médecin généraliste, quand le patient en parle de lui-même.

3.2.1.2.1. La place privilégiée du médecin traitant

- Le médecin généraliste a l'avantage de connaître **le contexte familial** du patient et **les antécédents familiaux**. Il est souvent **le médecin de famille**. Il connaît donc **le caractère héréditaire** de l'obésité dans les familles. Il connaît les histoires familiales.

Médecin 2 : Les antécédents familiaux aussi, lorsque c'est familial ou pas.

Médecin 4 : On les connaît très bien, on connaît leur vie de famille, on connaît leurs histoires personnelles.

Médecin 5 : De son hérédité, de son environnement familial, professionnel.

Médecin 6 : Euh déjà, je demande un peu dans la famille, comment ça se passe.

3.2.1.2.2. L'histoire de l'obésité retracée par le médecin traitant et la recherche des facteurs déclenchants

- Il faut rechercher **le caractère héréditaire**.

Médecin 6 : Est ce qu'ils ont toujours été comme ça.

- Les premières étapes d'une prise en charge consistent à reconstruire la **chronologie de l'installation** de l'obésité.

Médecin 2 : On essaye de refaire un peu la chronologie. Il y a des surpoids qui datent de l'enfance ou de l'adolescence, ou si ça c'est déclaré un peu plus tard.

Médecin 3 : Et puis on voit avec lui depuis quand, voilà. Ce qu'il a déjà fait, euh voilà.

Médecin 9 : Bien déjà j'essaie de faire premièrement un petit peu l'historique. L'histoire du poids c'est à dire, depuis quand, l'évolution du poids depuis son enfance, les périodes qui ont fait que... Est-ce que c'est depuis tout petit ? Est-ce que c'est au moment des grossesses ? Est-ce qu'il a déjà tenté des régimes par lui-même ? Ou bien, est-ce qu'il a été suivi par une diététicienne ? Ou, faire un petit peu déjà un historique déjà. Enfin comment ça c'est développé, et puis ce qu'il a essayé jusqu'à maintenant.

- Les médecins généralistes ont le privilège de suivre leurs patients depuis la **petite enfance**.

Médecin 3 : En plus que nous, on suit souvent enfant, puis ado, puis adulte. Dès que ça commence à déraiper sur la courbe, on leur saute dessus, enfin voilà.

Médecin 9 : L'histoire du poids c'est à dire, depuis quand, l'évolution du poids depuis son enfance, les périodes qui ont fait que... Est-ce que c'est depuis tout petit ?

Médecin 10 : D'autant plus qu'il y a des jeunes quoi tu te dis que... il faut faire quelque chose pour leur devenir.

- La prise de poids **pendant les grossesses** engendre des difficultés à perdre les kilos.

Médecin 9 : Puis après c'est la femme après les grossesses tout ça, ou certains...

Les tentatives de prises en charge

- Il faut rechercher les **régimes** qui ont été réalisés antérieurement.

Médecin 4 : Bon voilà j'aborde, le fait de savoir si la personne a déjà, éventuellement, fait des régimes.

Médecin 8 : Mais euh qui, pourquoi aujourd'hui et pas un autre jour décide de faire un régime.

Médecin 9 : Est-ce qu'il a déjà tenté des régimes par lui-même ?

- Il faut rechercher les prises en charge antérieures avec **des spécialistes, une diététicienne**.

Médecin 4 : Euhh, est-ce qu'elle a déjà eu une prise en charge auparavant spécialisée ou non. Est-ce qu'elle a déjà vu un diététicien ou pas ?

Médecin 6 : Euh, je demande s'ils ont déjà fait des régimes, quels genres de régimes, s'il a déjà vu une diét'.

Médecins 9 : Ou bien, est-ce qu'il a été suivi par une diététicienne ?

3.2.1.2.3. L'exploration du mode de vie

- Le médecin généraliste cherche à comprendre **le mode de vie** du patient.

Médecin 2 : Euh déjà ça se fait progressivement je pense et on essaye de comprendre un peu son mode de vie, au niveau de l'alimentation, au niveau de l'activité physique et professionnel.

Médecin 10 : Après il y a l'obésité, chez la personne qui n'a pas d'hypertension sans problème particulier quoi. Donc on lui parle de son poids, on lui donne ..., on essaye d'analyser le comportement alimentaire et avec ça on essaye de corriger.

3.2.1.2.4. Le médecin travaille sur la relation avec son patient.

- Le médecin généraliste doit cerner **le côté psychologique, sa personnalité**.

Médecin 4 : Je pense que ça c'est vraiment, le fait de connaître bien la personne. Surtout les aspects autour, il n'y a pas que l'obésité, il y a tout l'aspect psychologique et compagnie.

Médecin 5 : Et chaque prise en charge va être différente, puisque chaque patient a sa personnalité, son histoire etc.

3.2.1.2.5. Le poids du médecin

- Le patient vient plus parler de son problème de poids, à un médecin qui lui aussi a un surpoids.

Médecin 1 : C'est plutôt paradoxal, parce que moi même j'ai des problèmes de surpoids.

Médecin 1 : En général, ils en parlent mieux avec moi qu'avec mes associés.

3.2.1.3. Les difficultés rencontrées pour la prise en charge d'un patient obèse

A la question « vous sentez vous bien préparé ? », quatre médecins généralistes sur les onze interrogés ont répondu ne pas être assez préparés.

3.2.1.3.1. Le manque de motivation des patients

- Le patient manque de motivation sur la prise en charge de son obésité, découragement progressif.

Médecin 2 : Et puis en général, le patient n'est peut être pas très motivé.

Médecin 3 : Et puis il y en a qui ont déjà écumé tout le monde, qui seront découragés partout, bon bref, voilà.

Médecin 4 : Ce n'est pas facile pour le patient. Ce n'est pas facile pour nous, parce que parfois même nous on se décourage, quelque part.

Médecin 5 : Bah non il n'y a pas de difficulté à la sensibilisation, mais il y a une grosse difficulté à la mise en pratique de la part du patient.

Médecin 8 : Quel ressenti j'ai ? Je pense que d'abord c'est... (Soufflement) on a des moyens, mais il faut que les gens s'en donnent les moyens, il faut qu'ils y aillent quoi.

Médecin 9 : Mais que finalement ça se fasse sans effort. Parce qu'on est parfois face à des patients qui auraient du mal à renoncer à telle ou telle...enfin telle ou telle façon de manger. Bien qu'ils aient, quand même beaucoup de mal à se mettre à une activité physique.

Médecin 10 : Donc après, après c'est la motivation qui fait.

- Le patient est réticent et réfractaire.

Médecin 2 : Un peu réfractaire aux conseils qu'on peut leurs donner, je pense.

Médecin 4 : Bon après c'est voilà, l'obstacle c'est le patient lui même, finalement, parfois. C'est lui qui va être plutôt retissant à ça.

Médecin 6 : Bon après il y a des exceptions, il y en a que ça ne perturbe pas.

- Le **manque de motivation** est une des difficultés pour la prise en charge, exprimée par les médecins. C'est surtout une **inadéquation des objectifs patients et médecins** et donc la difficulté de cheminer ensemble pour progresser.

3.2.1.3.2. Le suivi

- Le suivi est en réalité le suivi d'**une maladie chronique**, mais les mots de maladie chronique n'apparaissent pas franchement dans les entretiens.

Médecin 1 : Enfin si on n'obtient pas gain de cause le premier mois et bien ça sera le deuxième, ou le troisième.

Médecin 4 : Donc, on est vraiment sur le suivi chronique quand même.

Médecin 8 : Moi mon ressenti c'est que euh, il faut une prise en charge et un suivi euh, ils ne savent pas très bien le tenir. Ca n'a pas vraiment été très bien fait.

- Le médecin et le patient ont des difficultés à tenir un suivi au long cours.

Médecin 3 : Je rencontre des difficultés sur le long-cours. La prise en charge de long-cours, gérer les reprises de poids, gérer tout ça.

Médecin 9 : Qu'au final parfois ce n'est pas facile d'instaurer un suivi régulier. Parce que parfois les gens viennent gênés par quelque chose, ils vont nous en parler. Au final, c'est assez difficile d'instaurer quelque chose de régulier, des évaluations régulières, pour avoir vraiment suivi dans la durée quoi. J'ai l'impression de faire une intervention comme ça ponctuelle. Et puis qu'au final, que ça manque de suivi quoi.

- Le suivi médical peut être fait par le médecin généraliste.

Médecin 4 : Euh et ensuite, parfois je propose un suivi moi même.

Médecin 11 : Après comme je disais tout à l'heure, le suivi on peut l'assurer. Le faire monter sur la balance, et suivre son poids, ça on peut très bien le faire.

- Le médecin généraliste peut renforcer un suivi en plus du travail du spécialiste.

Médecin 4 : Moi ce que je fais quand ils sont vraiment dans le parcours et que je les suis dans le parcours. Puisque nous en tant que médecin généraliste on n'a pas mal de courrier à faire, à plein de spécialistes par rapport à ça.

3.2.1.4. Les outils

3.2.1.4.1. Les outils de diagnostic sont des outils d'informations.

- Le poids est un outil diagnostic, il amène au calcul d'IMC et donc à un diagnostic médical. Il peut être un outil d'information pour un patient qui ne se voit pas prendre de poids.
- Le diagnostic et la prise en charge du poids nécessitent **une balance**.

Médecin 5 : Que tout le monde ait une balance déjà (rires) dans chaque cabinet, et qui fonctionne.

- Le calcul de l'**IMC** et les **courbes d'IMC** sont essentiels, pour la définition clinique de l'obésité.

Médecin 1 : Non juste l'IMC c'est tout.

Médecin 3 : Le disque d'IMC, et plus jeune, les courbes d'IMC

Médecin 4 : J'utilise la petite roulette classique. La roulette poids, taille, IMC, déjà pour eux c'est pas mal.

Médecin 4 : Ou parfois des gens me demandent j'aimerais bien savoir mon indice de masse corporelle. Il y a certaines personnes qui connaissent ce terme hein. Et puis parfois ... On le fait ensemble je crois que c'est important pour eux de voir un peu dans quelle fourchette ils se situent. Donc ça c'est... Oui ça c'est mon outil principal.

Médecin 10 : Non je n'ai pas de moyen d'information. A part, la courbe de l'indice de masse corporelle quoi. On a des petites réglottes, tu sais. Avec les indices de masse corporelle, en fonction de la taille et du poids. Comme ça tu leurs montres. Tu leurs montres la norme. Tu leurs montres un peu dans quelle fourchette ils se trouvent. Et là où ils devraient être, en fonction de leur taille.

- Le **tour de taille** et le **tour de hanche**

Médecin 8 : Ah beh, systématiquement il y a une balance. Donc à chaque consultation il se pèse, donc ça c'est obligatoire. Euh après je fais le tour de taille, tour de hanche, l'IMC.

Quand je les estime en surpoids, on fait un petit peu le bilan et on en touche un mot, comme ça. Oh tient, il y a du surpoids. Mais ils sont systématiquement pesés donc euh...

3.2.1.4.2. Les outils sur la nutrition

- Les classifications d'aliments

Médecin 3 : Des repères alimentaires. On fait des repères alimentaires, des pyramides avec les répartitions des aliments. Euh oui ça j'utilise quand j'en ai.

- Des recettes de plats équilibrés

Médecin 3 : Qu'est ce que les pyramides, l'IMC, et puis bon j'ai des petits docs sur des idées de recettes, des menus des trucs quoi.

Médecin 5 : Donc là, le plus difficile ce n'est pas de sensibiliser, c'est de faire appliquer les règles les plus élémentaires, et comme j'aime bien cuisiner je leur explique des petites recettes. Mais ça ne marche pas à tous les coups.

Médecin 8 : Oui, bah j'ai des petits dépliants, des petits conseils en alimentation, quand elle est trop riche en cholestérol, sur l'acide urique.

- Les fiches régimes, conseils diététiques.

Médecin 2 : Euh des moyens d'informations? Des outils visuels des trucs comme ça? J'ai un peu de fiches assez didactiques assez générales qui peuvent déjà être une base... une base de travail quoi.

Médecin 5 : Des moyens d'informations, non parce qu'il y en a en long en large et en travers. J'ai des petites fiches de régime mais très simples, très didactiques, euh pas compliquées parce que sinon au bout de 8 jours ils envoient tout balader.

Médecin 5 : C'est euh comme je disais des petites fiches régimes.

Médecin 8 : Souvent on lance quelques petites perches, les frites pas tous les jours, la charcuterie une fois par semaine, si vraiment vous ne pouvez pas vous en passer. Enfin, des petits messages comme ça, qui peuvent parfois avec le temps leurs donner des idées quoi,

- Le journal alimentaire permet de comprendre les habitudes alimentaires, de déceler les erreurs alimentaires, et de les corriger en donnant des conseils diététiques.

Médecin 1 : On passe par le journal alimentaire.

Médecin 4 : Souvent, oui je fonctionne sur le carnet déjà alimentaire. On voit déjà pas mal d'erreurs ensemble. Des erreurs que les gens ne voient pas forcément eux même, au quotidien, hein, dans leur façon de préparer à manger.

Médecin 6 : Quand c'est des gamins, moi j'aime bien leur demander de faire un calendrier alimentaire. Je leur dis sur une semaine tu ne triches pas. Tu me mets tout, je m'en fous que tu aies mangé des gâteaux, des bonbons, du coca. Euh, les adultes ça dépend soit je leur demande un calendrier alimentaire, ou si je vois que ça va être un peu complexe, c'est l'avantage d'avoir une diét'.

Médecin 7 : Je fais le journal alimentaire. Mon outil favori.

Médecin 10 : Après il y a l'obésité, chez la personne qui n'a pas d'hypertension sans problème particulier quoi. Donc on lui parle de son poids, on lui donne ..., on essaye d'analyser le comportement alimentaire et avec ça on essaye de corriger.

3.2.1.4.3. Les outils informatiques

- Les médecins se retournent vers **internet** pour se procurer des outils.

Médecin 6 : Après par contre sur le plan des régimes, bah c'est l'avantage d'internet, c'est qu'on arrive facilement à trouver des listes alimentaires avec ce qu'il faut, ce qu'il ne faut pas, etc.

- Le **logiciel informatique** est un outil important pour que le médecin généraliste organise le suivi régulier.

Médecin 10 : Bah c'est le poids qui solutionne. C'est le poids qui solutionne en fait. Pratiquement, je pèse quasiment tout le monde. Donc là, je vais peser et sur églantine, je mettais la date, la taille le poids. Tout le monde passait à la balance. Et là à partir du mois de janvier, je vais avoir un nouveau logiciel et donc le poids va se mettre automatiquement, reporté sur un graphique tu vois. Donc pour le suivi ça sera peut être plus facile pour nous, en fait. Parce que j'avais des dates avec des poids et c'était à moi de faire la courbe dans ma tête. Tandis que maintenant quand je vais cliquer sur poids, tac, j'aurai le profil instantanément du patient, tu vois. Tu vois tout de suite s'il a perdu si... on voit l'évolution. Il faudra que je t'explique comment ça marche. Ça va être aussi compliqué, j'ai un nouveau logiciel en janvier qui va arriver.

3.2.1.4.4. Un outil : l'activité physique

- **L'activité physique régulière. Un des piliers** de la prise en charge de l'obésité.

Médecin 9 : Surtout de commencer à pratiquer une activité physique, même si c'est de la marche.

Médecin 9 : Qu'ils aient, quand même beaucoup de mal à se mettre à une activité physique. Moi j'essaye quand même de... à chaque fois de leur parler un petit peu des deux. Alimentation, enfin les apports, et puis les dépenses. Deux choses qui doivent être absolument essentielles.

Médecin 9 : Bien déjà quand le patient se met à faire une activité physique régulière euh et puis à faire des efforts au niveau alimentaire, déjà euh c'est bien parti quoi.

Médecin 10 : Donc là, elle va bien elle fait du sport. Je la vois dans les marais elle court, elle fait du vélo. En fait tu vois elle est...

- Plus il y a d'entraînement à l'activité physique, meilleure sera l'adaptation à l'effort.

Médecin 5 : Ils se disent bah tiens je peux de nouveau marcher plus longtemps. Euh j'ai moins mal dans les articulations. Je bouge mieux, je monte mieux les escaliers. Bon bah voilà c'est que ça marche.

Médecin 10 : Et puis là il arrive à bouger à venir en consultation au cabinet. Il vient en voiture et il rentre dans le cabinet à pied quoi. Et c'est déjà bien pour lui quoi.

- Le médecin lui-même reconnaît qu'il fait de l'activité physique mais qu'il est parfois **difficile de se motiver**.

Médecin 10 : Moi aussi je vais marcher de temps en temps. On se dit qu'on va aller marcher cet après-midi, mais faut se motiver.

- **L'amélioration des complications** liées à l'obésité

Médecin 6 : Rires, premièrement la perte de poids (rires), les risques cardiologiques, aussi on voit qu'on a souvent une amélioration. Et puis les critères de ressenti des patients. Ils ont moins mal aux genoux, ils ont moins mal au dos, ils ont moins...

3.2.1.4.5. Le travail sans support

- Certains médecins généralistes travaillent **sans support**. Six médecins généralistes sur les onze interrogés, ont répondu ne pas avoir d'outils.

Médecin 4 : Je vous dis c'est vraiment... je n'ai pas de... je n'ai pas de de comment, de canevas particulier.

Médecin 5 : Je n'ai pas d'outils particuliers

Médecin 6 : *Est-ce que vous utilisez des moyens d'informations pour aborder le sujet ? Par rapport au régime ou par rapport à l'obésité ? Par rapport à l'obésité en général ou même au régime.* Non pour l'obésité c'est plus au niveau du dialogue,

Médecin 7 : *Est-ce que vous utilisez des moyens d'informations pour aborder le sujet ?* Non.

Médecin 9 : Des moyens d'informations c'est à dire des choses visuelles? Euh non pas spécialement.

Médecin 11 : Non pas vraiment tu veux dire des supports visuels ? *Oui.* Non ça je n'en ai pas.

3.2.1.5. Le ressenti des médecins généralistes sur les résultats de la prise en charge de l'obésité

- Dix médecins sur onze pensent que les **résultats sont mauvais et décourageants.**

3.2.1.5.1. La démotivation du médecin

- Le médecin peut être démotivé.

Médecin 9 : *Alors je ne sais pas trop si c'est parce que je n'insiste pas, ou si c'est parce qu'on n'est pas toujours bien organisé dans un cabinet de médecine générale, parce qu'il y a d'autres urgences, d'autres choses à faire. Et que du coup, on néglige un peu tout ce qui est de la chronicité. Je pense que dans le temps ça n'est pas assez suivi. Ça vient peut être du patient aussi.*

Médecin 10 : *Après tu en as qui sont vraiment très obèses et là... là, tu ne peux pas faire grand chose.*

- Le médecin généraliste peut s'épuiser.

Médecin 3 : *Euh, voilà les résultats ne sont pas bons, un peu décourageant.*

Médecin 4 : *Ce n'est pas facile pour le patient. Ce n'est pas facile pour nous, parce que parfois même nous on se décourage quelque part.*

Médecin 8 : *Tous les gens que tu veux faire maigrir tu n'y arriveras pas.*

Médecin 10 : *Je pense qu'il faut se donner beaucoup pour ne pas avoir beaucoup de résultats quoi.*

Médecin 11 : *Des difficultés à motiver le patient.*

- Le médecin généraliste reconnaît qu'il est dur de se motiver pour sa propre prise en charge.

Médecin 10 : *Moi aussi je vais marcher de temps en temps. On se dit qu'on va aller marcher cet après-midi, mais faut se motiver. Bein demain, car je n'aurai pas le temps. C'est chiant on a envie de se prendre en main, il faut se motiver, il faut qu'il fasse beau, il faut... déjà pour nous, on se l'autorise, on se l'autorise pas.*

Médecin 10 : *Il faut se motiver et les motiver!*

Oui voilà c'est ça!

- Les résultats des médecins généralistes ne doivent pas être meilleurs que ceux des spécialistes.

Médecin 3 : *Les résultats ne sont pas bons, mais à mon avis, ils ne sont pas plus mauvais que nos confrères spécialistes.*

- **La satisfaction** en cas d'objectifs atteints est ressentie par le patient et le médecin.

Médecin 4 : *C'est particulier... Une fois que les gens ont décidé de se prendre en charge, c'est formidable quoi.*

Médecin 11 : *Il y a quand même quelques patients qui arrivent à perdre du poids et donc on est content quoi. On est content pour eux on est content pour nous aussi. On se dit qu'on a servi à quelque chose.*

3.2.1.5.2 La prise en charge personnalisée

- La prise en charge doit être **adaptée à chaque patient, individuelle**.

Médecin 3 : *La prise en charge de long-cours, gérer les reprises de poids, gérer tout ça.*

Médecin 4 : *Je crois que quand on est sur le terrain les organigrammes on les met de côté hein franchement. On est vraiment face aux ressentis, au vécu de la personne qui est différent d'une personne à l'autre*

Médecin 5 : *Chacun fait dans l'intimité de son cabinet, et en face de son patient. Et chaque prise en charge va être différente, puisque chaque patient a sa personnalité, son histoire etc.*

Médecin 6 : *Bah je dirai que ça dépend un peu des patients. C'est vraiment patient dépendant. Il y en a où on y va très très très très lentement parce qu'il y a pleins d'informations en même temps ça ne va pas le faire. Et puis bon il y en a qui sont un peu plus cortiqués ou là... c'est vrai que ça n'est pas évident ça dépend des gens.*

Médecin 8 : Les patients vont t'écouter mais en général, je n'ai pas de discours systématique, de solutions.

- Parfois même, la décision d'une abstention de prise en charge est prise par le médecin.

Médecin 10 : Ça dépend de l'âge de la personne, ça dépend... Il y a beaucoup de personne qui sont en surpoids mais bon on les laisse en surpoids, on ne s'en occupe pas forcément parce que de toute façon... en fonction de leur âge, en fonction de tout ça, il n'y a pas grand chose à faire, tu vois.

3.2.1.6. Les stratégies

3.2.1.6.1. *La communication et relation médecin-malade*

- **L'échange** est primordial dans la prise en charge, il faut insister avec **tact**, pour que les informations soient intégrées et ne pas hésiter à en parler sur plusieurs consultations. Un lien doit se nouer entre le patient et le médecin.

Médecin 1 : Il faut en discuter mais on ne force jamais quoi.

Médecin 3 : Beaucoup discuter, beaucoup échanger avec les patients, sur ce qu'il a pu se passer etc.

Médecin 5 : Je dirai il faut être très simple, très clair, très carré et ne pas se lancer dans des grandes discussions.

Médecin 6 : Non pour l'obésité c'est plus au niveau du dialogue,

- Le médecin peut se questionner sur la répétition de certains conseils en cherchant à faire autrement. Peut-être que le médecin doit se remettre en question devant l'inefficacité des discussions.

- Le médecin généraliste sait qu'il doit **être à l'écoute**.

Médecin 11 : Non pas vraiment je suis très à l'écoute du patient, mais à part ça non je n'ai pas vraiment de stratégies

- **L'entretien motivationnel** est un outil important de la communication, mais peu connu des médecins généralistes.

Médecin 3 : J'essaye de les remotiver.

- Il faut sensibiliser le patient et le rendre réceptif. Le médecin trouve que le patient n'est pas facile à convaincre. Il faut que le médecin trouve une solution pour faire en sorte que le patient l'écoute.

Médecin 8 : *Mais en pratique les gens ils ne t'écoutent pas ils t'entendent.*

Médecin 10 : *Donc pour comment... pour comment... inciter les gens à le faire ce n'est pas toujours évident non plus. Il faut vraiment être très persuasif.*

- Faut-il utiliser le terme obésité ? C'est la question qu'un médecin se pose. Il ne veut pas stigmatiser le patient, de part le côté péjoratif du mot.

Médecin 4 : *Je demande à la personne si elle compte éventuellement, voilà, s'occuper de son surpoids. Je ne leur dis jamais le terme obésité. Euh., bon je ne sais pas si c'est bien ou pas.*

3.2.1.6.2 Une alliance

- Le patient et le médecin généraliste doivent travailler ensemble pour atteindre des objectifs. Pour cela on utilise **l'éducation thérapeutique** dont le socle est la relation qui va s'établir entre le médecin et son patient pour parvenir à une alliance. Et la base de ce procédé est **l'échange. Un partenariat** doit se créer entre les deux.

Médecin 1 : *Discuter discuter*

Médecin 2 : *Après c'est vraiment l'obstacle du patient qui... il faut faire coopérer le patient, et le faire adhérer à des objectifs.*

Médecin 4 : *Je leur dis qu'il va falloir faire un travail ensemble, qui va durer pas mal de temps de toute façon.*

Médecin 4 : *Je leur propose de faire un petit peu, comment dire... c'est vraiment un partenariat en fait.*

Médecin 10 : *Bah les difficultés dans la prise en charge, il y en a, il faut déjà qu'il soit coopérant.*

- Il faut **l'adhésion du patient**.

Médecin 10 : *Après, il faut que les gens adhèrent.*

- Les conseils des médecins sont rarement suivis à la lettre par le patient.

