



HAL
open science

Prise en charge diététique des patients en surpoids et obèses : étude des pratiques des médecins généralistes picards en 2018

Adrien Cagny

► **To cite this version:**

Adrien Cagny. Prise en charge diététique des patients en surpoids et obèses : étude des pratiques des médecins généralistes picards en 2018. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02078826

HAL Id: dumas-02078826

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02078826>

Submitted on 25 Mar 2019

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.

Université de Picardie Jules Vernes

Faculté de médecine d'Amiens

Année 2018

Thèse N° 2018 - 88

DOCTORAT EN MEDECINE

Spécialité : Médecine Générale

par

Adrien CAGNY

né le 16/12/1989 à Amiens

Présentée et soutenue publiquement le 11 Septembre 2018

**Prise en charge diététique des patients en
surpoids et obèses : Etude des pratiques des
médecins généralistes picards en 2018**

Président de Jury:

Monsieur le Professeur Eric HAVET

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Marcel PELTIER

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Monsieur le Docteur Mathurin FUMERY

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles LEGROUX

Université de Picardie Jules Vernes
Faculté de médecine d'Amiens

Année 2018

Thèse N° 2018 - 88

DOCTORAT EN MEDECINE
Spécialité : Médecine Générale

par

Adrien CAGNY

né le 16/12/1989 à Amiens

Présentée et soutenue publiquement le 11 Septembre 2018

**Prise en charge diététique des patients en
surpoids et obèses : Etude des pratiques des
médecins généralistes picards en 2018**

Président de Jury:

Monsieur le Professeur Eric HAVET

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Marcel PELTIER

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Monsieur le Docteur Mathurin FUMERY

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles LEGROUX

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Eric HAVET
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Anatomie
Assesseur du Premier Cycle

*Je tiens en tout premier lieu à vous remercier,
vous qui me faites l'immense honneur de présider ce jury de thèse,
veuillez trouver en ce travail l'expression de tout mon respect et ma gratitude.*

A Monsieur le Professeur Marcel PELTIER
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Thérapeute)

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse,

Merci pour l'intérêt que vous porterez à sa lecture.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Claire ANDREJAK
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pneumologie)

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail.

Merci de l'intérêt que vous porterez à sa lecture.

Soyez assurée de mon respect le plus sincère.

A Monsieur le Docteur Mathurin FUMERY
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
(Gastro-entérologie)

*Je te remercie d'avoir accepté de juger cette thèse et de faire parti des membres du jury.
C'est pour moi un honneur et une immense joie.
Sois assuré de mon immense gratitude.*

A Monsieur le Docteur Charles LEGROUX
Médecin Généraliste

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail.

Merci pour vos précieux conseils.

Merci d'avoir rendu ces 2 mois de pratiques de la médecine générale ensemble si enrichissants.

Soyez assuré de ma gratitude éternelle.

A ma chérie, ma femme, celle qui m'aura poussé à donner le meilleur de moi même tout au long de toutes ces années d'études. Je lui dois tellement, elle aura énormément contribué à ma réussite de par son soutien infaillible et son amour infini.
Je t'aime plus que tout.

A ma mère, à qui je dois cette petite phrase qui me murmure de travailler et qui résonne encore dans ma tête du haut de mes 28 ans. Merci de m'avoir inculqué ton sérieux et ton calme. Bisous ma mamounette.

A mon père, qui m'aura transmis son esprit combatif et de compétition, merci d'avoir fait de moi l'homme que je suis devenu. Je sais que de là ou tu es, tu es fier de ton fils. Bisous mon papoune.

A mon petit frère, qui saura toujours me rappeler qu'il y a toujours plus grave dans la vie, c'est pour moi un exemple de sérénité (parfois un peu trop d'ailleurs). Bisous mon bro.

A mes deux grandes sœurs, aimantes et protectrices, qui seront toujours là pour moi si j'en ai le besoin. Bisous mes sœurette d'amour.

A toute ma famille, avec qui j'ai tant partagé depuis ma plus tendre enfance et avec qui j'ai créé tant de souvenirs.

A la famille Roullier, pour leur soutien et leur bienveillance, merci de m'avoir accueilli au sein de votre merveilleuse famille.

Aux GoriZoire, vous avez su rendre ces années d'études tellement exceptionnelles, j'ai tant fait à vos côtés. A jamais poilus dans l'âme.

A tous mes amis, merci d'avoir toujours été là pour moi, merci pour votre amitié sans faille, merci d'exister.

Merci à tous les médecins et internes qui ont croisé ma route, vous avez été d'excellents partenaires de randonnée.