Médecin 8 : *Après est-ce qu'ils pratiquent exactement ce que tu leur dis, non*

- Il faut que le médecin soit convainquant sans forcer la main, tout en respectant les limites de la personne en face de lui. **La diplomatie** est essentielle.

Médecin 1 : Enfin, en médecine générale, le problème c'est que nous il ne faut pas qu'on se les mette à dos. Il faut en discuter mais on ne force jamais quoi.

Médecin 4 : Je reste très diplomate là dessus.

Médecin 8 : Ou alors ils entendent, ou alors ils changent de médecin. Ils disent, oh c'est bon elle passe son temps à me dire ça. C'est l'un ou l'autre.

Médecin 9 : C'est le patient qui va lui même, accrocher ou pas. Mais je ne vais pas être vraiment intrusive. Je vais laisser le patient aller vers moi. Voilà quoi.

3.2.1.7. Le patient obèse est un patient particulier.

-Deux médecins sur onze pensent que le patient obèse n'est pas un patient particulier.

Médecin 7 : Il est particulier ? Pas toujours.

Médecin 10 : Je ne pense pas qu'il soit particulier moi. Je pense que c'est un patient comme un autre avec une pathologie comme une autre. Il faut qu'il accepte de se prendre en charge aussi un petit peu quoi.

Les particularités

- La plus grande particularité est la **difficulté de la prise en charge**.

3.2.1.7.1. **Un patient poly-pathologique**

- Le patient obèse est souvent **poly-pathologique**, d'où la difficulté de prise en charge.

Médecin 5 : Euh particulier parce qu'il y a un risque présent et à venir de poly-pathologies ça n'a rien d'original.

Médecin 11 : C'est un patient particulier pour plusieurs raisons souvent il est poly-pathologique.

- C'est un **patient à risques**.

- L'obésité est un **facteur de risque cardiovasculaire** (FDRCV), d'où l'importance d'une prise en charge.

- Les **autres facteurs de risque cardiovasculaires** (FDRCV) sont à rechercher et à traiter.

Médecin 4 : Je fais le tour des facteurs de risques à côté.

Médecin 5 : Les hypertendus, les diabétiques etc etc. Ils cumulent les facteurs de risques.

Médecin 6 : Il ne faut pas se leurrer, ils ont aussi derrière les problèmes de diabète ou autres, donc, endocrino, ou diététicienne.

Médecin 8 : C'est un patient particulier si si quand même. Tu as tous les facteurs de risque qu'il faut surveiller quand même.

3.2.1.7.2. La non-conscience de sa pathologie

Médecin 8 : Et puis généralement, c'est des gens qui n'entendent pas, qui ont du mal à entendre qu'ils sont obèses quoi. C'est ça qui est difficile.

3.2.1.7.3. De nombreux échecs

Médecin 6 : C'est un patient qui a beaucoup ramé avec son poids. Qui a déjà souvent essayé de prendre les choses en charge.

- Il y a souvent des pertes de poids puis des échecs avec **reprise de poids**, avec le **phénomène de yoyo**.

Médecin 6 : C'est souvent déjà plein de régimes fait plein d'échecs, plein de perte et plein de reprise

3.2.1.7.4. Une prise en charge comparable à une addiction

- Selon les médecins généralistes, la prise en charge de l'obésité est aussi compliquée que celle du tabac. Il faut que le patient accepte de se faire aider. Il doit avoir de la volonté pour résister aux tentations et apprendre à changer ses habitudes.

Médecin 1 : C'est un peu comme pour le tabac.

Médecin 10 : Donc après, après c'est la motivation qui fait, c'est un peu comme dans le tabac.

Médecin 11 : Bah soufflement... c'est un peu comme le tabac, c'est très décourageant chez la plupart des patients.

- La prise en charge est comparable à celle de l'alcool.

Médecin 8 : Pour moi c'est comme les patients qui boivent, c'est le même discours pour l'alcool, pour la cigarette. Tu sais qu'il faut leur dire que ce n'est pas bien il ne faut pas faire comme ça. Après c'est dur à faire comprendre.

- Le médecin doit montrer l'exemple pour garder sa crédibilité, que ce soit au niveau du poids ou du tabac.

Médecin 10 : Un gars qui fume qui dit aux personnes de ne pas fumer, il pue la clope, tu vois, ce n'est pas crédible.

3.2.1.7.5. Un humain

- C'est un **humain** avant tout.

Médecin 4 : Moi je mets toujours un peu l'humain en avant. Ce n'est pas que des choses avec des paramètres.

3.2.1.7.6. Un physique différent

- Un médecin généraliste évoque le caractère esthétique pour la particularité du patient obèse.

Médecin 3 : Ce qu'il a de particulier, c'est qu'il n'est pas forcément malade mais il va le devenir et on le sait. C'est ça que nous on voit à long terme et que lui il ne voit pas forcément, c'est ça qui est particulier chez nous. Souvent lui, il a juste des problèmes à rentrer dans leur maillot de bain, mais nous on voit un peu plus loin. Nous n'avons pas les mêmes objectifs.

- Un médecin sur les onze interrogés évoque la difficulté à examiner un patient obèse.

Médecin 9 : Déjà par rapport à l'examen physique parfois c'est déjà plus compliqué. La prise de tension, une douleur abdominale chez quelqu'un obèse, tout ça, ça peut être quand même plus complexe.

3.2.2. La prise en charge de l'obésité

3.2.2.1. La prise en charge, seul ou en réseau

- Les médecins généralistes commencent par classer les différents stades avant de débiter une prise en charge.

3.2.2.1.1. Les différents stades de l'obésité

- L'obésité nécessite une prise en charge différente **selon le stade**. Il faut évaluer et classer l'obésité.

Médecin 1 : Et après c'est vrai que l'obésité c'est pareil, il faut faire la part des choses entre surpoids et vraiment obésité morbide.

Médecin 9 : Dans les très... dans les fortement obèses ça arrive qui viennent directement. Bien voilà, je voudrais aller consulter, ils savent déjà...

Médecin 10 : La prise en charge ça dépend si c'est une obésité morbide ou si c'est un surpoids tu vois. Ça dépend de l'intensité après si c'est une obésité morbide,

3.2.2.1.2. Les spécialistes

3.2.2.1.2.1. Les spécialistes de la nutrition

-Pour certains médecins généralistes les patients sont stigmatisés, s'ils vont voir un spécialiste.

Médecin 1 : Enfin le problème c'est que s'ils vont voir les spécialistes etc, ils sont vite très comment on appelle ça très stigmatisés. Ce n'est pas toujours évident.

-Les médecins généralistes adressent les patients en 2^{ème} **intention**, chez plusieurs spécialistes.

Médecin 4 : Je n'ai pas envie qu'elle se fasse tout de suite déjà, je veux dire consulter à droite à gauche. C'est quand même éprouvant pour les patients. Ça peut être fatiguant et stressant, source de stress. Donc j'attends toujours un petit peu avant de les adresser quoi.

Médecin 4 : C'est pour ça que je pense qu'il faut amener vraiment les choses avec patience, et de ne pas les bombarder tout de suite de rendez-vous et de prises en charge diverses et variées quoi.

Médecin 5 : C'est surtout les gens, ils n'ont peut être pas forcément conscience qu'il faut aller... de temps en temps passer la main. C'est pour ça, que je ne le fais jamais en première intention. C'est petit à petit en fonction de l'évolution.

Médecin 6 : Souvent on les connaît, donc c'est plus facile d'aborder les choses, je pense que de les envoyer d'emblée à quelqu'un.

Médecin 8 : Généralement, tu ne les prends pas en charge tout seul, ce n'est pas possible.

Médecin 9 : Euh sur l'hôpital, je n'envoie pas trop, pas vraiment.

Médecin 10 : Tu prends en charge, tu délègues quand même, si tu veux. Tu envoies chez l'endocrinologue. Tu envoies... C'est un sport d'équipe je pense, tu ne peux pas prendre en charge seul l'obésité.

Médecin 11 : Après oui on est obligé d'adresser à certains spécialistes selon les problèmes que l'on peut rencontrer.

- **L'endocrinologue** est un intervenant important.

Médecin 1 : *Parce que le problème c'est que parfois l'endocrinologue dit « il faut perdre 20kg » mais voilà, il ne va pas aider. Parfois, ils sont un peu sévères. Et ça ne discute pas beaucoup quoi.*

Médecin 3 : *En général, je demande un avis spécialisé, voilà, pour essayer de valoriser ce que le patient veut faire, voilà aussi. Voilà !*

Médecin 6 : *Mais sinon c'est nous de toute façon par rapport à tout ce qui... il y a les endocrino aussi s'il y a du diabète.*

- Les endocrinologues sont accessibles.

Médecin 2 : *Et après je ne trouve pas spécialement d'obstacle pour l'endocrino. Ou après le côté chirurgical, je n'ai pas eu l'occasion encore de...*

Médecin 4 : *Quels obstacles vous rencontrez pour adresser un patient vers un confrère spécialiste ou vers des structures spécialisées dans la prévention, pour une prise en charge de l'obésité ?* Non pas du tout. Non je n'ai aucun obstacle. C'est vraiment simplement le fait... Nous voilà c'est toujours la chance qu'on a d'être en secteur urbain.

- Dans certains secteurs, il **manque de spécialistes**.

Médecin 6 : *Euh au niveau de l'endocrino ça se complique un peu bien que ça reste à peu près correct sur Doullens.*

- Il a des **délais d'attente longs**.

Médecin 3 : *Ouais les délais d'attente. Bon ça, mais je leur dis que de toute façon que voilà c'est du long terme, donc voilà.*

Médecin 6 : *Oh c'est, c'est plus euh c'est plus les délais qui sont un petit peu compliqués. Mais après on arrive toujours à trouver. C'est plus au niveau des délais.*

Médecin 7 : *Alors comme il n'y a pas de possibilité de suivi de prise en charge. Parce qu'il y a quelques structures qui permettent des prises en charge, mais elles sont réservées, six mois d'attente, etc, enfin bon.*

- Les spécialistes suivent régulièrement les patients mais il est difficile d'avoir un rendez vous entre deux s'il y a des problèmes.

Médecin 1 : Le seul problème c'est que le suivi. Bah les spécialistes, ils vont les voir pour l'opération, bah voilà ils sont opérés, après il y a un suivi régulier. Mais entre deux il n'y a rien.

Médecin 8 : ils viennent nous voir parce qu'ils n'ont pas les consultations plus ou moins accessibles. Donc nous on est là, on sert de tampon quoi.

- Il y a **un réseau** qui se fait entre l'endocrinologue et le médecin généraliste, avec **communication par courrier** efficace.

Médecin 1 : *Parmi les correspondances que vous recevez des spécialistes, quelles informations aimeriez-vous recevoir ?* Par rapport à une fois qu'ils sont pris en charge ? Disons que si on ne leur demande pas on n'a pas de contact. C'est une fois que moi j'ai envoyé un patient. Ou ils vont nous envoyer leur suivi à eux. On a toujours le courrier. Il y a toujours la part médicale qui est prise en compte, mais pas la part psychologique ou psychiatrique. Mais c'est vrai que si on envoie, on a toujours les lettres, les courriers qui suivent leur consultation, mais c'est tout quoi.

Médecin 2 : Après non sinon, sur le réseau on arrive toujours à trouver quand même que ce soit en chirurgie, en endocrinologie.

Médecin 4 : Et puis on a nos réseaux et on décroche facilement le téléphone. Enfin je veux dire on discute, il n'y a pas de problème.

Médecin 5 : Les courriers par rapport à mes contacts. Ca me suffit. Non là les échanges que j'ai avec les spé' ça se passe bien. Il n'y a pas de soucis.

Médecin 7 : Bah je viens de vous répondre, j'ai un réseau.

Médecin 8 : On en parlait tout à l'heure, en réseau. Tout seul ce n'est pas possible.

- Certains n'ont **pas de réseau de spécialistes**.

Médecin 11 : Et puis 3^{ème} difficulté le manque de correspondant. On n'a pas forcément un carnet d'adresses très précis dans ces cas là.

Médecin 11 : Alors actuellement, il n'y a pas de réseau. Je pratique assez seul. Ce qui est un peu gênant. Justement on est entrain d'essayer de mettre en place un réseau obésité qui entrera peut être en vigueur l'année prochaine

Médecin 11 : Le problème est que je ne sais pas à qui adresser justement. Comme c'est des patients poly-pathologiques on va l'adresser à qui ? Au cardiologue ? A l'endocrinologue ?

Au psychologue ? A la diététicienne ? Enfin... On ne sait pas toujours. Et c'est pour cela ça serait intéressant de trouver un référent qui lui après s'occupe de dispatcher.

3.2.2.1.2.2. Les autres spécialistes

- Le diététicien

- Les patients consultent parfois le diététicien d'eux-mêmes sans passer par le médecin généraliste.

Médecin 2 : Ou éventuellement des fois, ils vont essayer la diététicienne avant,

- Le diététicien peut suivre seul l'obésité, s'il n'y a pas d'autre pathologie associée. Parfois ils suivent les patients en post-chirurgie.

Médecin 1 : En général, on travaille avec la diététicienne. Alors ça dépend, si c'est juste obésité, pas de soucis de santé, de tension, de diabète etc.

Médecin 6 : Une fois qu'il a fait son opération, il refile le bébé, donc après ça dépend soit ils ont une bonne prise en charge avec la diét', et puis c'est la diét' qui suit.

- Le diététicien est important dans la prise en charge de l'obésité.

Médecin 1 : On passe par le journal alimentaire, et toujours par le biais d'une diététicienne. Donc, on a deux ou trois diététiciennes dans le coin où ça se passe bien. C'est toujours par ce biais là.

Médecin 5 : Je l'envoie chez un endocrino, une diététicienne-nutritionniste soit c'est un peu à la demande et en fonction du patient, en fonction de l'évolution.

Médecin 9 : Ou bien, est-ce qu'il a été suivi par une diététicienne?

Médecin 10 : Mais bon, là, il faut se prendre en charge au point de vu diététique.

- La consultation de diététicien n'est pas prise en charge par la sécurité sociale.

- L'**accès** aux consultations chez une diététicienne n'est pas facile. On ne retrouve pas toujours de diététicienne dans le secteur. Les **délais** sont parfois longs.

Médecin 2 : Il y a une diététicienne qui vient sur le secteur mais bon c'est assez difficile de...

Médecin 3 : De quoi j'ai besoin? Euh peut-être d'un accès plus facile aux consultations diététiques

- En ville, nous retrouvons plus de diététiciens.

Médecin 6 : La diététicienne du coup on en a deux, là sur Doullens, donc c'est un peu plus abordable.

Médecin 9 : Mais sinon je trouve que sinon ça peut être très intéressant, les diététiciennes de ville.

- Le patient suit bien ses rendez-vous au début, mais sur le long terme le suivi est difficile.

Médecin 8 : La diététicienne généralement est là. Ça serait bien qu'il puisse la voir tous les 15 jours mais c'est rare.

Médecin 8 : Bon bah après, on a la diététicienne entre deux. Je leur demande de prendre un rendez-vous avec la diététicienne qui consulte, enfin qui descend une fois par semaine à Eu. Là, les rendez-vous ça fait pas longtemps qu'ils sont mis en place, donc les rendez-vous on les a assez facilement. Mais avec le temps, c'est de plus en plus difficile.

- Les diététiciens peuvent être un deuxième intervenant quand on souhaite passer la main. Un **partenariat** se crée entre diététicien et médecin généraliste. **Multidisciplinarité**. Souvent en **deuxième intention**.

Médecin 4 : C'est là que j'ai besoin d'un partenariat, soit avec un endocrinologue-nutritionniste, soit avec un diététicien. Je passe un petit peu la main, sans lâcher la personne hein. Je lui dis là on a peut être besoin d'avoir...

Médecin 6 : Euh, les adultes ça dépend soit je leur demande un calendrier alimentaire, ou si je vois que ça va être un peu complexe c'est l'avantage d'avoir une diét'. On peut les adresser aussi à la diét'.

Médecin 7 : Il y a des des choses importantes que je fais moi même ou avec la nutritionniste, ça dépend.

- Les psychologues

- Le psychologue et le psychiatre peuvent être des acteurs indispensables dans la prise en charge de l'obésité.

Médecin 10 : Il y a des infirmières, des psychologues qui voient les gens.

- Les infirmières

- Les autres médecins

- **Le cardiologue** peut intervenir sur la prise en charge de facteurs de risques cardio-vasculaires.

Médecin 10 : On en a avec le cardiologue pour les facteurs de risques cardio-vasculaires.

- Les autres intervenants

-Un coach sportif et alimentaire

Médecin 10 : Ce que j'ai fait avec un patient je l'ai réintégré avec un coach alimentaire et ça a pas mal marché.

Médecin 10 : Donc là j'ai eu l'expérience avec un monsieur qui a été voir un coach alimentaire sur Amiens là. Et puis euh, c'est une fille tu connais non? **Non**

C'est Mme A., elle était dans un laboratoire et elle s'est fait virée. Elle est assez dynamique cette fille là. Et donc le type, il est allé la voir. Elle l'a bien cerné si tu veux. Il a quand même perdu des kilos. Il était à 110 et il est redescendu à 83 on l'a pesé hier. Il a quand même perdu 30 kilos sur une année hein. Il fait de la marche. Il était motivé quoi. Bah après, donc c'est ça qui joue.

3.2.2.1.2.3. La multidisciplinarité

- Un travail multidisciplinaire

Médecin 4 : C'est vraiment un travail multidisciplinaire. Je crois que c'est vraiment... Mais au même titre que le diabétique

Médecin 7 : Bah la stratégie, c'est de faire un travail en équipe, si possible, mais bon ce n'est pas toujours réalisable. Donc dans l'équipe, il y a nutritionnistes et psy, tout ça n'est pas pris en charge, bon bah voilà quoi.

Médecin 8 : Pas le chirurgien qui opère et qui ne suit pas ces malades. Vraiment avec tout le suivi diététique, psychiatre, psychologue, euh diabétologue, enfin ils ont tout un secteur.

Médecin 10 : Tu prends en charge, tu délègues quand même, si tu veux. Tu envoies chez l'endocrinologue. Tu envoies... C'est un sport d'équipe je pense, tu ne peux pas prendre en charge seul l'obésité.

3.2.2.1.2.4. Les structures multidisciplinaires

- Les médecins généralistes n'ont pas tous connaissance de ces pôles ou même du fonctionnement.

Médecin 2 : Euh, déjà, je ne sais pas s'il y a des centres vraiment spécialisés dans la chirurgie enfin dans la prise en charge chirurgicale et puis le suivi après.

Médecin 9 : Euh certains patients je les ai adressés, pour d'autre cas à Corbie au docteur Dinomais. Pour éventuellement, une hospitalisation pour prise en charge enfin pour tout ce qui est éducation, tout ça quoi. Récemment je l'ai eu au téléphone, elle m'a dit qu'elle préférerait que les gens soient quand même déjà passés par une prise en charge en externe avant de lui être adressés

- Les médecins généralistes souhaitent des informations sur les différences entre les structures spécialisées dans la prévention, les pôles de prévention et le centre spécialisé dans l'obésité maladie : niveau 3 de recours.

Médecin 2 : Euh peut-être des informations sur les structures qui existent.

- Orientation vers les pôles de prévention.

Médecin 3 : Je les adresse au pôle de prévention.

Médecin 4 : Et puis donc en général, les acteurs avec qui je travaille. C'est le pôle de prévention des maladies cardio-vasculaires à Amiens là. Et puis bein, le CHU, les endoc du CHU, voilà.

Médecin 9 : Alors il m'arrive d'envoyer des patients au pôle d'éducation et de prévention qui est rue des Louvels.

Médecin 10 : Bah nous non on envoie sur Abbeville tu as le pôle de maladie cardio-vasculaire. Ou il y a cardio, endocrino qui prend en charge. Donc c'est plus facile pour nous.

- Prise en charge lourde dans les **pôles de prévention et d'éducation**, que ce soit une prise en charge médicale ou chirurgicale.

Médecin 3 : Soit ils sont découragés du pôle de prévention, ou chez un spécialiste.

Médecin 7 : Là, j'en ai eu une qui vient d'être élue, parcours du combattant depuis plus de deux ans.

Médecin 8 : On a sur Dieppe un centre de l'obésité, avec une prise en charge chirurgicale stricte. Pas le chirurgien qui opère et qui ne suit pas ses malades. Vraiment avec tout le suivi diététique, psychiatre, psychologue, euh diabétologue, enfin ils ont tout un secteur.

Médecin 9 : Bien voilà, je voudrais aller consulter, ils savent déjà... ils ont des connaissances qui ont déjà suivi ce cursus là.

- Pas d'obstacle à l'orientation.

Médecin 4 : *Mais sinon non avec les différents acteurs autres il n'y a pas de soucis.*

- Les délais pour les prises en charge au pôle de prévention et d'éducation sont longs.

Médecin 7 : *Alors comme il n'y a pas de possibilité de suivi de prise en charge. Parce qu'il y a quelques structures qui permettent des prises en charge, mais elles sont réservées, six mois d'attente, etc, enfin bon.*

Médecin 8 : *Euh l'attente pour avoir un rendez-vous. Là, je parlais du service de chirurgie pour l'obésité qu'on a d'installé à Dieppe, avec tous les spécialistes à côté. Pour rentrer dedans il faut 6 mois. Pour le rendez-vous il faut compter 6 mois. Donc il faut vraiment que le patient soit motivé, pour attendre son rendez-vous 6 mois plus tard.*

- Certains services ont des problèmes de délais pour les rendez-vous de suivi.

Médecin 8 : *Parce que c'est pareil, les suivis, ils ont du mal à avoir les rendez-vous après derrière ces suivis tout un mois. Euh un mois, ils savent très bien qu'il faut y aller tous les mois, mais en fait ils n'y vont pas tous les mois quoi, enfin. C'est le problème d'avoir un rendez-vous derrière quoi.*

- Les pôles de prévention et d'éducation organisent des activités physiques.

Médecin 10 : *Il y a des voyages organisés dans le pôle de prévention. Ils organisent des marches un peu partout dans les alentours.*

- La prise en charge au pôle de prévention et d'éducation nécessite une réelle motivation, prise en charge longue, et délais longs.

Médecin 4 : *De toute façon ils ont un parcours de combattant à faire avant. Moi j'appelle ça le parcours de combattant. Ils ont plusieurs consultations spécialisées. Et je pense que c'est déjà une manière de voir quelle est la motivation du patient.*

Médecin 8 : *Donc il faut vraiment que le patient soit motivé, pour attendre son rendez-vous 6 mois plus tard.*

Médecin 8 : *Quand ils sont décidés ils n'ont pas de rendez-vous tout de suite.*

Médecin 10 : *Il est important que le patient se motive avant de se faire opérer quoi.*

-Les centres de réadaptation à l'effort et de prise en charge de maladie nutritionnelle,
qui permettent entre autre la prise en charge de l'obésité.

Médecin 2 : Sinon sur Corbie, on a le centre de rééducation qui marche pas mal et qui prend en charge un peu, la rééducation à l'effort des patients obèses ou en surpoids. Qui marche plutôt bien.

- Dans l'idéal, pour accéder à une **prise en charge chirurgicale** dans les **centres de référence**, le patient doit réaliser un parcours de soins dans des pôles de prévention. Mais malheureusement, c'est loin d'être toujours le cas.

3.2.2.2. Le rôle du médecin traitant

3.2.2.2.1. **Les rôles multiples**

Médecin 5 : Le rôle, j'ai le rôle de tout médecin traitant que ce soit de toutes pathologies. C'est de sensibiliser...de diagnostiquer, de sensibiliser et puis essayer de mettre en route un traitement et orienter si nécessaire.

Médecin 11 : Ah bah, à tous niveaux je veux dire bon le diagnostic il est souvent visuel malheureusement ! Mais euh comment dire la prise en charge, la motivation du patient honnêtement je pense que là on a un grand rôle à jouer. Et après le suivi, le maintien de la motivation. Le euh. Après oui on est obligé d'adresser à certains spécialistes selon les problèmes que l'on peut rencontrer. Non, le généraliste doit être au centre de la prise en charge.

3.2.2.2.2. **Les rôles de conseils, d'éducation et d'information**

Médecin 6 : Bah déjà un rôle d'information sur ce qu'ils ont comme risques. Euh et voilà on fait... je veux dire on est les premiers.

Médecin 6 : On explique aussi car le chirurgien il opère, mais il n'explique pas.

Médecin 7 : C'est surtout un rôle de de d'éducation en fait.

Médecin 8 : On est là pour leur donner quelques conseils.

3.2.2.2.3. **La prévention**

- **La prévention** fait partie d'un des rôles essentiels du médecin généraliste.

Médecin 1 : Pour refaire un peu de prévention.

Médecin 4 : Mais vraiment, le dépistage, et puis pour la prévention. On a tout ce boulot de prévention, qui est majeur, de toute façon en médecine générale.

- La prévention sur **la diététique, l'activité physique**

Médecin 9 : Sur la nutrition, et peut-être sur les exercices physiques. Pour les conseiller un petit peu mieux.

- La prévention : **Les risques** que peuvent engendrer l'obésité.

Médecin 2 : Et donner des informations sur les risques de l'obésité.

- **La prévention** est essentielle sur les FDRCV et leurs complications.

Médecin 6 : ou je leur explique ce que ça peut engendrer au niveau pathologie, etc, sur le plan cardiovasculaire ou autres

- L'objectif est d'éviter les risques à long terme.

Médecin 3 : C'est ça que nous on voit à long terme et que lui il ne voit forcément, c'est ça qui est particulier chez nous.

3.2.2.2.4. La sensibilisation

- **La sensibilisation** du patient est une autre étape importante.

Médecin 5 : C'est la sensibilisation.

Médecin 2 : Bah ça veut dire déjà d'évoquer le problème. Essayer de faire ouvrir les yeux, dans un premier temps.

Médecin 9 : On devrait sensibiliser pour agir vraiment quand ça se met en place.

- La sensibilisation pour le **surpoids**

Médecin 4 : Je demande à la personne si elle compte éventuellement, voilà, s'occuper de son surpoids.

Médecin 4 : Ou parfois des gens me demandent j'aimerais bien savoir mon indice de masse corporelle.

- La sensibilisation poursuivie même en dehors d'un cabinet médical.

Médecin 5 : Campagnes de sensibilisation il y en a. Euh campagne de prévention il y a.

3.2.2.2.5. Le dépistage

Médecin 4 : Ah bah, déjà le dépistage, hein. On est vraiment en première ligne pour le dépistage de toute façon. Enfin le dépistage paraît assez évident. Quand on voit une personne obèse devant soit, bah là ce n'est pas compliqué, quelque part. Euh donc, le dépistage.

3.2.2.2.6. La prise en charge, l'accompagnement le guide et le suivi

- La prise en charge de **premier recours** est faite par le médecin généraliste.

Médecin 2 : Bah en général, c'est le premier contact. En fait le premier recours du patient, donc il ne va pas aller directement aller voir quelqu'un d'autre.

Médecin 3 : Bah de toute façon on est en première ligne, hein, en première ligne.

Médecin 8 : Euh ben on est là, on régule les consultations où il peut aller. Je veux dire c'est nous qu'il verra le plus facilement.

- La prise en charge est à débiter dès les premières prises de kilos.

Médecin 3 : Dès que ça commence à dérapier sur la courbe, on leur saute dessus, enfin voilà.

Médecin 9 : On devrait sensibiliser pour agir vraiment quand ça se met en place.

- Le rôle d'accompagnant. L'accompagnement comporte plusieurs étapes :

- La prise de conscience, la motivation, l'entretien de la motivation, la remotivation et la valorisation de tous les efforts.

Médecin 1 : Nous on est là pour, accompagner pour surveiller pour booster.

Médecin 3 : Déjà positiver tous les efforts des patients.

Médecin 8 : Nous on est là pour faire le point. Et pour les stimuler aussi pour leur dire d'y retourner aussi.

Médecin 10 : Il faut le cadrer tout de suite, l'encourager, l'encourager, quand il y a des passages à vide rester là quand même pour ne pas le décourager. Etre son meilleur supporter. Je disais le médecin généraliste doit être son meilleur supporter.

- Le fait de dédramatiser, et de faire oublier le sentiment de culpabilité.

Médecin 2 : Il faut déjà essayer d'en déculpabiliser ...de déculpabiliser en tout cas, le patient quelque soit son envie.

Médecin 5 : Et ni culpabiliser le patient, surtout pas.

- Lui redonner confiance.

Médecin 3 : Ou j'essaye de reprendre la prise en charge quand ils sont découragés là-bas, voilà.

Médecin 3 : Pour essayer de valoriser ce que le patient veut faire.

- Le médecin généraliste doit faire avancer le patient en lui fixant des objectifs à atteindre.

Médecin 2 : Et puis aller progressivement avec des petits objectifs, même si c'est des petites choses. Au fil du temps d'essayer déjà de réussir ces objectifs là quoi.

- Adresser au bon moment, pour cela le médecin est un **guide**.

Médecin 4 : J'ai toujours l'impression qu'on est toujours les aiguilleurs du ciel, hein aussi. On va les, les, adresser s'il le faut.

- Il doit s'instaurer entre le médecin et le patient une relation de confiance.

Médecin 4 : Si je travaille seule pendant un petit moment, c'est simplement parce que je veux mettre la personne à l'aise.

- Le médecin généraliste organise un **suivi quotidien**, il est le **fil conducteur**.

Médecin 4 : Euh et ensuite, parfois je propose un suivi moi-même.

Médecin 4 : Mais, on est toujours un peu en filet, aussi. On est un petit peu leur euh... on leur permet d'avoir un fil conducteur. Le lien est permanent avec le généraliste finalement. Il peut y avoir des ruptures avec certains spécialistes. Avec, le généraliste le lien...

3.2.2.2.7. Le rôle d'écoute

- Le médecin généraliste connaît l'entourage, l'histoire familiale, et l'état psychologique du patient. C'est à ce médecin qu'il va se confier, le plus souvent. Le médecin est dans le **rôle de confident**.

Médecin 4 : On les connaît très bien, on connaît leur vie de famille, on connaît leurs histoires personnelles. Ce, à quoi, n'auront pas forcément accès les spécialistes. Je pense que ça c'est vraiment, le fait de connaître bien la personne. Surtout les aspects autour il n'y a pas que l'obésité, il y a tout l'aspect psychologique et compagnie. Le généraliste est vraiment, je pense, un acteur majeur pour ça quoi. Le patient pourra plus facilement craquer, je pense aussi face à nous, que face à certains spécialistes, quoi. Ça leur permet, de dire j'en ai ras le bol, je me décourage.

- Le **rôle de psychologue**. La prise en charge du **côté psychologique** est indispensable.

Médecin 4 : Alors que nous on passe une heure avec hein, avec tous les problèmes psychologiques parce qu'il faut aussi que la personne s'accepte. Quand la personne est déjà à

40kg de perte, ce n'est pas facile hein. Donc oui moi je pense qu'on sert à ça, en gros qu'on sert à ça.

3.2.2.2.8. Le médecin : un exemple

- Le poids du médecin généraliste a de l'importance, il doit montrer **l'exemple**.

Médecin 10 : Je pense qu'il ne faut déjà pas apparaître non plus. Je pense qu'il faut apparaître en bonne santé, tu sais. Parce que je ne vois pas le médecin qui est déjà obèse dire à quelqu'un qu'il est obèse etc... tu vois ce que je veux dire. Et puis ça aussi je pense que ça peut ça peut être un ... je ne me considère pas vraiment obèse si tu veux mais. Certaines personnes qui ... Un gars qui fume qui dit aux personnes de ne pas fumer, il pue la clope, tu vois, ce n'est pas crédible. Je pense qu'on se doit d'être présentable et svelte assez svelte. Donc même si on vieillit, pour dire pouvoir dire aux gens ce qu'il faut faire quoi. Donner une image de quelqu'un qui est déjà pas sérieux pour lui, comment veux-tu que les autres soient sérieux pour eux.

Médecin 10 : Ne demande pas le poids des médecins et leur indice de masse corporel (rires).

- Le médecin gère aussi **son poids**.

Médecin 6 : Pour avoir moi personnellement vécu euhh un très très mauvais souvenir d'un régime quand j'étais jeune. En fait, j'étais très sportive je faisais 63kg pour 1m65 mais j'avais déjà quasiment 10 ans de judo derrière moi. Un endocrinologue que je ne nommerai pas m'a mis un régime strict, je n'ai quasiment pas perdu de poids, j'étais mauvaise comme une teigne, j'avais mal partout. Et après ça a été le début des emmerdes. Après le poids ça a été une catastrophe. Donc c'est vrai que je...

3.2.2.3. Les critères d'efficacité du traitement de l'obésité

3.2.2.3.1. Le bien-être psychologique et physique

- Etre bien dans sa peau, redonne confiance au patient.

Médecin 3 : Déjà quand on a un patient bien dans sa peau.

Médecin 5 : La perte de poids (rires) et le mieux-être aussi bien psychologique que physique hein.

Médecin 11 : Mais c'est avant tout le confort de vie du patient.

- **L'association des piliers** bon équilibre alimentaire et activité physique. Puis retrouver **le goût de bien manger** et se faire **plaisir**.

Médecin 4 : *Et puis le plaisir aussi de remanger correctement.*

Médecin 4 : *C'est vraiment, la perte de poids, le goût de bien manger et l'exercice physique. C'est vraiment les 3 choses.*

Médecin 6 : *Il faut essayer de supprimer des choses. Il ne faut pas non plus tout supprimer, parce que de toute façon ça ne tiendra pas. Il faut quand même qu'il puisse se faire des petits plaisirs.*

3.2.2.3.2. La perte de poids

Médecin 2 : *Euh la perte de poids (rire).*

Médecin 4 : *Ça va paraître bête la perte de poids, évidemment (rires). Ça me paraît évident. C'est super cool quand elle a lieu évidemment. La perte de poids euh...*

Médecin 6 : *Euh je ne sais pas. Si si une perte de poids de 20% par rapport au poids de départ.*

3.2.2.3.3. La stabilisation du poids

Médecin 1 : *Le problème ce n'est pas de perdre du poids mais c'est surtout qu'il ne faut pas le reprendre.*

Médecin 10 : *Elle n'a pas repris de poids.*

3.2.2.3.4. Une meilleure adaptation physique

Médecin 2 : *Euh une meilleure adaptation peut être.*

Médecin 4 : *Euh l'exercice physique vient après je pense. Plutôt après, parce que les gens se découvrent avec la perte de poids au fur et à mesure des capacités qu'ils ne se connaissaient plus en fait. Donc ça c'est très valorisant pour eux.*

3.2.2.3.5. L'IMC objectif atteint

Médecin 3 : *Quand on arrive à... Euh ouais quand on arrive à l'IMC qu'on s'est fixé, mais bon ce n'est pas ça le fait qu'il soit... enfin bon.*

3.2.2.4. Les obstacles pour adresser un patient vers un confrère spécialiste ou vers des structures spécialisées dans la prévention

3.2.2.4.1. Le secteur rural

- La prise en charge à la campagne est plus difficile.

Médecin 1 : Euf foouuuu...La démarche...on est en campagne. Donc souvent c'est des personnes soit, bon euh, âgées, dans le cas d'un diabète secondaire etc. Ou alors des personnes des personnes jeunes mais souvent il n'y a pas de voiture.

Médecin 4 : Non pas du tout. Non je n'ai aucun obstacle. C'est vraiment simplement le fait... Nous voilà c'est toujours la chance qu'on ait d'être en secteur urbain. Le secteur rural, j'imagine que les obstacles sont plus difficiles.

- Il y a moins d'intervenants à la campagne.

Médecin 9 : Mais sinon je trouve que sinon ça peut être très intéressant, les diététiciennes de ville.

3.2.2.4.2. Les problèmes psychologiques

- Il faut rechercher une cause psychologique à l'obésité. L'alimentation peut être un refuge, une compensation.

Médecin 1 : Le problème c'est que quand on est obèse il y a toujours une cause avant qui est souvent psychia...psychologique. Le véritable problème c'est que souvent il ne règle pas ce problème là.

Médecin 6 : Euh comment il en est arrivé là. Il pouvait très bien être fin au démarrage et en arriver là après des problèmes de déprime de choses comme ça.

Médecin 6 : Et que les $\frac{3}{4}$ du temps pour les gens ce qui leur reste potable c'est la bouffe. C'est aussi un refuge.

Les troubles du comportement alimentaire

- Il faut dépister les troubles du comportement alimentaire. Il faut les repérer avant d'essayer de modifier les habitudes des patients. S'il y en a, la prise en charge ne sera pas possible voire délétère.

Médecin 9 : Certaines difficultés psychologiques. Des patients qui souffrent de boulimie. Donc peut-être pour agir, essayer de repérer des choses, et d'agir avant quoi. Parce qu'après c'est quand même beaucoup plus compliqué.

- Les prises en charge psychologiques ne sont pas remboursées par la sécurité sociale, ce qui est un frein pour les patients.

Les troubles psychologiques ou psychiatriques

- Les troubles psychologiques sont souvent négligés.

Médecin 1 : Il y a toujours la part médicale qui est prise en compte mais pas la part psychologique ou psychiatrique.

Médecin 11 : Pour moi, le point principal c'est la difficulté de séparer les problèmes physiques, du problème psychologique.

Le déni

- Le patient n'a pas conscience de sa pathologie et ne veut pas prendre conscience.

Médecin 2 : Quand c'est de manière indirecte, il y a un peu plus... un peu plus de réticence quand même. En général, ils disent qu'ils mangent bien et voilà quoi.

Médecin 8 : Et puis généralement c'est des gens qui n'entendent pas, qui ont du mal à entendre qui sont obèses quoi. C'est ça qui est difficile.

- A la longue, il y a une prise de conscience du patient, mais il y a toujours des difficultés à poursuivre ses résolutions sur du long terme.

Médecin 8 : Au fil des consult', c'est un sujet récurrent donc, c'est comme ça qu'on arrive à les stimuler un peu, à leur faire prendre conscience.

3.2.2.4.3. Les problèmes financiers

- Les problèmes financiers sont des obstacles pour la prise en charge de l'obésité.

Médecin 1 : C'est des CMU des choses comme ça. Et c'est vrai que c'est surtout un point de vu pécunier. Parce que c'est vrai que par exemple, la diététicienne ce n'est pas remboursée etc quoi. Le point de vu pécunier est quand même quelque chose d'important.

- Les diététiciens et les psychologues devraient être remboursés pour favoriser les prises en charge.

Médecin 1 : Il faudrait... moi, je trouve qu'il faudrait les diététiciennes remboursées, les psychologues remboursés quoi.

Médecin 7 : Euh bah, écoutez la difficulté c'est surtout que les nutritionnistes ne sont pas remboursés sécu, hein. A part ça, ça irait.

- Bien s'alimenter a un coût.

Médecin 6 : Euh après les problèmes qu'on a avec les patients c'est des problèmes de fric. Et que manger des fruits et des légumes ça coûte cher. Et qu'on est dans un pays de patates (rires). C'est vrai !

Médecin 6 : Bah ouais non mais voilà (soufflement), il y a plein de gens, enfin Doullens ce n'est pas non plus... il y a de tout. Il y a aussi beaucoup de gens qui n'ont pas de fric. Euh pour eux c'est très très compliqué de se prendre en charge, parce que si on leur dit de manger des fruits et légumes à raison de 4 euros le kilo de fruits, ça devient très compliqué là.

3.2.2.5. Les outils de l'HAS

- Les onze médecins interrogés ont déclaré ne pas connaître les outils de la HAS.

Est-ce que vous connaissez les outils de l'HAS ? Que vous apportent dans votre pratique les outils édités par la HAS sur l'obésité de l'adulte dans les soins de premiers recours ?

Médecin 4 : C'est horrible, je vais vous dire non. C'est atroce tant pis. (Rires) Non j'ai vraiment... Justement notre atelier, nous a montré effectivement, les outils. Donc il faut que je potasse tout ça. C'est dingue, mais non non, je ne les connais pas. Après je connais oui, le suivi par rapport à l'IMC, toutes ces choses là quoi. Que j'utilise évidemment, bon ça c'est de la base. On a appris ça déjà pendant nos études de médecine. Mais je ne pourrai pas dire de tête la liste des critères de l'HAS.

Médecin 9 : Euh j'ai eu des choses pour les enfants mais pour les adultes, je ne vois pas trop, non.

Médecin 11 : Les outils de l'HAS ...euh. ...bah non je dois dire non je ne vois pas ce qu'il y a comme outils.

- Les médecins généralistes ont eu des formations sur la prise en charge de l'obésité chez l'enfant.

Médecin 1 : Donc euh non. J'ai eu pour les enfants. Elle est passée il n'y a pas longtemps. Ça oui. Mais pour les adultes non.

- Les recommandations HAS permettent d'améliorer les prises en charge.

Médecin 2 : Et les moyens qu'on a aussi pour améliorer les choses quoi.

Médecin 4 : Après je connais oui, le suivi par rapport à l'IMC, toutes ces choses là quoi. Que j'utilise évidemment, bon ça c'est de la base. On a appris ça déjà pendant nos études de médecine.

3.2.3. La chirurgie bariatrique

3.2.3.1. Les expériences dans le domaine de la chirurgie bariatrique et l'avis des médecins sur la prise en charge chirurgicale

3.2.3.1.1. L'indication à la chirurgie

- La prise en charge chirurgicale est indiquée dans l'obésité morbide. La chirurgie bariatrique est une étape qui permet d'aider les patients qui sont au stade d'obésité morbide.

Médecin 1 : Donc c'est bien c'est vrai que ça leur fait perdre du poids. Quand il y a une obésité morbide.

Médecin 1 : Quand il y a une obésité morbide, je trouve que c'est très intéressant parce que vu du patient au départ ça les booste.

- L'indication de la chirurgie bariatrique peut être posée chez plusieurs personnes mais faut-il encore qu'il soit motivé.

Médecin 10 : J'en ai d'autres qui pourraient se faire opérer. Après c'est dépendant aussi duuuu... de l'intérêt.

- La chirurgie bariatrique est en pleine expansion.

Médecin 4 : Donc j'ai vraiment l'impression qu'il y a un bouche à oreille, et puis bon il y a les forums sur internet, hein, qui doivent véhiculer des infos auprès des patients, absolument hallucinantes. Un peu comme la solution miracle. Je pense que ça reste de la chirurgie, avec tous les risques qui en découlent de toute façon, hein. Et que les gens ne voient pas forcément.

Médecin 9 : Après on a beaucoup de demandes ces derniers temps, de gens qui veulent aller consulter euh déjà pour une chirurgie baria... De l'obésité en fait. Dans les très... dans les fortement obèses ça arrive qu'ils viennent directement. Bien voilà, je voudrais aller consulter, ils savent déjà... ils ont des connaissances qui ont déjà suivi ce cursus là. Et du coup, ça me fait un peu bizarre, parce que c'est peut être un peu précipité en fait. J'ai quelques patients qui ont été opérés, qui étaient assez jeunes, enfin je ne sais pas.

- La chirurgie est une **solution de troisième recours**. Les médecins généralistes adressent aux chirurgiens après prise en charge médicale.

Médecin 3 : Alors moi oui. Euh d'abord j'oriente quand même quand je vois que les femmes s'épuisent et qu'on n'arrive à rien, et qu'elles sont dans la culpabilité, j'oriente. J'en ai quand même pas mal qui ont fait de la chirurgie bariatrique.

Médecin 4 : Euhhh, c'est un petit peu, j'ai l'impression que c'est un peu la solution de la dernière chance, cette sleeve gastrectomie. Elle donne des résultats spectaculaires.

Médecin 6 : Quand euh... on va dire le pronostic vital, il est en jeu, de toute façon après on part directement sur des chirurgies.

Médecin 9 : Moi je verrai ça un petit peu comme la solution de dernier recours.

3.2.3.1.2. Le parcours de soins

- La chirurgie nécessite un parcours de soins de préparation.

Médecin 4 : On en a beaucoup qui font un parcours vis-à-vis de ça.

Médecin 7 : Là j'en ai eu une qui vient d'être élue, parcours du combattant depuis plus de deux ans. On n'a pas encore l'accord de la CPAM. Donc je n'ai pas de, de retour sur des patients. J'ai eu une patiente, mais euh peu de temps qui avait été opérée. Donc je l'ai peu vu, ça avait l'air d'aller bien.

Médecin 8 : En gros quand les gens viennent me voir, en me disant je veux me faire opérer, je leur conseille ce service là, parce que je sais qu'ils vont être pris en charge du début à la fin. Et qu'ils vont être contrôlés et surveillés, qu'ils ne vont pas forcément opérer, euh selon ce qu'on va leur trouver quoi. Ce n'est pas parce qu'ils vont y aller qu'ils vont se faire opérer quoi. Ceux qui viennent et qui me demandent un nom de chirurgien pour juste se faire opérer, alors là pour moi c'est non, donc ils ne sont pas contents mais tant pis, mais pour moi c'est que juste que je ne passerai pas, et c'est la solution de facilité et ce n'est pas comme ça que ça fonctionne quoi.

- Les parcours de soins sont adaptés à chacun.

Médecin 4 : Pour les gens qui ont eu des traces de suivi, écoutez là peut-être, faites d'abord un suivi sur plusieurs années, et pourquoi pas. Je crois que c'est une solution un petit peu ultime hein, la chirurgie bariatrique.

- **entre spécialistes**

Médecin 10 : Bah en fait, euh... En fonction de l'obésité, c'est le chirurgien qui décide un petit peu ce qu'il va faire, tu vois. En fait, on n'a pas, je n'ai pas trop de regard là dessus, moi. On est censé faire confiance au spécialiste. Après en général, il y a les chirurgiens qui rentrent en contact avec les endocrino, pour avoir un objectif de poids avant l'intervention, si tu veux. Il est important que le patient se motive avant de se faire opérer quoi.

- Les délais pour la chirurgie bariatrique sont assez courts.

Médecin 6 : La chirurgie bariatrique tu as ça assez rapidement.

3.2.3.1.3. Les techniques

- La chirurgie bariatrique comporte **plusieurs techniques opératoires** qui sont bien connues : L'anneau gastrique, la sleeve gastrectomie, le by pass. La chirurgie bariatrique devient de plus en plus fréquente.

Médecin 1 : Alors j'ai quand même au moins 5 patients, qui ont fait de la chirurgie bariatrique. Enfin au moins, plus car j'ai au moins 3 sleeve et 3 suivis d'anneau gastrique. Ca c'est sûr et certain.

Médecin 3 : *Est-ce que les patients sont satisfaits de la prise en charge?* Ouais, généralement je trouve que pour l'anneau, un peu moins mais on en fait plus, quasiment plus. L'anneau c'est moins, enfin voilà. Mais sinon pour la sleeve, c'est pas mal.

Médecin 4 : Alors en plus actuellement il y a le gros boum à Amiens de la sleeve gastrectomie là euh... Et puis... J'ai énormément de patients candidats à ça. J'en ai quand même pas mal qui se sont faits opérer. Enfin pas mal, j'en ai quand même, on en a quand même cinq à peu près qui se sont faits opérer. Je considère que c'est quand même beaucoup.

Médecin 6 : Oh en chirurgie, j'en ai quelques uns quand même. Après dire qu'il y en a énormément non, mais j'en ai quand même quelques uns. Ces derniers temps, j'ai eu pas mal de sleeve. J'avais eu pas mal d'anneau, un peu de bypass, mais là ces derniers temps, ouais pas mal de sleeve.

- Certains médecins n'ont encore que très peu d'expérience de patients qui ont été pris en charge en chirurgie bariatrique.

Médecin 5 : *Avez-vous des patients qui ont eu une prise en charge chirurgicale ?* Une, aucun résultat.

3.2.3.1.4. Les suites opératoires

- Les conséquences suite à la chirurgie sont le fait de manger des petites quantités, les douleurs résiduelles et la modification du physique qui peut déclencher des troubles psychologiques. Chaque suivi est différent et plus ou moins difficile en fonction des pathologies adjacentes. La chirurgie peut donner des complications.

Médecin 1 : *Parce que c'est vrai qu'ils ne mangent plus eux qui aimaient manger etc. Le repas était pour beaucoup un plaisir. Ils ne mangent plus, c'est des petites quantités.*

Médecin 2 : *L'autre, la perte de poids, il y a eu une perte de poids mais elle reste en surcharge pondérale importante et avec un suivi qui est un peu plus compliqué, des douleurs. Elle voit régulièrement le gastro pour ça. Il reste des douleurs résiduelles suite à l'intervention.*

Médecin 4 : *Euh mais, bon j'ai vu une dame en particulier pour qui ça était très très dur pendant un an. Euh grosse dépression. Enfin c'est quand même difficile.*

Médecin 4 : *Ça c'est... mais par contre après il faut quand même que les gens gèrent du fractionnement. C'est des brûlures parfois d'estomac insupportables. Il y a quand même beaucoup d'effets indésirables, nous on les voit derrière.*

Médecin 9 : *J'en ai eu plusieurs qui ont eu des problèmes de, de déficit. Enfin une, ou ça ne s'est pas très bien passé. Elle a eu des troubles cutanés, elle a commencé à perdre ses cheveux, enfin bon. Il y en a eu une autre, qui n'arrivait plus du tout à s'alimenter. Pendant plusieurs semaines voire mois, elle ne pouvait quasiment rien avaler.*

Médecin 10 : *Par contre le patient, il fait des dosages de vitamines, avec son by-pass. Il est quand même un peu carencé, donc il est suivi à l'hôpital. Donc, je le vois à la maison. Donc, je le vois tous les 3 mois ce type, au moins. Dans le cadre de son diabète, il n'en a plus, mais on continue à faire un contrôle tous les 3 mois. Et puis vérifier son taux de vitamines, s'il est correct ou pas.*

Médecin 11 : *Alors là bon, minime. Le patient, on le voit très longtemps après. Et on le voit souvent pour des complications, qu'on ne sait pas comment traiter donc on renvoie au spécialiste, parce que l'on n'a pas été formé à la prise en charge de ce genre de chose quoi. Je me souviens d'un patient qui avait des problèmes de fistules en fait. Comment l'alimenter ? Je ne savais pas du tout.*

3.2.3.1.5. Le suivi

- La chirurgie bariatrique nécessite un suivi au long court.

Médecin 1 : *Il y a une surveillance. Et c'est vrai que ça c'est très très dur.*

- Le chirurgien suit la post intervention.

Médecin 4 : *Les consultations par contre des chir', bon les pauvres, je suis vache, la frontière entre les médecins et les chirurgiens. Parce que des fois, on a l'impression qu'ils font leur boulot de chir' et puis voilà quoi. Mais sinon non avec les différents acteurs autres il n'y a pas de soucis.*

- Le suivi post chirurgical du médecin généraliste est important.

Médecin 2 : *Bah plutôt ça reste relativement le suivi quotidien, enfin euh... sur le maintien des règles et un peu la surveillance globale du reste. Euh sur l'intervention en elle-même c'est secondaire quoi. C'est le chirurgien qui continue de suivre et ou alors tu envoies au gastro-entérologue.*

- En **post chirurgie**, le médecin généraliste est sollicité **en dernier recours**.

Médecin 1 : *Quelle place avez-vous dans le parcours de soins d'un patient opéré de chirurgie bariatrique ? Juste le dernier recours.*

- Le médecin généraliste n'intervient qu'après les spécialistes dans le **suivi post interventionnel**, il prend en charge plutôt **les complications**.

- Le médecin généraliste peut être **court-circuité**.

Médecin 3 : *Quelle place j'ai ? Moi je n'ai plus beaucoup ma place une fois qu'ils ont été opérés, c'est mon truc en général. Même pour le suivi, on est court-circuité en fait.*

Médecin 4 : *J'ai l'impression qu'il y a certains patients, euh où j'ai été très étonnée. Je pense à une personne en particulier, pour laquelle je n'ai pas du tout été mis au courant, et je suis arrivée devant le fait accompli.*

- Le médecin généraliste a la sensation que son patient lui échappe après être adressé à l'hôpital.

Médecin 11 : *Par contre, il y a un problème de prise en charge hospitalière. On a un peu l'impression que le patient nous échappe, à partir du moment où il arrive dans cette prise en charge.*

3.2.3.1.6. Les avantages et les inconvénients

- Les traitements chirurgicaux soignent souvent les complications liées à l'obésité.

Médecin 4 : *Et puis après il y a d'autres aspects. La baisse de tension, des paramètres biologiques qui s'équilibrent, voilà.*

- La chirurgie bariatrique diminue le diabète.

Médecin 11 : *En plus, ça a l'air de marcher sur le diabète donc on fait d'une pierre deux coups.*

Médecin 10 : *Donc, je le vois tous les 3 mois ce type, au moins. Dans le cadre de son diabète, il n'en a plus, mais on continue à faire un contrôle tous les 3 mois. Et puis vérifier son taux de vitamines s'il est correct ou pas.*

- **Au niveau esthétique**, la perte de poids engendre un tablier abdominal inesthétique qui peut être pris en charge chirurgicalement.

Médecin 10 : *Il voulait faire une chirurgie esthétique au niveau du ventre parce qu'il avait un tablier. Donc là on ne lui a quand même pas conseillé parce que il a une arythmie en plus tu vois, donc ce n'est pas... Il a, il a capitulé.*

3.2.3.1.7. Les résultats selon les médecins généralistes

- Les médecins généralistes pensent que les résultats de la chirurgie bariatrique sont bons.

Médecin 1 : *Alors j'ai 2 femmes où c'est vraiment très très bien. Ça veut dire qu'elles ont perdu du poids et sont restées à un poids bas. Par contre c'est vrai qu'il y a une grosse perte de poids en moyenne de 30 à 40 kg.*

Médecin 4 : *Mais oui, sur d'autres patients, j'ai eu des résultats extraordinaires.*

Médecin 8 : *Alors euh oui j'ai eu la récemment depuis que le système a bien été mis en route. Euh j'en ai deux qui viennent d'être opérés. Donc euh, bah forcément oui il y a du résultat, maintenant il faut voir sur le long terme ce que ça donne.*

- Après la chirurgie bariatrique, il y a souvent une reprise de poids.

Médecin 1 : *Mais ils reprennent au moins 10kg au long cours quoi. Ils ne reprennent jamais le poids entre guillemets de départ sauf pour moi un patient un homme.*

Médecin 6 : *Les sleeve ça a l'air d'être pas mal. Hein par rapport aux patients que j'ai eu qui ont bien maigri. Mais après voilà on n'a pas non plus énormément de recul. Donc est ce qu'il*

y aura reprise de poids ou pas. Moi je dis ça par rapport à ça c'est là que je suis là un peu plus septique.

- La chirurgie ne règle pas les problèmes sous-jacents.

Médecin 1 : *Mais autrement non. Ça ne résout pas les problèmes sous-jacents*

Médecin 9 : *J'ai même eu une dame, je pensais qu'elle allait être refusée. Elle avait quand même de gros troubles du comportement alimentaire. Et elle a quand même été opérée. Ça m'a étonné quand même.*

- Les patients pensent que c'est la solution de facilité, et ne se rendent pas compte des efforts à fournir.

Médecin 1 : *Les patients sont contents mais le problème c'est qu'ils pensent que si vous voulez c'est une baguette magique. Voilà, on les opère, ils ont à mon avis au départ, ils n'ont pas conscience des efforts à fournir.*

Médecin 4 : *Je crois qu'il ne faut pas que les gens abordent ça comme la solution miracle.*

3.2.3.2. La place du médecin généraliste dans le parcours de soins d'un patient opéré de chirurgie bariatrique

- Les médecins connaissent la chirurgie bariatrique et les différents types d'interventions. Ils ne semblent pas connaître le parcours pré-chirurgical. Ils ont conscience que cette chirurgie s'adresse à des patients en obésité morbide. Les médecins sont souvent mal à l'aise surtout en cas de complications postopératoires.

- La place du médecin traitant suite à la chirurgie est souvent secondaire, voir nulle.

Médecin 2 : *Euh sur l'intervention en elle-même c'est secondaire quoi. C'est le chirurgien qui continue de suivre et ou alors tu envoies au gastro-entérologue.*

Médecin 5 : *Zéro place quoi.*

Médecin 6 : *Et puis bien après de toute façon c'est nous qui les suivons, parce que le chirurgien après ce n'est plus son boulot hein. Une fois qu'il a fait son opération, il refile le bébé.*

- Selon les médecins généralistes, les chirurgiens n'expliquent que très peu les techniques d'intervention et les complications possibles. Ils interviennent pour l'opération chirurgicale et

les suivis post-opératoires. Mais il faut se poser la question de savoir si ce n'est pas le patient qui n'a pas entendu les explications.

Médecin 6 : Donc on a plein de patients qui arrivent en mode panique, parce que ça ne passe pas, parce qu'ils ne comprennent pas. On ne leur a rien expliqué quoi. Ça c'est vraiment un des problèmes, c'est que je trouve qu'ils expliquent hyper mal le post-chir'.

Médecin 8 : Le chirurgien, bein ce n'est plus son problème, euh lui il n'est que chirurgien, les médicaments, il ne connaît pas.

- A noter une certaine méfiance des médecins généralistes en vers la chirurgie bariatrique peut être par le manque de connaissance et le manque de recul sur la prise en charge.

3.2.4. Les perspectives d'avenir

3.2.4.1. Les correspondances avec les spécialistes

- Dix médecins généralistes sur les onze interrogés semblent satisfaits des courriers des spécialistes.

Parmi les correspondances que vous recevez des spécialistes, quelles informations aimeriez-vous recevoir ?

Médecin 3 : En parlant des spécialistes, des endocrino tout ça ? Non euh non. Non ça va.

Médecin 9 : Euh, au niveau, quand le patient voit un spécialiste ? Euh là je ne vois pas. Non je ne vois pas trop.

- Un seul médecin souhaiterait des informations complémentaires mais sur la chirurgie.

Médecin 11 : Bien justement, peut-être la conduite à tenir face aux éventuelles complications qui peuvent survenir. Peut-être des conseils sur l'alimentation qui est quand même un peu spécifique après la chirurgie la ? Et aussi dans le cadre de la prise en charge de l'obésité ? Bah après savoir ce qui a été dit et fait au patient.

3.2.4.2. Les besoins pour une meilleure prise en charge de l'obésité

3.2.4.2.1. Le remboursement

- Un accès plus facile, et un remboursement des consultations de psychologues et de diététiciens.

Médecin 1 : Ou alors, si, il y a les psychologues ou les diététiciennes, on est bien d'accord mais ce n'est pas remboursé. Et ça a un coût important.

Médecin 3 : De quoi j'ai besoin ? Euh peut-être d'un accès plus facile aux consultations diététiques

- La prise en charge de l'obésité doit être facilitée par des centres pris en charge par la sécurité sociale, comme les pôles de prévention.

Médecin 7 : Bah de centre euh gratuit.

3.2.4.2.2. Le coût des aliments

- Un médecin nous soumet l'idée que les produits alimentaires (surtout les fruits et les légumes) soient moins chers.

Médecin 6 : Que ça coûte moins cher, la bouffe. (Rires)

3.2.4.2.3. Un accès facile

- Les médecins généralistes expriment le besoin de plus de spécialistes pour faciliter l'accès au deuxième recours.

Médecin 8 : De plus de spécialistes

- Un accès plus facile aux activités physiques.

Médecin 3 : De quoi j'ai besoin? Euh peut-être d'un accès plus facile aux consultations diététiques, et un accès plus facile aux activités sportives.

- Il faudrait promouvoir et développer des associations qui regroupent des volontaires pour faire **des activités physiques en groupe**.

Médecin 10 : Ils organisent des marches un peu partout dans les alentours.

Médecin 10 : Même dans le village, il y a des groupes. Il y a une dame qui est animatrice et qui fait des sorties en marche à pied tout ça. Il y a des personnes âgées qui y vont. On a... Alors des fois il y a des différences de niveaux, ce qu'il fait qu'ils y en a qui n'arrivent pas à suivre, alors il y en a qui arrêtent ou qui ne sont pas contents. Enfin ce n'est pas évident de gérer tout ça. On ne peut pas mener le troupeau là où on veut. Il y a toujours des petites brebis qui arrivent sur le côté. Il y a des gens qui ont besoin de plus d'attention quoi.

3.2.4.2.4. Un référent

- L'idée d'un **référent** pour la prise en charge de l'obésité ressort des entretiens.

Médecin 11 : D'un correspondant référent ça c'est sûr.

3.2.4.2.5. Plus de structures de prise en charge

- Le souhait de certains médecins généralistes est de développer et de créer des nouvelles structures, comme les pôles de prévention et les soins de suite et de rééducation pour des suivis de maladie nutritionnelle, afin d'améliorer les délais de prise en charge.

Médecin 9 : Je pense qu'il faudrait mieux développer des des... Peut-être d'avantage de prise en charge? Des choses comme ils font à Corbie par exemple. Qu'il y ait plus de places. Que ça soit plus facile d'accès, parce qu'il y a quand même beaucoup d'attente. Si on veut proposer quelqu'un à Corbie, il y a plusieurs mois d'attente. Que finalement d'accéder à la chirurgie.

3.2.4.2.6. Des moyens d'informations

- Les moyens d'information sont importants pour **la prévention, la sensibilisation**.

Médecin 2 : Peut être de l'information aux patients sur euh ... l'information, les traitements possibles, sur les risques qu'il encourt, pour le faire participer, enfin pour le faire prendre conscience peut être un peu plus.

3.2.4.2.7. Une consultation spécifique pour la prise en charge de l'obésité

- Une consultation centralisée sur la prise en charge du poids réalisée par le médecin généraliste

- Il est très rare que le patient consulte uniquement pour cela.

Médecin 7 : Euh mais euh, là j'ai une personne qui va bientôt bénéficier d'une chirurgie bariatrique, c'est la seule que j'ai vu vraiment spécifiquement pour ça.

Médecin 8 : Lui, alors là c'est très rare. Un patient qui en disant je suis trop gros je veux maigrir, euh. Ce n'est pas souvent. Je veux dire. Tu en as, mais alors c'est des gens vraiment en obésité morbide.

Médecin 11 : Est-ce qu'il vient pour une demande spécifique à son obésité ?

- Les médecins généralistes pensent qu'il faut faire revenir le patient quand ils n'ont pas assez temps pour une prise en charge.

Médecin 4 : Mais euh ça peut être sur un deuxième entretien vraiment sur l'obésité.

Médecin 10 : Et donc après il faut voir ces gens là, et les revoir, et consacrer un petit peu de temps. Ce n'est pas toujours facile facile. On a des fois des consultations rapides.

- Une consultation par un médecin référent

- Les médecins généralistes aimeraient avoir la possibilité d'organiser **une consultation spécifique**. Elle peut être réalisée par un médecin référent, par exemple, un médecin nutritionniste, ou un médecin ayant un DU de nutrition.

Médecin 10 : Euh, une consultation limite, pour l'obésité, tu vois. Une consultation centralisée pour l'obésité à la limite.

Médecin 10 : Et peut être que ces consultations là devraient, tirer d'avantage ces patients là, pour les inciter à se prendre en charge. Moi, je ne vois que ça en fait.

3.2.4.2.8. Le temps

- Une prise en charge qui demande du temps.

- La prise en charge se fait sur **une longue durée, progressive**.

Médecin 1 : C'est quelque chose que j'attaque sur plusieurs consultations, en général.

Médecin 4 : Ça j'insiste beaucoup sur la notion du temps.

Médecin 6 : Qu'il faut qu'on y aille lentement mais sûrement.

Médecin 8 : Enfin, des petits messages comme ça, qui peuvent parfois avec le temps leur donner des idées quoi, mais c'est pas. C'est pour moi, c'est vraiment, c'est du long terme. Tu te rends compte, là que ça fait dix ans que je suis installée, tu te rends compte au fil du temps qu'ils commencent à entendre tes messages.

- Les médecins **manquent de temps**.

Médecin 4 : Bah de plus d'outils certainement, peut-être le double de temps. J'ai besoin de temps ça c'est vraiment clair.

Médecin 4 : Du temps et de la formation.

Médecin 10 : Mais c'est vrai qu'on manque de temps de toute façon on ne peut pas.

Médecin 10 : Une journée ça dépote, tu es toujours obligé de passer au suivant, au suivant, au suivant, au suivant.

Médecin 11 : *On le voit un quart d'heure en consultation on ne sait pas comment il vit à domicile.*

- L'abord du sujet n'est pas fait automatiquement, à cause du manque de temps.

Médecin 3 : *Comment j'aborde, je n'aborde pas systématiquement. Il y a des gens euh... Il y a tellement d'obèses que voilà quoi, je ne le fais pas systématiquement parce que sinon voilà. Déjà c'est assez long ce que j'ai à faire de mon côté (rires) n'est-ce pas?*

Médecin 3 : *Ou si j'ai plus le temps aussi, mais qu'il n'y a aucune raison particulière.*

Médecin 9 : *Bah ça va dépendre un petit peu aussi du temps de consultation. C'est vrai que s'il vient pour tout autre chose, et que parfois il arrive qu'on soit pris par le temps. Eh bien parfois on n'aborde pas forcément le problème.*

- Le suivi n'est pas assez maintenu dans le temps.

Médecin 9 : *Je pense que dans le temps ce n'est pas assez suivi.*

- Le temps d'acceptation et de réflexion du patient

- Le patient a besoin de temps pour réfléchir à sa prise en charge, et pour qu'il parvienne à changer.

- Ce temps est différent pour chacun.

Médecin 10 : *Et puis finalement, après plusieurs mois même plusieurs années, il a décidé de se faire opérer.*

3.2.4.3. Les formations

- Les médecins sont demandeurs de formation sur l'obésité sous la forme **de formation médicale continue (FMC)**.

Médecin 1 : *On pourrait en avoir des formations médicales continues, ça il n'y a pas de soucis.*

Médecin 4 : *Après c'est des FMC, quand on peut avoir des... Il y a pas mal de FMC qui sont proposées. Ça on a vraiment le loisir de de de de trouver des choses. J'en ai fait pas mal, mais sur pleins d'autres thématiques. D'ailleurs on avait fait l'obésité de l'enfant, ça c'est un autre sujet mais c'est un sujet vraiment passionnant et puis bon c'est un sujet de genèse, un peu de tout ça .On en voit beaucoup en plus, dans le quartier où on est. Mais non c'est ça effectivement. Après c'est vrai que l'obésité... on est obligé c'est important, il faut prendre les*

gens dans leur entier. Mais je pense que des formations universitaires des choses comme ça c'est vrai c'est pas mal.

- Les formations demandent du temps supplémentaires aux médecins généralistes.

Médecin 1 : Le problème c'est que c'est toujours pareil. Moi je trouve que ces formations médicales continues et notre travail ça nous laisse des fois ça nous laisse pas le temps d'approfondir quoi. C'est un peu le souci. On en a, on peut toujours en trouver, c'est vrai mais fouuuuu (soufflement). Voilà quoi après une semaine de travail, c'est vrai que des fois aller en formation c'est toujours un petit peu difficile quoi.

- Les médecins généralistes s'auto-forment, et se font leurs expériences.

Médecin 4 : Bon c'est un petit peu sur le tard, parce que je n'ai pas fait de formation particulière. J'étais remplaçante chez un médecin qui s'occupait énormément d'éducation thérapeutique.

Médecin 4 : Bah je ne suis pas forcément bien préparée, parce que je n'ai pas fait de formation. Je vous dis c'est vraiment, c'est une formation plus d'expérience je dirai maintenant. Je me dis que j'aurai peut-être intérêt, bah c'est ce que je fais justement même, ma formation là.

Médecin 5 : Bah préparé n'ayant jamais suivi de formation, c'est une autoformation, je suis autodidacte.

- Sur la base du volontariat, certains médecins généralistes participent à des formations supplémentaires. Pour cela il faut une prédilection pour ce sujet. Le médecin 4 participait à une formation qui est proposée par le pôle de prévention d'Amiens, avec le professeur Lalau.

Médecin 4 : Justement notre atelier, nous a montré effectivement, les outils. Donc il faut que je potasse tout ça.

Médecin 4 : Donc c'est pour ça que j'ai pris la décision de faire cette formation. Et je pense qu'elle va m'aider à dépoter pas mal de choses. Non il faut qu'on se forme quoi, de tout façon c'est clair, hein c'est la formation bon.

Médecin 4 : Les DU je n'irai peut-être pas jusqu'à là parce que ce n'est pas mon sujet de prédilection. Je me suis formée en gynéco, en pédiat' c'est ça mes dadas.

Médecin 8 : J'ai fait un DU de nutrition.

Médecin 9 : Bah non pas vraiment j'avais déjà... Moi ça fait longtemps, j'aurai bien aimé faire une formation et je vous avouerai que pour l'instant je n'ai pas... Parce que la nutrition c'est quelque chose qui m'intéresse, mais moi j'aurai bien aimé suivre une formation. Je ne me sens quand même pas assez préparée pour ça. Euh, j'aimerais bien l'être un peu plus. Pouvoir intervenir avant que les gens ne soient déjà très gros. Peut-être faire des choses un peu avant quoi.

3.2.4.3.1. Des formations sur la diététique et la nutrition

- Certains médecins généralistes souhaitent une formation **sur la diététique**.

Médecin 5 : Sûrement un peu plus sur la nutrition, les rations caloriques, les protéines, les machins, tous ces trucs là. Voilà plus dans la diététique quoi.

Médecin 9 : Peut être quand même d'une formation, d'une remise euh... Peut-être aussi par rapport à ce qu'on peut conseiller comme régime alimentaire. C'est vrai que parfois on nous demande des conseils. Donc moi, je donne des conseils d'ordre général. Et peut-être des choses un peu plus détaillées, sur par exemple tout ce qui est quantité là je suis un peu perdue. Pour conseiller à ce niveau là ça m'est un peu difficile.

3.2.4.3.2. Des formations sur l'activité physique

- Certains médecins généralistes souhaitent une formation **sur l'activité physique**.

Médecin 9 : Sur la nutrition, et peut-être sur les exercices physiques. Pour les conseiller un petit peu mieux. Bon après je n'ai pas d'idée particulière.

3.2.4.3.3. Des formations pratiques et concrètes

- Des formations **plus pratiques** que théoriques.

Médecin 6 : Une information simple, pratique et adaptée à notre exercice de médecin généraliste, c'est-à-dire pas 15 tonnes de tableaux, de statistiques, de machins qui ne servent à rien. Du bien pratique du concret, de l'applicable.

3.2.4.3.4. Des formations sur la communication

- Des formations sur **entretien motivationnel, sur les méthodes de communication**.

Médecin 2 : Sur le côté enfin, je vais dire psychologique comment faire adhérer, une technique pour essayer de mieux faire coopérer le patient.

Médecin 2 : Sur sa prise en charge comment lui faire participer au mieux et que je ne sais pas. Etre un petit peu incisif, un petit peu brutal aussi, ou est-ce qu'il faut y aller tranquillement. C'est surtout à ce niveau là quoi.

Médecin 3 : Quel type de formation ? Bonne question, aucune idée. Ce qui pourrait m'aider ? (soufflement) Des trucs pas sur la base scientifique tout ça, parce que ça c'est très rébarbatif aussi bien pour le patient que pour nous. Mais plutôt sur de la communication, savoir communiquer.

Médecin 10 : Des formations magiques (rires), qui nous permettent de convaincre à cent pour cent les gens qui veulent se prendre en charge déjà. Est-ce qu'il ne faudrait pas la faire avec eux, je ne sais pas ! (rires).

3.2.4.3.5. Des formations sur l'éducation thérapeutique

Médecin 11 : Oui, il faut qu'il y ait de toute façon une éducation thérapeutique du médecin, parce que, finalement après la chirurgie bariatrique, par exemple, les patients en savent bien plus que nous. Et ça c'est un peu désagréable. Donc oui, s'il y a des formations ça peut être intéressant. Dans le cadre de la FMC, ça peut être une soirée de temps en temps, ou un séminaire de deux jours.

3.2.4.3.6. Des formations sur la chirurgie bariatrique

- Des formations sur **la chirurgie et les complications post chirurgicales**.

Médecin 11 : Et on le voit souvent pour des complications, qu'on ne sait pas comment traiter donc on renvoie au spécialiste, parce que l'on n'a pas été formé à la prise en charge de ce genre de choses quoi.

Médecin 11 : Formation, pas forcément une formation sur la nutrition en soi mais sur la prise en charge globale y compris les activités physiques et tout cela, sur les complications, sur la chirurgie enfin sur les gestes techniques. Oui, il faut qu'il y ait de toute façon une éducation thérapeutique du médecin, parce que, finalement après la chirurgie bariatrique, par exemple, les patients en savent bien plus que nous. Et ça c'est un peu désagréable.

3.2.4.3.7. Les types de formations

- Différentes méthodes de formations, FMC, séminaire, par internet, groupes d'échanges. Des formations avec des patients et des médecins généralistes ensemble, qui permettent d'échanger leurs attentes.

Médecin 11 : *Donc oui, s'il y a des formations ça peut être intéressant. Dans le cadre de la FMC, ça peut être une soirée de temps en temps, ou un séminaire de deux jours. Eventuellement des trucs sur internet.*

- Les formations intéressantes seraient celles avec la présence du patient et des confrères pour échanger leurs attentes et leurs expériences. C'est un nouveau concept pourquoi pas une nouvelle idée à développer dans les pôles de prévention.

Médecin 9 : *Moi ce que j'aime bien. C'est des formations où on est avec des patients obèses. Où on est avec des collègues qui travailleraient avec des patients obèses. Une formation qui se fait sur une ou deux journées quoi. Moi je trouve que ... enfin j'aime bien c'est formation là. Ca permet d'échanger.*

3.2.4.3.8. Pas de formation

- Certains médecins généralistes ne souhaitent pas de formations.

Médecin 7 : *Quel type de formation pourrait vous intéresser, pour vous aider dans la prise en charge de l'obésité ? Aucune.*

IV. Discussion

4.1. Le choix de la méthode: entretiens semi-dirigés

Les entretiens semi-dirigés font partie des techniques d'enquête qualitative, en opposition à la recherche quantitative. La recherche qualitative n'a pas pour but de compter ou de mesurer, mais de collecter des données verbales permettant une démarche interprétative. Ils donnent un accès direct et privilégié à l'expérience humaine des individus. Les données produites sont riches en détails et en description. Ils montrent comment les gens perçoivent la réalité et permettent de saisir toute la complexité psycho-sociale des problèmes de santé. C'est pourquoi, cette méthode nous est apparue comme la plus appropriée au recueil des ressentis, des pratiques, des attentes et des opinions des médecins généralistes de la Somme dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte.

Dans ce type de méthode, les résultats ne fournissent pas de donnée représentative sur le plan statistique. Le manque de temps pour créer une relation de confiance avec les médecins généralistes peut créer un biais. Les limites de cette technique par entretien semi-dirigé sont que les résultats ne peuvent pas être généralisés, car l'échantillon n'est pas constitué dans un but de représentativité de la population source.

L'entrevue prend place dans un espace-temps spécifique et on ne peut donc considérer les idées transmises pendant l'entretien comme quelque chose de définitif dans les ressentis du médecin au cours de l'entretien. Ce qui a été entendu au cours de l'entretien dépend du moment où la question a été posée et de l'état d'esprit du médecin interviewé. L'interaction verbale et sociale de l'entrevue est alors hautement situationnelle et conditionnelle, toujours singulière et jamais reproductible.

4.1.1. Le recrutement

Les entretiens ont eu lieu d'octobre 2013 à mars 2014, auprès de médecins généralistes de la Somme. Ces derniers me donnaient leur accord ou non, par téléphone, quant à la participation à ce travail. Un biais de l'étude peut être le fait que la participation soit basée sur le volontariat. On peut penser que les médecins généralistes qui ont participé, sont ceux qui étaient les plus intéressés ou les plus tourmentés par ce problème. Mais ce biais est lié à la méthode elle-même. Malgré tout il n'y a eu qu'un refus catégorique.

Les limites concernant l'échantillonnage

L'échantillonnage intentionnel nous a permis de choisir un certain nombre de médecins pour notre étude en fonction du sexe (homme/femme), leur mode d'exercice (individuel/cabinet de

groupe/maison de santé pluridisciplinaire), le lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain). L'échantillon intentionnel a pour objectif d'être le plus représentatif possible de la population des médecins généralistes de la Somme pour pouvoir extrapoler à la population picarde voire même à la population française. Nous pensons avoir atteint la saturation des données.

Bien qu'en ayant choisi les médecins généralistes, nous constatons une répartition homme/femme non représentative de la population de la Somme. Nous avons une proportion de femmes supérieure à celle des hommes, qui ont souhaité s'entretenir sur le sujet. Comment interpréter cela ? Les femmes se sentent plus investies dans la prise en charge de l'obésité. Initialement, je me suis adressée au cercle de médecins que je remplace, il est vrai que je remplace plus de femmes que d'hommes.

4.1.2. Le lieu

Pour faciliter la réponse des médecins généralistes, j'ai décidé de réaliser les rendez-vous par téléphone. Initialement, j'avais dans l'intention de prendre un rendez-vous et de me rendre au cabinet du médecin. Mais lors d'un premier contact avec un médecin, elle m'a demandé si on pouvait plutôt réaliser l'entretien par téléphone. Elle m'a ensuite fixé un rendez-vous téléphonique. En effet, j'ai ensuite réalisé que pour le médecin généraliste, c'était sûrement plus simple de s'organiser un rendez-vous téléphonique au lieu de prendre la place d'un patient. De ce fait, ils étaient plus libres de choisir le moment pour réaliser l'entretien. Je pense que cette manière de faire a incité plus d'un médecin à répondre favorablement à ma demande d'entretien.

4.1.3. Le recueil des données

4.1.3.1. L'enregistrement et la retranscription

Les médecins veillaient à me réserver un temps libre d'une quinzaine de minutes au calme, seul. J'ai veillé à optimiser la qualité des enregistrements en me mettant dans un silence, en mettant le haut-parleur du téléphone et en préparant le dictaphone pour qu'il soit prêt à l'usage. J'ai retranscrit littéralement sur le logiciel Microsoft Word, entretien par entretien, questions par questions. Un biais de recueil d'information a pu à certains moments être réalisé : lorsque les médecins ne comprenaient pas les questions, j'étais parfois amené à les orienter avec une reformulation.

4.1.3.2. La grille d'entretien

J'ai commencé par identifier le médecin que j'interrogeais pour situer son âge, le mode de travail et les conditions de travail. J'ai cherché à savoir, s'il avait déjà eu une

formation sur le thème étudié, dans le but d'avoir une idée de la provenance des informations recueillies ; soit l'expérience acquise par le médecin, soit de diplôme supplémentaire, soit de l'enseignement secondaire (faculté). J'ai préparé un questionnaire de 16 questions, avec des questions ouvertes.

J'avais initialement testé le questionnaire auprès d'un médecin généraliste. Mais le jour du premier entretien lorsque j'ai posé la première question, « **En quoi pour vous le patient obèse est un patient particulier ?** », le médecin a rétorqué « tu commences fort ». J'ai donc pris la décision de poser cette question plus tard dans le questionnaire, dans le but d'entrer progressivement dans le vif du sujet, et de monter crescendo vers les questions qui demandent un peu plus de réflexion.

Lors de la demande de l'identification du médecin, je demande s'il exerce en milieu urbain, semi-urbain ou rural. Je n'ai pas expliqué au médecin généraliste ce que j'entendais par ces termes. J'aurai peut-être dû donner une définition de ces termes, auparavant.

Le médecin numéro 6 exerce à Doullens, pour lui, son exercice est considéré comme semi-urbain. Je me suis posée la question, urbain ou semi-urbain ? La limite entre ces deux termes n'est pas franche.

Après coup j'aurai pu laisser une question ouverte du type « Avez-vous quelque chose à ajouter sur cette thématique ? », afin d'ouvrir la discussion sur des sujets que je n'aurai pas abordés.

Après l'analyse des résultats qualitatifs, je me suis rendue compte que la même idée pouvait se retrouver dans des réponses différentes, à des moments différents du questionnaire. Après réflexion j'aurai pu mieux cibler mes questions pour que les médecins abordent un seul thème par réponse. J'ai donc rencontré des difficultés à regrouper les idées et à les classer pour répondre comme il se doit aux questions de la grille d'entretien.

4.2. L'analyse des résultats

4.2.1. Les résultats quantitatifs

Je rappelle que nous avons utilisé une méthode qualitative et de ce fait l'échantillon n'est pas représentatif de la population source.

Notre étude est composée de onze médecins généralistes dont quatre hommes et de sept femmes. Cette répartition n'est pas représentative de la population française.

Que ce soit pour la moyenne d'âge ou le sexe des médecins généralistes interrogés,

l'échantillon n'est pas représentatif de la population française des médecins généralistes de France.

Les médecins généralistes qui ont répondu, ont un mode d'exercice différent. Ils exercent en milieu rural, semi-urbain ou urbain, avec une activité soit en maison de santé pluridisciplinaire, ou en cabinet de groupe, soit seul.

Ceci nous permet d'avoir différents points de vue entre les différentes façons d'exercer.

Au niveau des formations, certains ont fait le choix, par intérêt sur le sujet de passer des diplômes supplémentaires. D'autres ont des formations sur l'obésité de l'enfant. Il faut savoir qu'au moment de la réalisation des entretiens, la sécurité sociale avait envoyé sur le terrain des formateurs qui sensibilisaient les médecins généralistes à la prise en charge de l'obésité de l'enfant. On peut interpréter cet intérêt des médecins généralistes à ce sujet, par le fait qu'il y ait eu la sensibilisation faite par la sécurité sociale.

4.2.2. Les résultats qualitatifs [27]

Dans ma grille d'entretien, il y a des questions posées sur le patient obèse et sur l'obésité maladie. Ces deux entités sont difficilement dissociables. De nombreuses réponses se recoupent, ce qui rend parfois difficile l'analyse des résultats.

4.2.2.1. La communication avec le patient obèse

4.2.2.1.1. L'abord du sujet de l'obésité

Les médecins généralistes nous exposent deux situations. La première situation, le patient arrive avec l'envie de perdre du poids. Lorsqu'il vient spécifiquement pour prendre en charge son problème de poids, le sujet est lancé par le patient lui-même. Donc le médecin peut commencer un interrogatoire sur la **chronologie de l'installation**, le **mode de vie**, les **habitudes alimentaires** et **sportives**. La deuxième situation, la plus fréquente, le patient ne consulte pas pour le problème de poids. **C'est au médecin d'aborder le sujet et de sensibiliser le patient.**

Dans la littérature, on retrouve une étude qualitative transversale de 2013 sur les difficultés d'abord de l'obésité en consultation de médecine générale réalisée en Franche-Comté. Il ressort de cette étude les mêmes difficultés que celles retrouvées dans notre étude. [44] Cette étude relate les facteurs permettant cet abord.

-Les facteurs permettant l'abord

Dans notre étude, nous remarquons qu'il y a plusieurs moyens d'abord. Tout d'abord à l'occasion d'une consultation, le médecin généraliste peut demander au patient de monter sur

la balance. Ou encore il s'aide de l'**IMC** de part le calcul ou encore le disque. Trois moyens d'abord indirects ressortent des entretiens : **les facteurs de risques cardiovasculaires, les examens biologiques, ou encore les comorbidités et les complications** secondaires liées à l'obésité.

- Les comorbidités et les complications

Les comorbidités et les complications liées à l'obésité sont fréquemment des éléments qui amènent le patient à consulter. Dans ce cas, parfois le patient n'a pas conscience de son obésité. Il faut le sensibiliser et lui expliquer que la prise en charge de l'obésité peut diminuer ou limiter l'arrivée des complications. La prise en charge médicale globale est nécessaire car soigner un patient obèse ne consiste pas uniquement à lui faire perdre du poids mais aussi à soigner les différentes affections qu'il présente, telles que l'asthme, le Syndrome d'Apnées hypopnées Obstructive du Sommeil (SAHOS) ou les problèmes articulaires. En effet, la prise en charge du patient obèse en globalité demande pour cela une **approche pluridisciplinaire**.

La prise en charge des comorbidités est un des objectifs prioritaires. Le contrôle d'un diabète, de l'hypertension et des autres facteurs de risque vasculaire, le soulagement des douleurs arthrosiques et le traitement du SAHOS ne doivent pas être négligés au profit de la seule réduction pondérale. [7]

-Les facteurs de risques cardiovasculaires

L'obésité est un facteur de risque cardiovasculaire. C'est à l'occasion du diagnostic d'obésité que l'on va s'orienter vers un bilan pour avoir un point précis des facteurs de risque cardiovasculaire. Ou parfois en découvrant un diabète ou une HTA, on est amené à aborder l'obésité avec le patient. La prévention et la prise en charge des FDRCV peuvent être réalisées par plusieurs intervenants médecins généralistes, médecins spécialistes (endocrinologue, cardiologue, angiologue...), diététiciennes, infirmiers.

-La biologie

Le **bilan biologique** (le bilan lipidique ou encore la recherche du diabète) est considéré par les médecins généralistes comme un bon moyen d'abord des facteurs de risques cardiovasculaires. Et souvent, il permet de sensibiliser le patient à son problème de surpoids ou d'obésité.

4.2.2.1.2. L'éducation thérapeutique (ETP)

Cette même étude sur l'abord du sujet a permis d'étudier la manière dont l'obésité était

abordée en consultation, des difficultés pour cet abord ont pu être mises en évidence. Le développement de l'éducation thérapeutique pourrait constituer une aide. [44]

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but d'aider les patients (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement. Ainsi que de collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont :

- L'acquisition et le maintien par le patient de **compétences d'auto-soins**.
- La mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales. [44]

Dans le cadre de **l'éducation thérapeutique chez le patient obèse**, le médecin peut proposer des mesures simples et personnalisées adaptées au contexte et permettant au patient de retrouver une alimentation équilibrée et diversifiée. Il s'agira de progresser de micro-objectifs en micro-objectifs au fil des consultations. [7]

L'utilisation de l'ETP peut se faire à tous les stades de l'obésité, de la prise en charge initiale jusqu'à la chirurgie. Elle permet au patient de progresser à son rythme en s'appropriant peu à peu les changements. Elle permet aussi au médecin de retrouver de la motivation.

L'établissement d'un **contrat thérapeutique** entre le médecin et le patient obèse est très utile pour la qualité du traitement. Ce contrat peut permettre de prolonger le processus de prévention des rechutes. Ce contrat thérapeutique peut être assimilé à une **alliance** entre le médecin et le patient obèse, alliance au sein de laquelle les deux parties s'engagent à respecter différents éléments du traitement. Comme par exemple, des **objectifs minimaux** dans le programme thérapeutique, avec en cas de non respect, différentes stratégies de repli et une intervention bien précise du médecin. Ce contrat thérapeutique implique une gestion fine des niveaux d'objectifs à atteindre, des capacités d'évaluation tant chez le médecin que chez le patient. [18]

Dans notre étude, un seul médecin exprime l'éducation thérapeutique ouvertement. Celui-ci fait partie de la maison de santé pluridisciplinaire de Warloy-Baillon, qui est en période d'expérimentation par l'ARS, sur la prise en charge de premier recours. Les autres médecins expriment vaguement l'idée, sans employer les mots.

Il faut sensibiliser les médecins généralistes à l'éducation thérapeutique. Il y a des difficultés et des contraintes pour la mise en place effective de l'ETP en ville. Il faut la faire découvrir aux médecins généralistes. Et le fait de mieux connaître le **fonctionnement des pôles de prévention** peut leur offrir une meilleure compréhension de l'ETP. Voici ce qui ressort de la 4^{ème} journée régionale d'éducation thérapeutique du patient.

4.2.2.1.3. La relation-médecin malade

La médecine de l'obésité est une médecine centrée sur la personne pour laquelle la **relation soignant-soigné** est d'une extrême importance. [15]

La relation thérapeutique est possible sous trois conditions :

- une condition d'authenticité (ou encore vérité, ou congruence) : le thérapeute doit être lui-même dans la relation. Celui-ci manifeste ouvertement les sentiments qui l'animent à un moment donné.
- une condition de valorisation: le thérapeute doit poser un regard positif, ouvert, disponible sur son patient. Il doit le valoriser et accepter tout ce que peut ressentir son patient sur le moment.
- une condition d'empathie : le thérapeute perçoit avec exactitude les sentiments qu'éprouve son patient.

4.2.2.1.4. Les techniques de communication

Il ressort de notre étude que l'élément essentiel de la prise en charge est la **communication**. Il est important que la **relation médecin-malade** soit bonne. Il faut que s'installe une relation de **confiance**, qui permette des discussions et des échanges libres. La prise en charge de l'obésité s'effectue sur plusieurs consultations. Durant ces consultations, plusieurs moyens de communication peuvent être employés. (Coopération, éducation thérapeutique, entretien motivationnel, conseils, diplomatie...)

Dans cette même étude sur l'abord du sujet, le médecin généraliste, en tant que premier recours auprès du système représente un interlocuteur privilégié dans l'accompagnement des personnes obèses. Le thème de la relation médecin-malade est récurrent et transversal. [44]

4.2.2.1.4.1. *L'entretien motivationnel*

La prise en charge de l'obésité est comparable à la **prise en charge d'une addiction**. Dans notre étude, les médecins comparent la prise en charge de l'obésité à celle du tabac et de l'alcool. Il faut avoir à l'idée que la prise alimentaire peut être, elle aussi, une conduite addictive.

Le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente, base théorique à l'entretien motivationnel, postule l'existence de six stades de changement, par lesquels passent habituellement les sujets souffrant de conduites addictives. Un patient alcoolique est souvent, au début de la prise en charge thérapeutique, dans le **déni de sa pathologie** (stade de pré-contemplation). Il faut qu'il reconnaisse l'existence du problème avant d'envisager le changement (stade de contemplation). Un des enjeux pour le médecin généraliste, sera donc de faire adhérer le patient aux soins, et d'améliorer sa motivation pour un changement de comportement. [20] [21]

Dans l'**entretien motivationnel**, la communication utilisée vise à **guider** plutôt qu'à diriger, **encourager** plutôt que culpabiliser, **négocier** plutôt qu'imposer.

4.2.2.1.4.2. *L'utilisation du terme obésité*

Le terme obésité doit être utilisé avec prudence, car il a une connotation péjorative. Il faut éviter la **stigmatisation**. De nombreuses personnes en surpoids et/ou obèses sont fréquemment victimes de stigmatisation, de préjugés et de discrimination à cause de leur poids, ce qui peut avoir des conséquences dommageables pour leur santé et leur bien-être émotionnel et physique. On entend par stigmatisation du poids, les attitudes et croyances négatives concernant le poids qui s'expriment sous la forme de stéréotypes, de préjugés et de traitements injustes à l'égard des personnes en surpoids ou obèses. La stigmatisation du poids peut prendre de nombreuses formes différentes, l'une des plus fréquentes étant les commentaires verbaux inappropriés ou les jugements (remarques désobligeantes, langage péjoratif, moqueries, par exemple). Mais elle peut également se manifester par une exclusion sociale (personne évitée, ignorée ou exclue d'activités), voire par de l'agression physique. De nombreux facteurs complexes contribuent à la stigmatisation du poids, mais on distingue néanmoins plusieurs sources principales. La perception des causes de l'obésité a un lien direct avec la stigmatisation du poids. Nombreux sont ceux qui pensent que l'obésité et sa réversibilité sont sous le contrôle des personnes atteintes. De nombreux prestataires de soins estiment que l'obésité peut être évitée grâce à une plus grande maîtrise de soi, que l'absence

d'autodiscipline explique l'incapacité des gens à perdre du poids et que l'obésité a souvent pour origine des troubles émotionnels.

4.2.2.2. Le rôle du médecin généraliste

Voici ce qui ressort de notre étude :

Le rôle du médecin généraliste est **multiple** lors de la prise en charge de l'obésité. Il est le **premier recours**. Il est là pour la **prévention** mais aussi pour le **dépistage** et la **sensibilisation**. Son rôle est d'être le **confident**, le **psychologue** et l'**accompagnant**. Nous pouvons lui attribuer aussi le rôle d'**éducateur**, d'**informateur** et de **conseiller**. Il est aussi le **coordinateur** pour les avis spécialisés, le **guide** lors d'une prise en charge. Il **organise le suivi**.

Le médecin traitant est naturellement **au cœur de la prise en charge**. Connaissant le patient et son entourage, il est en règle générale, le mieux placé pour assurer la coordination du dépistage et des soins. Mais cela suppose une implication personnelle et du temps, de nouveaux moyens ainsi que la reconnaissance d'une activité de prévention et d'éducation. [15]

La lutte contre l'obésité ne peut pas reposer uniquement sur les médecins généralistes, car ils sont en première ligne pour bien d'autres problèmes de santé publique. La prise en charge de l'obésité nécessite une **prise en charge multidisciplinaire organisée**. Un des rôles les plus importants, dans le traitement de l'obésité, est de motiver et remotiver le patient afin de qu'il retrouve confiance en lui. Il faut se fixer des **objectifs à atteindre** et quand ils sont atteints, il y a une satisfaction du patient, ainsi que pour le médecin.

4.2.2.2.1. *La prévention et stabilité pondérale*

La prévention du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent devrait être une priorité nationale si l'on veut arrêter à temps l'épidémie, qui touche notre pays avec un retard d'environ 10 ans par rapport à d'autres pays comme l'Allemagne, l'Angleterre et les États-Unis.

La **prévention d'une prise de poids supplémentaire** pour les sujets en surpoids ou déjà obèses est aussi un objectif digne de la plus grande attention. Pourtant, il est relativement dévalorisé aux yeux du corps médical ou des patients concernés. [15]

La prévention de l'obésité chez l'adulte doit atteindre plusieurs objectifs :

- augmenter l'**activité physique**, promouvoir une **alimentation équilibrée**, faire de la personne un **consommateur critique**, **dépister les enfants** à risque.
- comprendre des actions en liaison avec le modèle familial, le milieu du travail, le milieu

associatif, les medias, le système alimentaire, la promotion de la santé, le système de soins, la ville.

En conséquence, une politique active de prévention doit être définie pour plusieurs niveaux d'intervention : une prévention ciblée sur les sujets atteints, une prévention sélective à destination des groupes à plus haut risque et une prévention universelle pour l'ensemble de la population.

4.2.2.2.2. Une aide possible

Dans le cadre de la médecine de ville, on constate que les médecins généralistes peinent à mener à bien leur mission de prévention de l'obésité, en raison de la variété et de la **complexité des missions** qui leur sont actuellement confiées. [15]

À l'évidence, les médecins ne sont pas assez nombreux pour faire face à la demande de soins. De nombreuses fonctions pourraient être **déléguées à des personnels paramédicaux**, au premier rang desquels figurent les **diététiciens**. Les **infirmières** pourraient jouer un rôle de « *coaching* » et améliorer ainsi grandement le suivi des patients, sous l'autorité du médecin traitant.

L'étude de 2011 de Toulouse, réalisé par Gandolphe M., est une enquête d'opinion adressée à des médecins généralistes de Lourdes et des environs. Ils ont souhaité connaître l'importance accordée au surpoids et à son dépistage, les modalités de prise en charge en pratique et les difficultés rencontrées dans cette démarche. Ce travail a permis de confirmer le rôle majeur du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge du surpoids, mais également d'identifier les besoins de formation de ceux-ci, ainsi que la nécessité d'améliorer le travail d'équipe avec les autres professionnels de santé et les responsables de santé publique. [24]

4.2.2.2.3. La place bien particulière du médecin généraliste et la bonne connaissance du patient

Dans notre étude on remarque que le médecin généraliste, souvent **médecin de famille**, a l'avantage de connaître son patient de longue date. Il suit la personne et sa famille. Y-a-t-il un caractère héréditaire? Il a accès aux **antécédents personnels et familiaux du patient** ainsi qu'aux **habitudes de vie personnelles ou familiales**. Les médecins généralistes ont, pour certains, la particularité de connaître le patient depuis l'enfance, et de le **suivre tout au long de sa vie**. Ils sont donc amenés à prendre en charge l'obésité à différents moments de vie, que ce soit au moment de la petite enfance, ou encore pendant ou après les grossesses, ou après des événements de vie. **La place du médecin généraliste est privilégiée.**

La connaissance du patient peut permettre au médecin de retrouver des facteurs déclenchants et de retracer la **chronologie de l'installation de l'obésité**. Le mode de vie et les facteurs environnementaux ont un rôle prépondérant dans l'installation de l'obésité. Les médecins généralistes cherchent à comprendre le mode de vie pour cerner le problème. Ces éléments orientent la prise en charge, permettent de la personnaliser et de s'adapter à chaque personne. Les médecins généralistes interviennent pour une prise en charge initiale ou bien après des échecs de prises en charge antérieures.

L'évaluation initiale du patient et de sa maladie dans son contexte ne consiste pas à tracer la courbe de poids du sujet puis à faire la liste des risques ou comorbidités. Il importe aussi de comprendre les déterminants qui ont conduit le sujet à avoir une alimentation inadaptée, hypercalorique ou hyperlipidique et à devenir sédentaire, puis les facteurs de résistance à l'amaigrissement. [15]

En résumé et de façon schématique, on peut identifier **quatre séries de facteurs** dont l'analyse permet d'expliquer l'existence ou la progression de l'obésité :

- Des facteurs individuels ;
- Des facteurs liés à la famille et au domicile, c'est-à-dire à l'environnement le plus proche ;
- Des facteurs liés aux amis, aux collègues, au lieu de travail, à l'école ;
- Des facteurs de type culturel, sociétal, politique ou législatif, se retrouvant dans le système alimentaire, les valeurs culturelles, les normes sociales, l'aménagement du territoire, l'urbanisme, etc.

L'ensemble de ces facteurs, qui sont à la portée du médecin généraliste, a un impact sur la prise de poids des individus et peut donc conduire au développement d'une obésité.

Ainsi, les attitudes et modes d'activité ou de consommation des parents, des amis, des collègues et plus généralement de l'entourage social (concitoyens, mais aussi enseignants, éducateurs, hiérarchie, personnel de santé...) influencent les pratiques des individus et sont toujours à étudier et à considérer par le médecin généraliste.

4.2.2.2.4. Le suivi

Le suivi se révèle difficile à tenir au long cours, pour les médecins généralistes. C'est un suivi de maladie chronique qui est pris en charge par les médecins généralistes et qui peut être complété par un suivi de spécialistes type endocrinologue ou même diététicien.

L'outil qui aide le médecin généraliste, et qui est intéressant pour le suivi du poids est le logiciel informatique. Il permet de noter le poids à chaque consultation et de suivre l'évolution dans le temps.

4.2.2.3. Les difficultés rencontrées par le médecin généraliste

4.2.2.3.1. Le manque de motivation

Le patient

Une des difficultés pour cette prise en charge est le manque de motivation du patient. Ce qui ressort de nos entretiens, c'est le nombre important de rendez-vous et la lourdeur de la prise en charge, dans les parcours de soins des pôles de prévention. Les patients peuvent parfois se démotiver dans ces parcours, mais aussi par le manque de résultats lors de prise en charge.

Le médecin généraliste

Il y a aussi le manque de motivation du médecin généraliste, il s'épuise et ne voit que très peu ou pas de résultats. Il est important dans ces cas, que le médecin se remette en question sur sa pratique ou bien s'il ne se sent plus efficace de passer la main. Les échecs thérapeutiques résultent souvent d'erreurs tactiques : objectifs irréalistes, régimes trop sévères, absence de réponses aux demandes du patient dont la motivation n'est pas prise en compte. L'évaluation de la motivation et de l'aptitude au changement est essentielle.

Les médecins ne se sentent pas à l'aise devant une personne obèse qui consulte pour un autre motif, ceci peut impliquer un retard de prise en charge. Certains médecins sont pessimistes quant à l'impact de la prise en charge et manifestent un véritable rejet du problème.

La prévention de la rechute est capitale. La reprise de poids après amaigrissement est l'évolution naturelle, l'idée est difficile à admettre par les patients comme par les médecins.

4.2.2.3.2. Le temps

La notion de temps ressort comme un élément clé de la prise en charge. Ces prises en charge s'effectuent dans la durée. Les médecins généralistes mettent en avant le manque de temps ou de compétence devant un problème social et de société qui les dépasse.

Le temps est aussi un élément important chez le patient. Le patient a besoin de temps pour se rendre compte qu'il doit se prendre en charge, et pour accepter de réaliser des changements. « *La pause fait partie de la musique* », citation du Professeur Lalau.

4.2.2.3.3. Le poids du médecin

Le médecin reconnaît la difficulté de perdre ou de stabiliser son propre poids. Le poids du médecin se révèle jouer un rôle dans le cadre de la prise en charge de l'obésité. Il y a deux visions des choses :

- Celle où le médecin doit être exemplaire, ou le médecin est crédible s'il applique lui-même les conseils qu'il donne. (Après il y a les médecins minces, mais qui ne s'alimentent pas

correctement.)

- Et il y a les patients qui vont se tourner sur le médecin qui a le même problème de surpoids que lui. Le patient arrive peut être mieux à aborder le sujet, il se sent mieux compris, plus écouté.

4.2.2.3.4. L'obésité: une maladie chronique

Les médecins ont des difficultés à considérer l'obésité comme une maladie chronique. Ils parlent de maladie chronique, quand il y a des facteurs de risque associés ou des complications. On remarque que le patient non plus ne se sent pas malade... Il est important de considérer l'obésité comme maladie chronique, pour pouvoir réaliser une prise en charge comme il se doit sur le long-cours.

4.2.2.4. La pratique du médecin dans la prise en charge de l'obésité

4.2.2.4.1. Les outils de diagnostic et de sensibilisation

L'élément indispensable du médecin généraliste est **la balance**, qui permet de peser le patient, de suivre le poids et surtout de calculer l'indice de masse corporel. L'IMC est un élément essentiel, il permet l'abord de la prise en charge, la sensibilisation, le dépistage, et le suivi. Il est connu et évoqué par tous les médecins interrogés.

Un autre élément pour le diagnostic de l'obésité, **le mètre ruban** qui permet la mesure du tour de hanche et du tour de taille. Cet élément est moins connu des médecins généralistes.

La pratique du **journal alimentaire** n'est pas connue de tous, mais tout de même utilisé régulièrement. Il permet de se rendre compte et de corriger les erreurs alimentaires. Il permet aussi de déjouer les fausses idées, fréquentes chez ces patients.

Les fiches recettes : les fiches didactiques (recettes, classification des aliments) permettent au médecin de laisser une trace écrite d'un dialogue tenu. Le rôle de conseil du médecin est indispensable. Certains médecins passent par internet pour avoir des supports.

Les médecins généralistes pourraient s'orienter vers le PNNS (Programme National Nutrition Santé) afin d'acquérir des outils, des fiches conseils, et même inviter leurs patients à consulter le site www.mangerbouger.fr. Pour cela, une campagne de sensibilisation auprès des médecins généralistes pourrait promouvoir ces outils.

D'autres médecins n'ont pas d'outils d'information. Ils se servent uniquement de la communication orale.

Pour améliorer la sensibilisation, il faut exploiter les nouveaux moyens pour informer le patient (Internet, groupes, télé médecine).

4.2.2.4.2. La nutrition

Dans la majorité des cas, il s'agit de corriger un excès d'apports énergétiques et d'aider le patient à trouver un équilibre nutritionnel à travers des modifications durables de ses habitudes alimentaires. Le médecin peut proposer des mesures simples et personnalisées adaptées au contexte et aux demandes du patient et lui permettant de retrouver une alimentation équilibrée et diversifiée. Dans le contexte de la prise en charge de premier recours, ces conseils sont délivrés dans le cadre de l'éducation thérapeutique réalisée par le médecin généraliste. [7]

4.2.2.4.3. L'activité physique

Dans notre étude, l'activité physique ressort comme un élément essentiel de prévention de l'obésité et du traitement de la maladie. Le fait de faire du sport régulièrement est une bonne habitude à prendre.

La promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité sont essentielles. Les kinésithérapeutes devraient être sollicités davantage pour remettre en mouvement les personnes sédentaires, en fonction de leur handicap, de leurs possibilités fonctionnelles et de leurs facteurs de risque. Les éducateurs sportifs pourraient trouver également leur place dans les actions de prévention et de promotion de la santé par l'activité physique. De nouveaux métiers sont à créer dans ce domaine. [15]

Du premier au troisième recours

L'activité physique est nécessaire et devrait être le maître mot de tous les intervenants à n'importe quel moment de la prise en charge.

Les recommandations actuelles en ce qui concerne le niveau d'activité physique de la population sont de pratiquer 30 minutes d'activité physique quotidienne de type marche rapide. Il s'agit en fait de recommandations visant l'état de santé en général et notamment le risque cardiovasculaire, elles ne sont cependant pas spécifiquement adaptées à la prévention du gain de poids et de l'obésité. [19]

Des études sont encore à réaliser pour définir au mieux le type d'activité physique (temps, intensité) qui sera le plus efficace dans le cadre de la lutte contre la prise de poids, mais la mise en pratique par la population des recommandations actuelles serait déjà un progrès

considérable. Là encore, il faudra privilégier les modifications de l'environnement qui rendront plus faciles l'accès à l'activité physique, voire plus difficile l'accès à l'inactivité...

Dans le cadre du parcours d'accompagnement, un réseau de professionnels a été constitué afin de sécuriser celui-ci en assurant un suivi de l'usager Picardie en Forme.

- **Les professionnels de santé (hors médecin traitant)** informent les usagers sur Picardie en Forme et les orientent vers leur médecin traitant.

- **Le médecin traitant** prescrit de l'activité physique au patient à l'aide d'un ordonnancier spécifique à Picardie en Forme.

- L'usager est pris en charge par Picardie en Forme en bénéficiant dans un premier temps d'un **bilan** réalisé par un éducateur Sports Pour Tous spécialement formé.

- A la fin de ce bilan, l'éducateur oriente l'usager en fonction de ses capacités, de ses souhaits et de l'offre locale. Il est orienté soit vers un **atelier passerelle** (pôles de prévention et d'éducation thérapeutique du patient, réseaux de santé locaux...), soit vers une **association labellisée** Picardie en Forme

Le parcours d'accompagnement a une durée de 8 à 10 mois en moyenne.

- 8 à 10 mois après le premier bilan, l'usager bénéficie d'un **bilan de suivi** (identique au bilan d'entrée) pour rendre compte de l'évolution de ses capacités physiques, motivationnelles et de son estime de soi.

L'enjeu est de donner envie à l'usager de pratiquer de lui-même une activité physique suite à son passage dans le dispositif. [51]

Les obstacles et leurs solutions

Les distances et le manque de temps sont les deux obstacles à la pratique de l'activité physique le plus souvent rapportés. Les horaires de travail et d'école, les temps de trajet vont ainsi indirectement influencer le niveau d'activité physique. [15]

Le mode de vie doit être plus favorable à l'activité physique.

L'accessibilité **aux équipements sportifs** doit être améliorée tant en milieu scolaire, qu'universitaire, professionnel ou urbain.

Il faut développer l'accès aux équipements sportifs en milieu scolaire, universitaire, professionnel et urbain pour diminuer le coût relatif de l'activité physique par rapport aux loisirs passifs. [15]

Il faut parler des actions réalisées sur l'activité physique, nous pouvons évoquer le projet soutenu par l'ARS de Picardie. Ce programme de formation intègre le projet global « Picardie en Forme – Réseau Sport Santé Bien-être » qui a pour but de mettre en lien les professionnels de Santé et les associations sportives afin de proposer aux usagers éloignées de la pratique une activité physique adaptée et sécurisée selon leur profil. A terme, ce dispositif a pour but d'accueillir toutes personnes porteuses d'une pathologie ou non, souhaitant reprendre une activité physique au sein d'une association sportive. « Picardie en forme » a donc décidé de parier sur l'avenir en proposant une information à destination des dirigeants d'associations et deux formations aux animateurs sportifs. [49]

4.2.2.4.4. Les critères d'efficacité du traitement

Les critères d'efficacité de la prise en charge qui ressortent des entretiens des médecins généralistes sont :

- la perte de poids en premier lieu
- la stabilisation du poids
- une meilleure adaptation à l'effort
- l'atteinte des objectifs (IMC, poids)
- des bonnes habitudes alimentaires (équilibre alimentaire)
- l'amélioration des complications [7]

Les objectifs principaux

La prise en charge de l'obésité comporte, selon l'OMS (WHO, 1998), 4 objectifs d'importance croissante : la perte de poids, le traitement des comorbidités, la stabilisation pondérale, la prévention de la prise de poids. [2]

Une perte pondérale de 5 à 15 % par rapport au poids initial est à la fois réaliste et suffisante. La prévention de la rechute est capitale.

Un dernier objectif est la **qualité de vie** du patient dans ses trois dimensions : somatique, psychologique et sociale. L'amélioration du bien-être, de l'estime de soi et de l'intégration sociale ne nécessite pas forcément une perte de poids massive.

L'efficacité des traitements de l'obésité paraît facile à évaluer, car de nombreuses revues de la littérature ont été écrites à ce sujet. Il n'en est rien ; pour de multiples raisons, essentiellement méthodologiques. En fait, les protocoles sont rarement comparables. Par exemple, le regroupement dans certaines méta-analyses d'études de durées différentes peut sembler discutable. De plus, les travaux de longue durée sont rares et peu d'entre eux comportent des

mesures portant à la fois sur la diététique, l'activité physique et la régulation du comportement en général, ce que les anglo-saxons désignent sous le terme de *counseling* (McTigue et coll., 2003). Seules les études positives sont publiées. Le débat n'est donc pas toujours objectif. [15]

4.2.2.5. Le médecin généraliste, les différents acteurs de la prise en charge et le système de soin actuel

En première intention, intervient le médecin généraliste, en deuxième intention le spécialiste et les réseaux organisés.

4.2.2.5.1. Les médecins généralistes

En première intention, le médecin généraliste prend en charge le patient seul ou essaye de s'organiser avec une équipe multidisciplinaire. Ils travaillent avec les spécialistes de leur carnet d'adresses. Dans notre étude, les médecins généralistes nous rapportent l'idée qu'il est toujours important de rechercher des prises en charge antérieures par des spécialistes.

Une consultation spécifique

La consultation pour la prise en charge de l'obésité par le médecin généraliste montre une complexité, de part le fait que le patient vienne pour une demande autre que celle de la prise en charge du poids. Le médecin doit en effet prendre le temps de répondre à la demande initiale, et en plus de la première demande trouver un moyen d'aborder le sujet du poids et cela en 15 minutes de consultation. Le manque de temps peut être un frein à la sensibilisation. Pour pallier à ce manque de temps, certains médecins généralistes, demandent au patient de reprendre rendez-vous pour une consultation spécifique dont le sujet principal sera le poids.

- La consultation spécifique par le médecin traitant

Il est intéressant de réaliser une **consultation spécifique** à la prise en charge de l'obésité. Dans ce cas, le médecin généraliste peut prendre l'initiative de **faire revenir le patient** pour ne discuter que du problème de poids.

En pratique, cette consultation spécifique n'est pas réalisée. Ce concept est à développer. Pourquoi ne pas inciter le médecin généraliste à développer ces consultations. Pour cela il faudrait lui faire des propositions concrètes pour notamment **la valorisation des consultations longues**, ou encore une cotation spécifique pour une consultation dédiée à la prise en charge du poids. [48]

- La consultation spécifique par un médecin référent

Il y a un intérêt d'avoir un **médecin référent**. Mais qui? Le médecin traitant? Ou un médecin nutritionniste? Ou encore un médecin avec un DU sur la nutrition.

4.2.2.5.2. Les spécialistes

Dans un second temps, ou lorsqu'il s'agit d'une obésité stade 2 ou 3, le médecin généraliste va orienter son patient. Les médecins généralistes ont recours aux **spécialistes**, en **deuxième intention**.

Quelques difficultés sont soulignées. Les **délais** pour avoir un rendez-vous chez les spécialistes sont souvent longs, il est difficile d'avoir des rendez-vous en urgence. Il manque des médecins spécialistes dans cette prise en charge, dans certains secteurs. A noter souvent la présence de ces médecins dans les hôpitaux ou en ville, mais très peu de ces médecins exercent en secteur rural. Ce phénomène rend la consultation difficile voire impossible pour certaines personnes à mobilité réduite, ou ayant des problèmes financiers. Donc le médecin généraliste se sent isolé, mis à part ceux qui travaillent en maison de santé pluridisciplinaire.

- Les médecins compétents en nutrition

Nous pouvons remarquer que la différence entre médecin nutritionniste et diététicien n'est pas claire dans la tête de chaque médecin.

Il paraît nécessaire de mieux définir le contour et la **définition du médecin nutritionniste**. Le collège des enseignants en nutrition y travaille. Les seuls « vrais » spécialistes en la matière sont les médecins titulaires d'un DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) de nutrition, créé en 1988. [15] Il faut savoir qu'il n'y a pas assez de médecin nutritionniste pour prendre en charge tous les patients obèses nécessitant une prise en charge de 2^{ème} recours.

Le traitement de l'obésité fait appel à des compétences particulières qui vont de la médecine spécialisée dite d'organes aux sciences humaines, psychologie, sociologie...

Il n'y a pas d'égalité d'accès aux médecins spécialistes en nutrition (nutritionnistes, endocrinologues) et aux diététiciens à l'heure actuelle, pour des raisons multiples : comme le déficit de spécialistes en nutrition, la difficulté pour le public d'identifier les métiers de la nutrition. [48]

4.2.2.5.3. Les diététiciens

Pour les diététiciens, voici les avis des médecins interrogés. Les diététiciens peuvent être consultés en première intention parfois, ou alors en deuxième intention, le plus souvent, après

avoir été adressé par un médecin. Ils ont un rôle de suivi, de prise en charge diététique sur un parcours médical, ou en pré et post-chirurgical. Un travail d'équipe doit s'installer dans le but de créer une **collaboration** médecin et diététicien. Deux problèmes se dégagent des entretiens. Le premier, la consultation est payante et non remboursée par la sécurité sociale. Le deuxième, les délais sont longs en rural, et dans certains secteurs.

La profession des diététiciens est victime d'une situation injuste et incohérente. Des règles de bonnes pratiques sont à définir au plus vite. Le remboursement des actes de diététique, dans le cadre des activités d'un réseau ou sur prescription d'un « médecin compétent en nutrition », serait une solution judicieuse dont le coût pourrait être contrôlé.

Une formation plus longue (actuellement 2 ans) est indispensable pour permettre aux diététiciens d'accéder à un meilleur statut et à une formation professionnelle plus poussée, par exemple en psychologie, plus généralement en sciences humaines et même peut être en éducation thérapeutique.

Une meilleure définition des conditions d'exercice de la profession de diététicien, encore mal reconnue, doit être engagée. [15]

4.2.2.5.4. Les autres professions de santé

Les psychologues sont essentiels pour la prise en charge de l'obésité (développé ci-dessous).

Les infirmières, libérales ou hospitalières, ne sont actuellement pas ou peu concernées. Elles pourraient pourtant assurer un grand nombre de fonctions dans le suivi au long cours des patients. C'est le cas dans certains pays comme l'Angleterre.

Les pharmaciens sont bien placés pour sensibiliser aux problèmes des maladies nutritionnelles. Ils peuvent cibler la population générale et les sujets à risque. Ils constituent un relais d'information, pour les soins comme pour la prévention. Ils ne sont pas suffisamment sollicités.

Les sages femmes pourraient être impliquées davantage dans la prévention de la prise de poids excessive au cours de la grossesse et dans le contrôle de l'équilibre alimentaire. [15]

4.2.2.5.5. L'offre médicale

Il apparaît nécessaire non seulement d'augmenter l'offre de soins, mais également de mieux organiser le système de santé pour un **meilleur accès** tout en favorisant le développement de nouvelles compétences indispensables à la maîtrise de cette épidémie.

4.2.2.5.6. Les échanges entre les différents intervenants

L'échange d'informations entre les différents intervenants est essentiel. Dans notre étude, la communication entre les médecins généralistes et les spécialistes ne posent aucun de problème. Elle s'effectue par courrier. Et ces **courriers** de spécialistes sont considérés par les médecins généralistes comme **efficaces**.

Il faut renforcer les partenariats entre les différents intervenants de la lutte contre l'obésité. Au regard de la multiplicité et de la complexité des facteurs identifiés dans la progression actuelle de l'obésité, les actions menées doivent reposer sur une approche pluridisciplinaire. Ainsi, le malade ne peut être traité sans une prise en compte de son environnement. Aussi paraît-il nécessaire de favoriser et multiplier les **partenariats** entre les différents intervenants concernés, dans le domaine de la recherche et pour la prise en charge.

Se pose également le problème de la **multidisciplinarité** nécessaire pour prendre en charge l'obésité, qui implique notamment de promouvoir le transfert de compétences des médecins vers d'autres professionnels de santé, tels que les diététiciens, les nutritionnistes ou les infirmiers de santé publique. ***Une meilleure coordination entre les professionnels est à travailler pour des prises en charge plus efficaces. [15]***

Le médecin généraliste ressent une perte du patient, quand ils sont pris en charge par un service de soin hospitalier spécialisé. Mais les médecins généralistes veulent travailler en équipe. Cette étude nous montre qu'une équipe doit se créer entre les médecins généralistes, les spécialistes, les professionnels de santé (diététiciens psychologue) et les structures prenant en charge l'obésité. L'objectif étant de fournir un travail d'équipe avec plusieurs intervenants, pour une prise en charge globale et complète du patient.

4.2.2.5.7. Les pôles de prévention et d'éducation

Voici le point de vu des médecins généralistes interrogés. Les structures de prise en charge de l'obésité ne sont pas connues de tous les médecins généralistes. Certains médecins ont connaissance de leur existence mais n'ont pas d'information sur le fonctionnement. Ces structures sont appelées **pôles de prévention et d'éducation**, elles prennent en charge plusieurs pathologies, nécessitant de l'éducation ou encore de la prévention, entre autres sur des pathologies comme l'obésité.

Les pôles de prévention organisent des prises en charge multidisciplinaires autour de l'éducation thérapeutique. Selon les médecins généralistes, il n'y a pas d'obstacle pour orienter des patients vers ces structures. L'accès y est assez simple. Mais certains nous signalent tout de même des délais longs, pour la prise de rendez-vous. Le point négatif est le

manque de spécialistes, dans ces structures. Les points positifs sont le remboursement par la sécurité sociale de la prise en charge de ces soins, et le fait que les activités physiques soient organisées dans ces prises en charge. Il existe d'autres intervenants que des médecins dans ces prises en charge, comme les diététiciens, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les psychologues, les coachs sportifs, les coachs pour perdre du poids...

4.2.2.5.8. Les autres structures

Il existe aussi en deuxième recours, d'autres centres appelés, centre de réadaptation cardiovasculaire, où l'obésité peut être prise en charge. Ou encore en troisième recours des soins de suite pour les prises en charge des maladies nutritionnelles (soins de suite avec prise en charge de réadaptation physique et nutritionnelle de l'obésité compliquée) comme à Corbie.

4.2.2.5.9. L'organisation du système de santé

L'organisation actuelle n'est pas suffisamment performante, car les stratégies de prévention ou de traitement sont mises en place en fonction de l'offre et de la demande, sans réelle politique d'ensemble. Schématiquement, un système mieux coordonné devrait avoir pour but d'améliorer l'état de santé des sujets à risque à trois niveaux :

- le poids et la composition corporelle ;
- la qualité de vie ;
- les complications et comorbidités de l'excès pondéral.

Deux types de structures (centres de références et les maisons de santé pluridisciplinaires) se mettent en place.

4.2.2.5.9.1. Les centres de référence

Le centre de référence de la Picardie se trouve au Centre hospitalo-universitaire (CHU) d'Amiens. Les centres de référence, nouvellement créés (circulaire Dhos/E4/2005/82) sous la forme de « pôles inter-régionaux spécialisés dans l'accueil des personnes obèses » permettent le regroupement d'équipes pluridisciplinaires (diététicien, psychologue, psychiatre, kinésithérapeute...). La circulaire précise dans le détail le plan d'équipement et le schéma fonctionnel d'un pôle d'accueil, qui devra également disposer d'une consultation pédagogique de nutrition destinée à la prévention. Les obésités massives et les formes compliquées ou récidivantes devraient être prises en charge dans ce type de structure, dont il faudra assurément augmenter le nombre. On ne peut que souhaiter, dans le même esprit, le développement de structures privées et publiques agréées pour la prise en charge chirurgicale de l'obésité très sévère.

4.2.2.5.9.2. Les maisons de santé pluridisciplinaire (MSP)

Qu'est-ce qu'une maison de santé ?

LOI n°2011-940 du 10 août 2011 « Art. L. 6323-3. - La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. » « Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. » Les points clés : des professionnels de santé, un exercice des soins de premier recours et un projet de santé. La majorité des professionnels de santé qui travaillent en maisons de santé cherchent à élargir leur offre de soins à leurs patients à celle de santé publique organisée sur un territoire (continuité des soins, éducation thérapeutique, ...). [50]

Objectifs principaux des MSP :

- Améliorer la répartition géographique des médecins en organisant l'offre des soins dans une approche territoriale cohérente.
- Améliorer les conditions de vie privée et professionnelle de ses membres.
- Faciliter l'arrivée des jeunes médecins qui plébiscitent l'exercice en groupe.
- Permettre un exercice coordonné et protocolé correspondant à une démarche d'amélioration des pratiques et d'évaluation. [50]

La promotion de la **prise en charge de groupe** est nécessaire pour des raisons à la fois économique et pédagogique. L'échange avec les autres permet à la personne obèse de mieux appréhender ses propres problèmes. Les relations inter-individuelles ont de puissants effets thérapeutiques. [15]

L'étude de 2011, de Clermont-Ferrand, réalisée par Masurier-Château J.A. est une enquête épidémiologique. Les résultats retrouvés sur l'attente des prises en charge de l'obésité dans les centres de référence sont les mêmes que pour notre étude. L'implication des médecins généralistes est un point essentiel du parcours de soins des patients atteints d'obésité. Cette prise en charge doit être articulée avec un centre de référence pour optimiser l'offre de soin de cette population, notamment s'agissant des obésités morbides. L'organisation territoriale est

nécessaire pour permettre d'une part un accès aux soins plus aisé pour ces patients et d'autre part, une meilleure coordination entre professionnels de santé. [23]

4.2.2.6. Les difficultés de la prise en charge

4.2.2.6.1 *Les troubles psychologiques*

Ce qui ressort de notre étude c'est le besoin de psychologues et c'est d'ailleurs ce qui transparait mais cela a un coût. Voici le point de vu des médecins généralistes sur les troubles psychologiques. Les troubles psychologiques et psychiatriques sont souvent négligés dans ce type de prise en charge. Les troubles psychologiques peuvent être la cause de l'obésité et inversement l'obésité peut engendrer des troubles psychologiques. L'alimentation peut s'avérer être un refuge.

La perte de poids a un côté bénéfique sur le moral, l'état psychologique. Mais elle peut entraîner des modifications psychologiques plus ou moins faciles à gérer. Une période d'adaptation au changement est souvent nécessaire, pour soi-même et pour l'entourage (couple, famille, environnement socioprofessionnel). [7]

Les psychologues pourraient également avoir ici un large champ d'activité. Les approches cognitivo-comportementales sont rarement utilisées, faute de postes en milieu hospitalier ou de possibilités réelles d'installation dans le secteur libéral.

Les approches cognitivo-comportementales, peu développées en France, sont utiles pour mieux comprendre les déterminants du comportement alimentaire et pour aider le sujet à modifier éventuellement les conduites inappropriées. [15]

Le déni

Une des difficultés dans la prise en charge est le déni du patient. Le patient obèse n'est, en réalité, pas conscient du problème et des complications qu'il risque. Il ne se considère pas comme malade ce qui le rend souvent réfractaire et réticent à se faire soigner.

4.2.2.6.2. *Les problèmes financiers*

Les problèmes financiers sont considérés par les médecins généralistes, comme un frein à la prise en charge. Certains intervenants ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, comme la consultation d'un diététicien, d'un psychologue.

Le côté positif des pôles de prévention et d'éducation est la prise en charge par la sécurité sociale des différentes consultations.

Il faut aussi faire le lien entre l'obésité et les problèmes financiers. La bonne alimentation (fruits et légumes) a un coût élevé. Il y a cependant sous l'impulsion des PNNS une offre

alimentaire qui s'améliore notamment les fruits et les légumes dans les discounts ou encore avec des initiatives comme les paniers de l'Associations pour le maintien d'une agriculture paysanne (AMAP). Ces paniers de l'AMAP sont destinés à **favoriser l'agriculture paysanne et biologique** qui a du mal à subsister face à l'agro-industrie. Le principe est de **créer un lien direct entre paysans et consommateurs**, qui s'engagent à acheter la production de celui-ci à un prix équitable. Ceci est à faire connaître aux médecins généralistes.

Obésité : maladie sociale

En 2012 comme dans chaque étude Obépi depuis 1997, il existe une relation inversement proportionnelle entre niveau de revenus du foyer et prévalence de l'obésité. Il persiste un très net gradient social de l'obésité. [5]

L'accès aux soins des personnes obèses qui en ont le plus besoin reste problématique. En effet, l'obésité est devenue une **maladie sociale** qui affecte plus durement les milieux défavorisés et les personnes en situation de précarité. Il faudra bien trouver de nouveaux moyens d'action, car les approches médicales traditionnelles sont peu efficaces pour les familles en grande difficulté sociale.

4.2.2.6.3. Le secteur rural

Les médecins généralistes nous font remarquer que le secteur rural est plus défavorisé en intervenants que le secteur urbain. Il y a moins de spécialistes, moins de diététiciens, moins de psychologues, et pas de consultations chirurgicales. Le déplacement peut être une difficulté majeure pour les patients résidant en campagne. Les personnes qui n'ont pas le permis, qui n'ont pas de véhicule, ainsi que les personnes âgées n'ont pas toujours accès aux consultations spécialisés. Il y a donc un frein pour cette prise en charge, chez les personnes éloignées des villes.

L'accès aux soins est problématique pour de nombreuses raisons. Le nombre de professionnels compétents et impliqués est insuffisant, notamment dans le Nord et l'Est de la France.

Enfin, les facteurs environnementaux contribuent souvent à décourager les efforts individuels réalisés par les personnes atteintes d'obésité. Il serait donc souhaitable de mettre en place au moins un **centre de référence par région**.

Il existe une différence assez nette pour la population rurale ou urbaine. La fréquence de l'obésité est en effet proportionnellement plus grande dans les petites communes rurales que

dans les grandes agglomérations urbaines. [15] C'est donc en secteur rural qu'il faut la création d'équipe pluridisciplinaire, comme dans les maisons de santé pluridisciplinaires.

4.2.2.7. La place de la chirurgie bariatrique

4.2.2.7.1. Les différents stades de l'obésité

Les médecins généralistes prennent bien en considération les différents stades de l'obésité. Chaque prise en charge est spécifique du stade de l'obésité. Il est important de la quantifier. Il est important d'identifier les obésités à risque.

L'obésité morbide est une indication à la prise en charge chirurgicale.

La démarche qui est appliquée aux dyslipidémies pourrait l'être aussi à l'obésité, car les points communs sont nombreux. Il s'agit de prendre des décisions thérapeutiques à long terme en fonction de l'évaluation d'un risque global. Les formes abdominales, les obésités sévères (classes 2 ou 3), les formes avec co-morbidités méritent une attention particulière. Plus le risque est élevé, plus le traitement doit être intensif.

Il est nécessaire de distinguer l'obésité morbide, qui relève de la médecine et notamment de la chirurgie, et les autres formes d'obésité, qui posent un problème de santé publique, mais également social, ce qui conduit à adopter des approches différentes. [15]

En fonction de la prise en charge antérieure, et du stade de l'obésité le chirurgien est amené à intervenir. Parfois il intervient d'emblée, et même précocement dans certaines situations constatées par les médecins généralistes. Il est constaté et relaté par les médecins généralistes interrogés un manque d'explication et de suivi médical chez certains chirurgiens après intervention.

La chirurgie est un gros booster dans la prise en charge, elle permet d'atteindre rapidement des objectifs, donc une meilleure adaptation physique et donc une meilleure confiance en soi.

4.2.2.7.2. La chirurgie bariatrique

4.2.2.7.2.1. Les médecins généralistes et la chirurgie bariatrique

Les médecins généralistes connaissent les différentes techniques de la chirurgie bariatrique. L'impression générale sur la chirurgie bariatrique est bonne. Les résultats sont bons. Ils n'ont que peu de recul sur certaines prises en charge. La difficulté est la stabilisation du poids voire même une reprise de poids.

Ils considèrent cette chirurgie comme le traitement de troisième recours, celle-ci étant indiquée pour la prise en charge d'obésité morbide. En France, elle fait partie de la stratégie

de prise en charge de l'obésité chez l'adulte, en seconde intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant au moins 6 mois. [22]

Certains connaissent la nécessité de réaliser un parcours de soins pour une prise en charge avant l'intervention. C'est un double parcours, un parcours médical de retentissement de l'obésité et parcours d'éducation thérapeutique multidisciplinaire comme recommandé par la Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques (SOFFCO). [52] Le but étant d'éduquer le patient sur les bonnes conduites à tenir. Ce parcours doit être réalisé dans des centres labellisés mais cela se met en place tout doucement.

Il ressort que la chirurgie bariatrique engendre une perte de poids suffisante qui permet le plus souvent de soigner les complications liées à l'obésité, comme le diabète, l'hypertension artérielle... ou du moins elle permet de réduire la prise de médicaments et de diminuer le risque cardio-vasculaire. Cette chirurgie nécessite un suivi au long court, avec toujours un maintien des règles hygiéno-diététiques et d'une activité physique régulière. Ce type d'intervention permet au patient de réaliser d'autres interventions qui lui étaient contre-indiquées à cause de l'obésité.

Selon les médecins généralistes, le plus ennuyeux dans la chirurgie bariatrique est la fréquence des complications (les douleurs, les repas de petite quantité, la modification du physique et les troubles psychologiques que cela engendrent.)

4.2.2.7.2.2. Le développement de la chirurgie bariatrique

Actuellement les médecins généralistes constatent une franche augmentation des prises en charge en chirurgie bariatrique. En effet, le nombre d'intervention a doublé entre 2006 et 2011. [46]

Comment expliquer cela ? Les patients échangent sur internet (forums), ils se renseignent d'eux-mêmes. Ils prennent même parfois des rendez vous avec le chirurgien avant d'en discuter avec le médecin généraliste.

Les médecins généralistes ont remarqué que la sleeve gastrectomie est la technique la plus utilisée de nos jours. Alors qu'auparavant l'anneau gastrique était la technique la plus réalisée.

L'Assurance Maladie, dans le cadre du Plan national de lutte contre l'obésité, a réalisé une étude approfondie de cette chirurgie en analysant à la fois les patients concernés, les pratiques et l'offre de soins dans ce domaine. Face à cette progression importante et à l'évolution des

actes réalisés, l'objectif est ainsi d'analyser les pratiques actuelles et de questionner leur pertinence. L'étude souligne également l'évolution forte des techniques chirurgicales utilisées: la pose d'un anneau gastrique ajustable, technique réversible et de référence en 2006, a reculé et ne correspond plus en 2011 qu'à 25% des interventions. Les autres techniques de réduction de l'estomac et/ou de dérivation de l'intestin (sleeve gastrectomie et by pass), peu pratiquées en 2006, totalisent désormais 75% des interventions. [46]

La sleeve gastrectomie ouvre un nouveau chapitre en chirurgie bariatrique. Son efficacité serait supérieure à l'anneau et au bypass. Plusieurs études sont en cours, afin d'évaluer la place de cette technique, ses résultats, le rôle des hormones et les causes de son éventuel échec (parmi lesquelles une étude menée actuellement au CHU d'Amiens analysant le volume gastrique résiduel par scanner après sleeve gastrectomie). [55]

4.2.2.7.2.3. *Le troisième recours*

La chirurgie bariatrique est un **bon traitement**, si ce n'est le meilleur, de l'obésité très sévère. Toutefois, le devenir à long terme des patients qui ont beaucoup maigri est incertain. Les risques de carences en micronutriments sont importants. Le bénéfice sur la mortalité n'est actuellement pas connu. Les complications à court et moyen termes ne sont pas négligeables. Le recul est encore insuffisant mais cette chirurgie est en plein essor avec de nombreuses nouvelles techniques qui vont voir le jour dans les années à venir.

Ce type de traitement est donc réservé aux patients présentant une obésité massive (classe 3 ; IMC 40 kg/m²) ou une obésité sévère (classe 2 ; IMC 35 kg/m²) associée à des comorbidités menaçant l'état de santé. Un **suivi médico-chirurgical** de qualité est donc absolument nécessaire, et ceci à vie. [22]

La décision d'intervention doit être prise à l'issue d'une discussion et d'une **concertation de l'équipe pluridisciplinaire**. L'équipe pluridisciplinaire comporte au minimum un chirurgien, un médecin spécialiste de l'obésité (nutritionniste, endocrinologue ou interniste), une diététicienne, un psychiatre ou un psychologue et un anesthésiste-réanimateur. Un **coordinateur** est identifié et **référent** pour chaque patient. Les conclusions de cette concertation doivent être formalisées et transcrites dans le dossier du patient communiquées au patient, à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire et au médecin traitant. [22]

L'étude de 2011 de Tours réalisé par Da Silva Pires É., est une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, en face à face, de dix médecins généralistes. « Les opinions et connaissances abordées ont concerné les thèmes suivants : prise en charge de l'obésité, place de la chirurgie bariatrique, suivi postopératoire et perspectives de cette chirurgie en médecine générale. Les

conclusions sont identiques à celles retrouvées dans notre étude. Les médecins généralistes ne se sentent pas directement concernés par le parcours de prise en charge par chirurgie bariatrique. Un important travail reste à faire en matière d'information, notamment pour orienter les patients relevant de cette chirurgie et prendre en charge les patients opérés, qui nécessitent un suivi à vie. » [25]

Les médecins traitants restent un recours secondaire en post-chirurgical. Ils ne sont parfois pas informés du fait que son patient a suivi ce type d'intervention. Ils sont parfois court-circuités dans cette prise en charge chirurgicale. Le suivi post-chirurgical pose quelques difficultés aux médecins généralistes. Ils ne se sentent pas assez formés sur la prise en charge des complications (douleurs, carences). Ils disent pallier au manque d'explications de certains chirurgiens. Mais est-ce vraiment le manque d'explications du chirurgien ? On peut se demander si le patient entend les recommandations, d'où l'importance des courriers entre médecins généralistes et spécialistes.

Cette idée de travailler sur la place du médecin généraliste pour l'intégrer dans la prise en charge chirurgicale, est identique à celle de l'étude menée par Bertrand M. de 2013 à Montpellier. « Se reconnaissant comme premier interlocuteur, ils désireraient une meilleure intégration par les équipes et par le patient afin d'éviter des ruptures dans le parcours ou pire un lâcher-prise auprès des spécialistes. Des conseils pratiques (surveillance, alimentation, suppléments) ainsi que le projet thérapeutique seraient utiles. » [55]

4.2.2.8. Les besoins

4.2.2.8.1. Les moyens d'informations et les recommandations

4.2.2.8.1.1. Le PNNS

Le premier PNNS a débuté en 2001. Chaque PNNS a été évalué, avec à chaque fois une nouvelle feuille de route et des nouveaux objectifs. Le PNNS a bien décrit les grandes options à suivre dans le domaine de la promotion de la santé. Il y a donc une certaine cohérence nationale, qu'il convient désormais de mettre en pratique. [14]

Dans le but d'enrayer la progression des cas d'obésité, la France a mis en place le Programme national nutrition santé (PNNS) en 2011, qui a défini divers outils et recommandations concernant le diagnostic, le traitement, la prise en charge et la prévention de l'obésité. Ces actions ont eu des effets ponctuels mesurables, mais elles sont demeurées trop dispersées pour contrer véritablement l'épidémie. [14]

Le Programme national nutrition santé (PNNS) a impulsé une forte mobilisation autour du dépistage et de la prise en charge de l'obésité de l'enfant tant sur le plan des soins, de la formation et de l'information que de la recherche. Un grand nombre de projets de recherche retenus dans le cadre des appels d'offre nationaux ou régionaux concernent l'obésité de l'enfant dans ses différents aspects de prévention, dépistage et traitement. [14]

Le PNNS 2011-2015 a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition. [14]

Sous l'impulsion du PNNS, de nombreuses initiatives ont été prises au niveau national et régional témoignant d'une forte réactivité et motivation des acteurs de santé publique dans le domaine. Plusieurs régions ont initié des programmes de prévention en mobilisant non seulement les professionnels de santé, la communauté éducative, les acteurs sociaux mais également les responsables politiques et les décideurs économiques. [14] Au fur et à mesure des PNNS, on voit le renforcement des déterminants nutritionnels, de l'activité physique mais aussi de la prise en charge des populations précaires.

4.2.2.8.1.2. Les recommandations HAS

Les médecins généralistes n'ont pas connaissance de l'existence de recommandations récentes de l'HAS. Des recommandations sur le surpoids et l'obésité de l'adulte ont été validées par la HAS en 2011. La chirurgie bariatrique et en particulier la sleeve gastrectomie a fait l'objet d'un intérêt particulier (recommandations HAS validées en 2009 pour la chirurgie bariatrique et en 2008 pour la sleeve gastrectomie). [53] [22]

Nombre de ces recommandations ont d'ailleurs été reprises au niveau européen. Des points faibles sont toutefois à signaler dans la prise en charge : ils sont liés pour l'essentiel à un défaut d'application de ces recommandations, dû notamment à leur manque de lisibilité et d'accessibilité. [15]

Les médecins ne souhaitent pas de formations scientifiques. Mais les médecins n'ont pas connaissance d'outils qui pourraient leur faciliter la tâche. Il faut peut-être diffuser des messages d'informations sur l'existence des recommandations, dans des revues, dans les formations initiales (cours à la faculté) et dans les formations médicales continues.

4.2.2.8.1.3. L'assurance maladie

La sécurité sociale faisait passer des agents pour sensibiliser les médecins à la prise en charge de l'obésité. Au moment de la réalisation de mes entretiens avec les médecins en 2013, la sensibilisation s'effectuait sur la prise en charge de l'obésité chez l'enfant.

L'Assurance Maladie a promu de manière approfondie les recommandations actuelles sur la prise en charge médicale de premier recours de l'obésité (dépistage, prévention et traitement par mesures hygiéno-diététiques...). Ainsi, l'action de sensibilisation, menée en 2010-2011 auprès de 23 000 médecins généralistes pour la prévention du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, a été reconduite au deuxième semestre 2013. Elle visait à systématiser le calcul et le suivi de l'IMC chez tous les enfants, repérer les rebonds d'adiposité et mesurer la pression artérielle chez les enfants en surpoids. Pour favoriser la prévention de l'obésité au sein des populations modestes, des actions d'éducation à la santé seront mises en place dans le cadre de partenariat avec des PMI et des centres d'examens de santé.

La sensibilisation des médecins généralistes sur le terrain a été accompagnée de supports. L'assurance maladie a mis en ligne, en octobre 2013, des supports à disposition pour tous professionnels de santé en accès libre, sur la prévention et la prise en charge du surpoids chez l'enfant et l'adolescent.

4.2.2.9. Les formations

Les médecins généralistes aimeraient que les formations puissent s'exercer sous forme de formations médicales continues. Mais le problème qui ressort des entretiens est le manque de temps des médecins. Ils disent **s'auto-former** avec les expériences qu'ils rencontrent au quotidien. Ils ont un recours facile à internet pour se former.

Les médecins généralistes portent peu d'intérêt au sujet de l'obésité cité dans sa globalité. Mais ils abordent spontanément beaucoup de domaines plus ciblés, qui sont utiles dans la prise en charge du patient obèse : l'éducation thérapeutique, la communication, la formation en nutrition. Les médecins demandent des formations sur les thèmes suivants : l'entretien motivationnel, l'éducation thérapeutique, les méthodes chirurgicales, les complications post chirurgicales et l'activité physique. Les méthodes de formations les plus appréciées des médecins sont les groupes d'échange médecins-patients, les séminaires ou encore par internet. Les échanges médecins-patients est un nouveau concept exprimé à développer.

Ces médecins souhaitent une meilleure formation pratique, des informations de qualité sur les traitements disponibles mais surtout ils aimeraient disposer d'outils et d'algorithmes de décisions thérapeutiques. Très peu d'entre eux utilisent des protocoles existants.

La formation des médecins et des paramédicaux mériterait d'être améliorée, car l'obésité est une maladie complexe et mal comprise.

Le rôle du médecin dans la prise en charge a été récemment précisé : l'amélioration de la formation théorique est un point important et cet aspect est à travailler au cours d'ateliers et de jeux de rôle qui sont déjà proposés dans certaines formations médicales continues.

4.2.2.10. Les perspectives d'avenir

Les choix thérapeutiques sont proposés en suivant les recommandations de bonnes pratiques cliniques, selon les règles de la médecine fondée sur les preuves. Il importe de **développer l'offre de soins** pour que les personnes obèses qui le demandent puissent bénéficier de programmes de prise en charge adaptés, tant à la phase initiale du traitement que durant la phase de stabilisation pondérale. **La prévention de la rechute devrait être envisagée de manière systématique.** Cela implique que le médecin traitant soit impliqué tout au long de la démarche et que les aspects éducatifs soient favorisés. **La création de centres de référence** pouvant bénéficier d'équipements adaptés doit être favorisée. [15]

Comment rendre plus efficace la politique de lutte contre l'obésité ? Consciente de la nécessité d'enrayer la progression des cas d'obésité dans sa population, la France a mis en place divers outils ou recommandations concernant le diagnostic, le traitement, la prise en charge et la prévention de l'obésité. Ces actions ont eu des effets ciblés mesurables, mais elles sont demeurées trop dispersées pour contrer véritablement l'épidémie.

L'étude menée par l'Inserm permet de dégager deux pistes pour améliorer l'efficacité des politiques menées : **une meilleure prise en compte de l'ensemble des déterminants de l'obésité et le renforcement des partenariats entre les différents acteurs impliqués dans la prévention et le traitement de l'obésité.**

La recherche dans ce domaine travaille sur un approfondissement des connaissances et de la détection des signes précoces de l'obésité et sur la recherche de médicaments pour la perte de poids. Mais le **développement des médicaments** destinés à soigner l'obésité, qui est une maladie chronique évolutive, se heurte à un blocage culturel lié aux accidents survenus dans le passé avec certaines molécules. Après les Etats-Unis, l'Europe est en passe de donner son feu vert à un nouveau médicament contre le surpoids et l'obésité. Le liraglutide, un analogue du GLP1 baptisé Saxenda ®, ce médicament est recommandé pour une utilisation en plus d'un régime réduit en calories et d'une activité physique régulière. [54]

Les actions à mener en faveur de la prise en charge des personnes obèses doivent donc se faire dans quatre directions : **améliorer les conditions d'accès aux soins des personnes en situation de précarité ou avec des problèmes de déplacements; améliorer la formation des médecins généralistes et promouvoir de nouveaux métiers**, en assurant des transferts de

compétence au profit notamment des diététiciens ; enfin, **mettre en place des centres de référence**, disposant d'équipements adaptés et chargés de l'éducation thérapeutique, de la formation et de la coordination des différents intervenants sur ce sujet.

Des actions spécifiques de communication et d'information pourraient être menées afin d'empêcher les Français d'adopter des comportements alimentaires anarchiques.

Il apparaît clairement que la prévention est la seule réponse possible mais que son efficacité ne peut se déployer dans l'urgence. Il s'agit en réalité d'un combat à mener à l'échelle d'au moins une génération et qui doit nécessairement intégrer la dimension internationale en raison tant de la standardisation des modes de vies que du poids des entreprises multinationales dans le secteur agroalimentaire. **Il faut une prise de conscience globale de la société.**

Outre la taille de la commune, la situation géographique est également déterminante ; on constate en effet une inégalité persistante entre les populations des régions du nord et de l'est d'une part, et celles du sud, moins sujettes à l'obésité d'autre part. [5]

Parallèlement, des actions concrètes doivent être entreprises afin de créer un environnement plus favorable à une alimentation saine, en mobilisant notamment les distributeurs et l'industrie agro-alimentaire autour de cet objectif de santé publique.

Le programme régional de lutte contre l'obésité 2014-2018 des ARS

Sous l'égide des ARS, cet objectif passe avant tout par l'organisation des filières de soins, des coordinations territoriales, et par l'adaptation des équipements dans un but d'accessibilité, de lisibilité et de gradation des soins incluant à sa juste place, le médecin traitant, le spécialiste libéral ou non, les établissements de santé, qu'ils assurent une activité médicale, chirurgicale, ou de soins de suite et de réadaptation.

Le rôle de la coordination des soins et de l'éducation thérapeutique du patient est singulièrement mis en avant pour décroiser les parcours et permettre aux patients de devenir acteurs de leur propre santé. Le plan Obésité comporte de nombreuses mesures concernant la prévention et vise à organiser l'offre de soins. L'appel à projet conduit par les Agences Régionales de Santé (ARS) à la suite de l'instruction du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du plan national nutrition santé (PNNS) 3 et du plan obésité a permis d'identifier **37 centres spécialisés pour la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère et pour l'organisation des filières de soins dans les régions.**

Le premier recours est assuré par le **médecin traitant et le pédiatre** en charge du dépistage des personnes à risque, du bilan et de la prise en charge initiale des personnes présentant une

obésité et du suivi et la cohérence des soins. Les médecins du travail, les médecins scolaires et de Protection Maternelle et Infantile (PMI) interviennent également dans ce niveau primordial de la prise en charge. Ils s'appuient sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiée le 6 octobre 2011.

Le second recours spécialisé est assuré par les **spécialistes** de la nutrition, les endocrinologues, les internistes, les chirurgiens et par les **établissements de santé publics et privés** pour une prise en charge médicale et/ou chirurgicale des patients atteints d'obésité, y compris les obésités sévères.

L'obésité est l'un des quatre thèmes prioritaires du Schéma Régional de Prévention (SRP) et le taux régional d'obésité des enfants est suivi au niveau national.

Pour la Picardie le territoire de la Somme a été choisi pour expérimenter le parcours obésité car il s'agit d'un des territoires prioritaires du Schéma Régional Prévention du Projet Régional de Santé. De plus, le CHU est le centre spécialisé obésité, un SSR obésité a été pré-identifié à Corbie et il existe une bonne dynamique entre acteurs.

L'offre existante est à développer dans chaque secteur et à promouvoir.

A ce jour, il n'existe pas de parcours formalisé. Différents acteurs existent sur le territoire mais ne sont pas coordonnés :

- Les médecins traitants diagnostiquent le surpoids ou l'obésité chez un patient mais ils ne disposent pas d'une prise en charge clairement identifiée à proposer au patient. Les consultations de diététiciennes et de psychologues sont à la charge du patient.
- Dans le territoire de santé Somme, il existe deux pôles d'éducation thérapeutique du patient (Amiens et Abbeville) qui accompagnent les patients pour qu'ils apprennent à gérer au mieux leur vie avec leur poids (apprendre à manger équilibré, apprendre à pratiquer une activité physique, gérer leur stress...). Ces pôles de prévention et d'éducation ont des programmes autorisés d'ETP pour la prise en charge de l'obésité et notamment de la chirurgie bariatrique.
- Les établissements de santé ainsi que les médecins spécialistes libéraux proposent des consultations d'endocrinologie et de nutrition.
- Dans le territoire de santé Somme, quatre établissements proposent de la chirurgie bariatrique (CHU, Polyclinique, Victor Pauchet, St Isabelle)
- Le SSR du CH de Corbie dispose de 6 lits pour accueillir les adultes souffrant d'obésité. Ils accueillent également les enfants et les adolescents en période scolaire.

Les besoins des médecins s'orientent surtout vers l'amélioration des réseaux de soins et de la prise en charge pluridisciplinaire. Afin d'améliorer la prise en charge psycho-comportementale et diététique, il est demandé le remboursement de la consultation diététique

et psychologique. En parallèle, un travail d'éducation alimentaire de toute la famille est à organiser à l'aide de campagnes de sensibilisation. Pour valoriser la prise en charge de l'obésité qui demande du temps aux médecins généralistes, il pourrait se mettre en place une codification spéciale, pour la consultation du patient obèse. Un point essentiel à développer est la formation des médecins généralistes dans plusieurs domaines. Notamment, il faut faire découvrir l'éducation thérapeutique aux médecins généralistes et aux différents intervenants de la prise en charge, les sensibiliser, renforcer les connaissances antérieures et mettre en place l'éducation thérapeutique en ville.

En deuxième recours, les médecins nutritionnistes et les diététiciens doivent s'engager résolument dans un travail pluridisciplinaire et pluri professionnel visant à construire un outil pragmatique pour faciliter le traitement de la personne atteinte de maladie chronique. Pour améliorer la démarche des parcours de soins, il serait intéressant d'organiser et de définir les conditions de valorisation des activités paramédicales, notamment dans les structures pluri-professionnelles (maisons de santé).

V. Conclusion

L'objectif de notre travail était de recueillir les ressentis et les pratiques des médecins généralistes de la Somme sur la prise en charge de l'obésité chez l'adulte.

Ce travail réalisé par des entretiens semi-dirigés, montre toute la complexité de la prise en charge de l'obésité.

L'obésité est une maladie. C'est une pathologie chronique complexe déterminée par des facteurs sociologiques, physiologiques, environnementaux, génétiques et psycho-comportementaux. Il semble y avoir peu de demandes directes des patients comparé à l'incidence de l'obésité. Les médecins ont souvent un long travail à faire avec leurs patients pour la prise de conscience de l'obésité maladie. L'obésité est en effet souvent révélée par l'arrivée de complications.

La prévention est à développer pour éviter l'installation de l'obésité. Mais il est aussi important de prendre en charge l'obésité, dès son installation, à n'importe quel âge de la vie, soit dès l'enfance ou dès l'adolescence, et chez l'adulte.

Tout d'abord, la prise en charge des patients obèses représente une part très importante de l'activité des médecins généralistes, ce qui souligne le rôle majeur que joue le médecin généraliste dans cette pathologie. Le médecin généraliste délivre les soins de premier recours, il intervient au niveau de la prévention, du dépistage, du diagnostic, du choix du traitement, de l'éducation thérapeutique, de l'écoute et du suivi.

Il est souhaitable d'amener peu à peu les patients à prendre conscience qu'il y a deux piliers pour le traitement. Ce sont les règles hygiéno-diététiques et l'activité physique, deux éléments essentiels à une prise en charge de l'obésité. Et comment leur faire comprendre ? Les médecins expriment bien leurs difficultés à sensibiliser les patients.

La prise en charge globale de l'obésité repose sur une équipe multidisciplinaire avec de nombreux intervenant médecins généralistes, médecins spécialistes, diététiciens, infirmiers, psychologues, psychiatres, kinésithérapeutes, coach sportif. Il est souhaitable que cette équipe acquiert un savoir faire en éducation thérapeutique et que cette équipe applique ce savoir faire sur les piliers fondamentaux de la prise en charge : l'activité physique et la nutrition.

Chaque prise en charge est unique et doit être personnalisée. L'éducation thérapeutique du patient permet, au patient de devenir acteur dans la prise en charge de sa pathologie. Le patient et le médecin forment alors une alliance pour atteindre des objectifs fixés.

La prise en charge psychologique est essentielle, en parallèle de la prise en charge médicale. En pratique, elle n'est pas souvent réalisée, la cause première est le non remboursement de la consultation psychologique. Mais il est aussi difficile de convaincre le patient à consulter sauf dans le cadre de la chirurgie bariatrique.

Certaines difficultés sont liées au parcours de soin : il s'agit de l'absence de remboursement de la consultation diététique par l'assurance maladie et des délais longs pour avoir un rendez vous avec le spécialiste.

Cependant, plusieurs pistes mentionnées par les médecins de l'enquête peuvent être explorées pour l'amélioration de la prise en charge de l'obésité en médecine générale.

Il s'agit de développer des réseaux de soins, et d'améliorer la prise en charge pluridisciplinaire. Pour cela un partenariat entre tous les professionnels de santé doit être renforcé, afin de réaliser un travail d'équipe multidisciplinaire. Dans cette équipe, les diététiciens et les psychologues sont des intervenants essentiels de la prise en charge. Malheureusement, une difficulté reste importante, le non remboursement de ces consultations. Pourtant il est essentiel de travailler sur les troubles psychologiques souvent associés à l'obésité et sur la diététique. Et il est indispensable que s'organise une meilleure prise en charge psycho-comportementale des patients obèses. Toute cette organisation multidisciplinaire doit se développer en secteur urbain mais surtout en secteur rural.

Un autre point soulevé est celui de développer les centres de référence dans chaque région, de les promouvoir et de les faire connaître auprès des médecins généralistes. En second recours, le médecin nutritionniste doit être plus sollicité et peut être même défini comme médecin référent. Mais il ne pourra pas faire face à l'ampleur des demandes de prise en charge. Il faut donc réfléchir à qui positionner au poste de référent, le médecin généraliste ?

D'autres difficultés sont liées au manque de temps et au manque de motivation des médecins généralistes.

Le manque de motivation des médecins généralistes est expliqué par le sentiment d'inefficacité et le manque de résultats pour ces prises en charge, d'où la nécessité de sortir de l'isolement et d'imaginer travailler autrement.

Le manque de temps est un frein à la prise en charge au long cours des patients obèses, mais il est aussi un frein à la formation professionnelle. Malgré cela, les médecins sont pour la plupart demandeurs de formations sur les moyens de communication, sur les techniques chirurgicales et les complications post-chirurgicales, sous forme de formations médicales

continues, de séminaires, par internet, ou encore de groupes d'échanges entre médecins et patients.

La chirurgie bariatrique donne de bons résultats à court terme, mais les médecins généralistes restent gênés par le manque de recul et le manque de formations sur les conséquences post-chirurgicales.

Les outils tels que les recommandations de la HAS et le PNNS restent encore très peu connus, et très peu utilisés dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. Les médecins généralistes devraient être informés du contenu de ces outils. Ces outils peuvent faire partie intégrante de la prise en charge pour renforcer les informations et les conseils donnés à certains moments clés de la prise en charge. Les guides du PNNS et de la HAS peuvent représenter des sources de documentation pour le patient comme pour le médecin généraliste.

Le « parcours de santé obésité idéal » se base sur les recommandations de la HAS, 3 niveaux de recours ont été identifiés en fonction de la sévérité de l'obésité. Actuellement, une expérimentation se déroule sur le territoire Picard. Le premier recours (ou prise en charge de proximité pour un contexte familial, psychologique et social favorable) sera adressé par le médecin traitant à un « référent obésité ». L'accompagnement du patient se fera sur une durée maximale de six mois avec prise en charge personnalisée via le référent obésité. Il sera également proposé au patient des consultations de diététicienne, de psychologue et des séances d'activité physique adaptée ou de kinésithérapie. L'expérimentation est menée sur 2 territoires : un territoire autour de la Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) de Warloy Baillon et le territoire de la Picardie maritime. [42] Il s'agit de suivre de près ces expérimentations et pourquoi pas de refaire un entretien avec les intervenants de ces MSP, pour évaluer les difficultés rencontrées, faire évoluer ces centres et les développer.

Glossaire

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AMAP : Associations pour le maintien d'une agriculture paysanne

AP-HP : Assistance publique-Hôpitaux de Paris

ARS : Agence régionale de santé

ATP III du NCEP : National Cholestérol Education Program – Adult Treatment Panel III

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DESC/DU : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires/ Diplôme Universitaire

DGS : Direction générale de la santé

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

ETP : Education thérapeutique

FDRCV : Facteur De risques CardioVasculaires

FMC : Formation Médicale Continue

GAJ : Glycémie à jeun

HAS : Haute Autorité de Santé

HGPO : Hyper Glycémie Provoquée Orale

HTA/TA : Hypertension Artérielle/ Tension Artérielle

IMC / BMI : Indice de Masse Corporelle / Body Mass Index

LDL/ HDL : Lipoprotéines de basse densité/lipoprotéines de haute densité

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

NCEP1 : National Cholestérol Education Program 1

OBEPI : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité

OMS / WHO : Organisation Mondiale de la Santé /World Health Organization

OSEAN : Obésité sévère de l'enfant et de l'Adulte dans le Nord/ Pas-de Calais

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PRS : Projet régional de santé

TG : Triglycérides

TH / TT : Tour de Hanche / Tour de Taille

SAHOS : Syndrome d'Apnées Hypopnées Obstructive du Sommeil

SOFFCO : **S**Ociété **F**rançaise et **F**rancophone de **C**hirurgie de l'**O**bésité et des **M**aladies **M**étaboliques

SROS : Schéma Régional d'Organisation de Soins

Bibliographie

- [1] Collège des enseignants de nutrition. Epreuves classantes nationales. Polycopié national 2009 Obésité de l'enfant et de l'adulte http://leweducen.fr/DCEM-ENC_files/PolycopNutrition2009.pdf
- [2] OMS Organisation mondiale de la santé Obésité et surpoids. [En ligne], Aide-mémoire N°311. Mis à jour en janvier 2015 Disponible sur <http://www.who.int/fr/>
- [3] Sauvanet J.-P., L'obésité et le surpoids chez l'adulte en France : l'enquête nationale ObEpi-Roche 2009. Médecine des maladies Métaboliques - Décembre 2009 - Vol. 3 - N°6
- [4] Quelle est l'ampleur du problème du surpoids en Europe? L'OMS le sait! Décembre 2012 FOOD TODAY <http://www.eufic.org/article/fr/artid/Quelle-est-lampleur-du-probleme-du-surpoids-Europe-IOMS-le-sait/>
- [5] Basdevant A. ObEpi-Roche 2012 : enquête nationale sur l'obésité et le surpoids [en ligne] http://www.roche.fr/medias/actualites/enquete_ObEpi-Roche_2012_la_progression_de_l_obesite_ralentit_en_france.html
- [6] Enquête Insee. La Picardie face à des enjeux importants en matière de santé- Picardie: diagnostic et perspectives 53-57 [en ligne] disponible sur http://www.insee.fr/fr/insee_regions/picardie/themes/dossier/diagetperspectives/PDP_dh_sant%C3%A9.pdf
- [7] Has - Haute autorité de santé [en ligne], Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Les recommandations de bonnes pratiques. Mis à jour en septembre 2011. Disponible sur <http://www.has-sante.fr>
- [8] Ménard J. Surveillance de l'hypertension artérielle en France BEH Invs- 16 décembre 2008 / n° 49-50 en ligne sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>
- [9] Has - Haute autorité de santé [en ligne]. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Argumentaire. Les recommandations de bonnes pratiques. Mis à jour en juillet 2005. Disponible sur www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1098716/en/hta-2005-argumentaire
- [10] L'obésité augmente le risque d'ostéoporose juillet 2013 en ligne disponible sur www.topsante.com › Médecine › Os et muscles › Ostéoporose
- [11] Dalichaouch-Benchoui Épidémiologie de l'obésité de l'adulte constantinois : une description socio-démographique S61 Abstracts / Nutrition clinique et métabolisme 25 (2011) S51–S153 / Cahiers de nutrition et de diététique 46 (2011) S52–S15
- [12] Charles M.A.L'obésité : que nous dit l'épidémiologie ? Cahier nutrition et de diététique 2011 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française de nutrition. 46 167-172
- [13] Ananya Mandal M.Obésité et Troubles Respiratoires-News medical Avril 2013 disponible sur [http://www.news-medical.net/health/Obesity-and-respiratory-disorders-\(French\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Obesity-and-respiratory-disorders-(French).aspx)
- [14] PNNS programme national nutrition 2011-2015 [en ligne], Mis à jour en 2011. Disponible sur le site du Ministère des affaires sociales et de la santé. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
<http://www.mangerbouger.fr/pnns/pnns-2011-2015.html>
- [15] La prévention et la prise en charge de l'obésité. Enregistré à la présidence de l'assemblée nationale le 5 octobre 2005 Annexe au procès-verbal de la séance du 5 octobre 2005

Disponible sur http://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-008_mono.html
<http://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-00821.html>

[16] Plan Obésité [en ligne]

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf

[17] Le programme régional de lutte contre l'obésité 2014-2018 par l'ARS [en ligne]

http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/Consultation/Programme_Regional_Obesite_2014_-_2018_V07-01-2014.pdf

[18] Warembourg H. Coordination des soins ville-hôpital en chirurgie ambulatoire : représentations des patients. Thèse de médecine générale de Lille2. Etude qualitative réalisée dans le Nord - Pas de Calais. 2014

[19] OMS Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. [en ligne] Disponible sur http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/2-1_recommandations_aps_oms.pdf

[20] De Neckere C. article paru dans le Psychologos Nr.1/2010 [en ligne] Disponible sur <http://www.entretienmotivationnel.be/2010/10/lentretien-motivationnel-em-2%C3%A8me-partie.html>

[21] Binart Ecal H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. Thèse de médecine générale de Nantes soutenue et présentée publiquement octobre 2007 [en ligne] http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/767/fichier_hbinard_these109be.pdf

[22] Has-Haute autorité de santé [en ligne], Prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Les recommandations de bonnes pratiques. Mis à jour janvier 2009. Disponible sur <http://www.has-sante.fr>

[23] Masurier-Château J.A. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la prise en charge de l'obésité en Auvergne. Thèse de médecine générale à Clermont-Ferrand soutenue et présentée publiquement en novembre 2011

[24] Gandolphe M. Prise en charge du surpoids chez l'adulte en médecine générale : enjeux et difficultés. Thèse de médecine générale à Toulouse soutenue et présentée publiquement en novembre 2011

[25] Da Silva Pires É. Opinions et expériences des médecins généralistes concernant la chirurgie bariatrique étude qualitatives par entretiens semi-dirigés Thèse de médecine générale la faculté de Tours présentée et soutenue publiquement le 11 mars 2011[en ligne] disponible sur www.applis.univ-tours.fr/.../Medecine/Theses/2011_Medecine_DaSilvaEmi

[26] Bouchez T. Prise en charge du patient obèse dans les Nord-Pas-de-Calais : fonctionnement de la triangulation entre le patient le médecin généraliste et le réseau OSEAN. Etude qualitative des représentations chez les médecins généralistes ayant un patient à OSEAN. Thèse de médecine générale à Lille soutenue et présentée publiquement en 2010

[27] A. Basdevant. Traitement de l'obésité : le point de vue du médecin d'adulte. Management of obesity in adulthood.© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés. doi:10.1016/j.arcped.2004.03.068. Archives de pédiatrie 11 (2004) 625–627. www.elsevier.com/locate/arcped.

[28] Bocquier A., Paraponaris A., Gourheux J-C., Lussault P-Y., Basdevant A., Verger P., La prise en charge de l'obésité. Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA; résultats d'une enquête téléphonique. © 2005, Masson, Paris Presse Med 2005; 34: 769-75

- [29] Bacchetta C. Pourquoi est-il si difficile de faire maigrir durablement les obèses? Revue: Pratiques en nutrition N°27. juillet-septembre 2011. Pages 56-61.
- [30] Fayemendy P., Avodé Z., Pivois L., De Rouvray C., Jésus P., Desport J-C., Prise en charge de l'obésité: quel est le niveau de formation des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne et comment perçoivent-ils leur pratique? Elsevier Masson. Cahiers de nutrition et de diététique (2011) 46, 199—205. www.em-consulte.com.
- [32] Avode Z. La prise en charge de l'obésité : Attitudes et pratiques des médecins généralistes en Haut Vienne. [en ligne] Thèse de médecine générale de la faculté de Limoges présentée et soutenue publiquement le 17 Novembre 2010
- [33] Bocquier A., Boullu-Ciocca S., Verger P., Oliver C. Obésité: où en sommes-nous? Presse Med 2006; 35: 270-6 © 2006, Masson Paris tome 35 > n°2 > février 2006 > cahier 2 en ligne sur/ www.masson.fr/revues/pm
- [34] Bocquier A.- Paraponaris A.-Gourheux J-C.-Lussault P-Y.- Basdevant A.- Verger P., La prise en charge de l'obésité Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA; résultats d'une enquête téléphonique. © 2005, Masson, Paris 18 juin 2005 •tome 34• n°11 Presse Med 2005; 34: 769-75
- [35] Charles M.A. Basdevant A. L'obésité et le surpoids chez l'adulte en France : l'enquête nationale ObÉpi-Roche 2009 Médecine des maladies Métaboliques - Décembre 2009 - Vol. 3 - N°6
- [36] Basdevant A. Prise en charge de l'obésité : les centres référents pour la prise en charge de l'obésité à l'AP-HP Médecine des maladies Métaboliques - Juin 2007 - Vol.1- N°2 page 11
- [37] Vasseur S. Traitement de l'obésité : le point de vue du médecin d'adulte. Thèse de médecine générale présentée et soutenue publiquement à Nantes en octobre 2007
- [38] Basdevant Traitement de l'obésité : le point de vue du médecin d'adulte Disponible sur internet le 08 mai 2004 Archives de pédiatrie 11 (2004) 625–627
- [39] BEH. Numéro thématique: La surveillance nutritionnelle en France p. 73. N° 18-19/2003. 9 avril 2003.
- [40] Billig A. Représentation des adultes obèses concernant les causes et les moyens de prise en charge de l'obésité. Place du médecin généraliste. Thèse de médecine générale de la faculté d'Amiens présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2010
- [41] Lalau J-D., Bernasconi S., Sallé P., Les pôles de prévention et d'éducation du patient de Picardie Partie 1. L'historique du processus. Médecine des maladies Métaboliques - Février 2015 - Vol. 9 - N°1 Épidémiologie, coûts et organisation des soins
- [42] Parcours de santé Obésité 2015 en ligne sur <http://www.ars.picardie.sante.fr/Parcours-de-sante-Obesite.181287.0.html#>
- [43] Assurance maladie. Surpoids chez l'enfant et l'adolescent. Article mis à jour le 22 octobre 2013 en ligne disponible sur www.ameli.fr
- [44] Duret O. Les difficultés d'abord de l'obésité en consultation de médecine générale réalisée en Franche-Comté. Etude qualitative transversale. Thèse de médecine générale de la faculté de Franche-Comté présentée et soutenue publiquement en 2013
- [45] Has-Haute autorité de santé [en ligne], Education thérapeutique du patient. Les recommandations de bonnes pratiques. Mis à jour juin 2007. Disponible sur <http://www.has-sante.fr>
- [46] Chirurgie de l'obésité : analyse des pratiques et de leur pertinence, Etude sur la chirurgie bariatrique en 2011 de l'assurance maladie, point d'information paru le 21 février 2013 en ligne sur www.ameli.fr

[47] Van der Schueren Etévé M. , Courtalhac F. Sensibilisation des Médecins Généralistes à l'Éducation Thérapeutique du Patient, 4^{ème} journée d'éducation thérapeutique régionale du patient par le réseau picard pour la prévention et l'éducation thérapeutique du patient. En ligne sur <http://www.ars.picardie.sante.fr/>

[48] Basdevant A., Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé publié le 15 novembre 2013.

[49]ARS Réseau sport santé bien-être « Picardie en Forme » : programme de formation « Sport santé » en ligne sur <http://www.ars.picardie.sante.fr/Reseau-Sport-Sante-Bien-etre.158680.0.html>

[50]Dépinoy D. Cahier des charges et labellisation des projets de regroupement pluriprofessionnel 26 Novembre 2011. URPS de Picardie des médecins libéraux

[51] Le parcours d'accompagnement Picardie en forme. Picardie en Forme - Réseau Sport Santé Bien-être. En ligne sur <http://picardie.franceolympique.com/>

[52]SOFFCO **SO**ciété Française et Francophone de Chirurgie de l'**O**bésité et des **M**aladies **M**étaboliques. En ligne sur <http://www soffcomm.fr/>

[53] Has-Haute autorité de santé [en ligne], Gastrectomie longitudinale [sleeve gastrectomy] pour obésité. Les recommandations de bonnes pratiques. Mis à jour février 2008. En ligne sur <http://www.has-sante.fr>

[54] Association française pour l'étude du foie. Liraglutide : un médicament pour traiter l'obésité ! En ligne sur <http://www.afef.asso.fr/>

[55] Bertrand M. Le Médecin traitant et la chirurgie de l'obésité : Enquête auprès d'un panel de médecins généralistes de l'Hérault. Thèse de médecine générale de la faculté de Montpellier présentée et soutenue publiquement en 2013

[56] A. Dhahri, P. Verhaeghe, H. Hajji, D.Fuks, R. Badaoui, J.-B. Deguines, J.-M. Regimbeau, Gastrectomie longitudinale ou sleeve gastrectomie: technique et résultats. Journal de Chirurgie Viscérale (2010) 147S, S36-S44

ANNEXES

ANNEXE 1

Grille d'entretien

Identification du médecin généraliste

- Age sexe
- Lieu d'exercice rural, semi-urbain, urbain
- Avez-vous suivi une formation particulière en nutrition et /ou en éducation thérapeutique ?

PATIENT OBESE

1) Comment abordez-vous le sujet de l'obésité avec un patient ?

A- Quand il n'en parle pas ?

B- Quand c'est le patient qui en parle ?

2) Quelles difficultés rencontrez-vous pour prendre en charge un patient obèse ? Vous sentez vous bien préparé ?

3) Est-ce que vous utilisez des moyens d'informations pour aborder le sujet ?

4) Quel ressenti avez-vous sur les résultats de la prise en charge de l'obésité en médecine générale ?

5) Avez-vous des outils ou des manières de faire pour surmonter les difficultés de la prise en charge de l'obésité chez l'adulte ? Imaginez-vous des stratégies ?

6) En quoi pour vous le patient obèse est un patient particulier ?

PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE

7) Comment pratiquez vous une prise en charge, est ce que vous la réalisez seul ? Avez-vous un réseau ?

8) Pour vous, quel est le rôle du médecin traitant dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte ?

9) Pour vous, quel sont les critères qui permettent de dire que le traitement de l'obésité est efficace ?

10) Quels obstacles vous rencontrez pour adresser un patient vers un confrère spécialiste ou vers des structures spécialisées dans la prévention, pour une prise en charge de l'obésité ?

11) Est-ce que vous connaissez les outils de l'HAS ? Que vous apportent dans votre pratique les outils édités par la HAS sur l'obésité de l'adulte dans les soins de premiers recours ?

CHIRURGIE BARIATRIQUE

12) Quelle expérience avez-vous de la chirurgie bariatrique ? Avez-vous des patients qui ont eu une prise en charge chirurgicale ? Quel est le ressenti de ces patients ?

13) Quelle place avez-vous dans le parcours de soins d'un patient opéré de chirurgie bariatrique ?

PERSPECTIVE D'AVENIR

14) Parmi les correspondances que vous recevez des spécialistes, quelles informations aimeriez-vous recevoir ?

15) De quoi avez-vous besoin pour une meilleure prise en charge de l'obésité ?

16) Quel type de formation pourrait vous intéresser, pour vous aider dans la prise en charge de l'obésité ?

Les ressentis et les pratiques des médecins généralistes de la Somme dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte

Introduction : L'obésité est un problème de santé publique majeur. La prévalence augmente constamment. L'OMS parle d'une véritable épidémie. Un changement profond des comportements semble nécessaire.

Méthode : J'ai réalisé une étude qualitative par entretien semi-dirigé auprès de médecins généralistes de la Somme. L'objectif a été d'étudier les ressentis et les expériences des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte.

Résultats : Onze médecins généralistes ont participé. L'abord du sujet du poids, par les médecins généralistes est difficile. La communication et la bonne relation médecin-malade sont essentielles. Les médecins généralistes offrent des soins de premiers recours. Leurs rôles sont multiples : prévention, dépistage, diagnostic, traitement, écoute et suivi. Les médecins souhaitent un travail multidisciplinaire pour une prise en charge de l'obésité. En deuxième recours, les patients sont orientés vers des spécialistes ou des pôles de prévention. Mais le fonctionnement de ces pôles et l'éducation thérapeutique ne sont pas bien connus des médecins généralistes. La chirurgie bariatrique donne de bons résultats, surtout pour la sleeve gastrectomie. Mais les médecins généralistes ont besoins d'informations pour bien orienter vers la chirurgie.

Discussion : Le médecin généraliste doit rester le médecin référent lors du parcours de soins du patient obèse. L'organisation territoriale est nécessaire pour permettre d'une part un accès aux soins plus aisé dans les trois niveaux de recours et d'autre part une meilleure coordination entre professionnels de santé.

Conclusion : Les médecins généralistes ont besoin de mieux connaître les recommandations et l'organisation de l'offre de soins. Un parcours obésité est en cours d'expérimentation en lien avec l'ARS. Les médecins généralistes ont conscience de la nécessité de travailler en équipe multidisciplinaire autour de cette problématique. Les maisons de santé pluri-professionnelles se développent et peuvent offrir cette possibilité à l'image de ce qui est organisé en 2ème et 3ème recours dans les pôles de prévention et les centres de référence.

Mots clés : Médecins généralistes, obésité, adulte, ressentis, entretiens semi-dirigés.

The feelings and practices of general practitioners of the Somme in the treatment of obesity in adults

Introduction: Obesity is a major public health problem. The prevalence is constantly increasing. WHO speaks of an epidemic. A radical change in behavior seems necessary.

Method: I realized a qualitative study with semi-structured interviews with general practitioners of the Somme. The objective was to study the feelings and experiences of general practitioners in the treatment of obesity in adults.

Results: Eleven general practitioners participated. The first topic of weight, by general practitioners is difficult. Communication and good doctor-patient relationship is essential. General practitioners provide care to primary care. Their roles are many : prevention, screening, diagnosis, treatment, monitoring and listening. Doctors want a multidisciplinary working for a management of obesity. In the second action, the patients are referred to specialists or centers of prevention. But the operation of these centers and therapeutic education are not well known to general practitioners. Bariatric surgery gives good results, especially for the sleeve gastrectomy. But General practitioners have information needs to orient to surgery.

Talk: The General practitioner must remain the gatekeeper at the obese patient care pathway. The territorial organization is required to allow the one hand easier access to care in three levels of appeal and also better coordination between health professionals.

Conclusion: General practitioners need to better understand the recommendations and the organization of health care delivery. Obesity is a course being tested in connection with the ARS. General practitioners are aware of the need to work in multidisciplinary teams around this problem. Professional multi nursing homes are developed and can offer this possibility in the image of which is organized in 2nd and 3rd in the poles used for prevention and referral centers.

Keywords: General practitioners, obesity, adult, felt, semi-structured interviews.