LISTE DES PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS UFR

Mme le Professeur Claire ANDREJAK Pneumologie
M.le Professeur Jérôme AUSSEIL C.B.H - Biochimie spécialisée
M.le Professeur Pascal BERNA Chirurgie Thoracique
M.le Professeur Moncef BEN KHALIFA CBH - Biologie de la Reproduction
M.le Professeur Patrick BERQUIN Pédiatrie
M.le Professeur Frédéric BLOCH Gériatrie
M.le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ Pédiatrie
Mme le Professeur Sandrine CASTELAIN CBH - Bactériologie, Virologie
M.le Professeur Thierry CAUS Chirurgie Cardiaque
M.le Professeur Denis CHATELAIN Anatomie Pathologique
M.le Professeur Bruno CHAUFFERT Oncologie médicale
M.le Professeur Gabriel CHOUKROUN Néphrologie
M.le Professeur Jean-Marc CONSTANS Radiologie
M.le Professeur Henri COPIN C.B.H - Cytogénétique
M.le Professeur Hervé DERAMOND Radiologie
M.le Professeur Alain DERVAUX Psychiatrie et Psycho. Médicale
M.le Professeur Bernard DESABLENS Hématologie – transfusion
Mme le Professeur Rachel DESAILLOUD Endocrinologie
M.le Professeur Bernard DEVAUCHELLE Chir maxil faciale et stomato
M.le Professeur Djamel-Dine DJEDDI Pédiatrie
M.le Professeur P-Louis DOUTRELLOT M.P.R.A
M.le Professeur Pierre DUHAUT Médecine interne
M.le Professeur Hervé DUPONT Anesthésie réanimation
M.le Professeur Patrice FARDELLONE Rhumatologie
M.le Professeur Antoine GABRION Chir. Ortho-Traumatologique
M.le Professeur Antoine GALMICHE C.B.H - Biochimie spécialisée
M.le Professeur Olivier GANRY Epidémiologie et santé publique
M.le Professeur Loïc GARÇON Hématologie – transfusion
M.le Professeur Maxime GIGNON Epidémiologie et santé publique
M.le Professeur Olivier GODEFROY Neurologie

M.le Professeur Vincent GOEB Rhumatologie
M.le Professeur Jean GONDRY Gynécologie Obstétrique
M.le Professeur Richard GOURON Chirurgie infantile
M.le Professeur Jean-Marc GUILLE Pédiopsychiatrie
M.le Professeur Eric HAVET Anatomie
M.le Professeur Jean-Sylvain HERMIDA Cardiologie
M.le Professeur Olivier JARDE Méd légale et sociale
M.le Professeur Vincent JOUNIEAUX Pneumologie
M.le Professeur Pierre KRYSTKOWIAK Neurologie
M.le Professeur Claude KRZISCH Radiothérapie Curiéthérapie
M.le Professeur J-Daniel LALAU Endocrinol-mal méta-nutrition
M.le Professeur Kaïss LASSOUED Néphrologie
M.le Professeur Laurent LEBORGNE Cardiologie
Mme le Professeur Catherine LOK Dermatologie et vénéréologie
M.le Professeur Emmanuel LORNE Anesthésie réanimation
M.le Professeur J-Michel MACRON E.F.S.N
M.le Professeur Yazine MAHJOUB Anesthésie réanimation
M.le Professeur Julien MAIZEL Réanimation Médicale
Mme le Professeur Cécile MANAOUIL Médecine Légale
M.le Professeur Jean-Pierre MAROLLEAU Cancérologie
M.le Professeur Patrice MERTL Chirurgie Orthopédique
M.le Professeur Marc-Etienne MEYER Méd nucléaire
Mme le Professeur Solange MILAZZO Ophtalmologie
M.le Professeur Eric NGUYEN-KHAC Gastroentérologie
M.le Professeur Cyril PAGE O.R.L.
M.le Professeur Johann PELTIER Anatomie
M.le Professeur Marcel PELTIER Thérapeutique
M.le Professeur Jean-Marc REGIMBEAU Chirurgie Digestive
M.le Professeur Thierry REIX Chirurgie vasculaire
M.le Professeur Jacques ROCHETTE C.B.H – Génétique
M.le Professeur Fabien SAINT Urologie
M.le Professeur J-Luc SCHMIT mal. infect - mal. Tropicales
M.le Professeur Fabrice SERGENT Gynécologie Obstétrique
M.le Professeur Henri SEVESTRE Anatomie Pathologique

Mme le Professeur M-Antoinette SEVESTRE-PIETRI Médecine vasculaire
M.le Professeur Raphaël SINNA Chir. Plastique et Reconstructrice
M.le Professeur Michel SLAMA Réa. médicale néphrologique
M.le Professeur Vladimir STRUNSKI O.R.L.
Mme le Professeur Sylvie TESTELIN Chir Maxil faciale et stomato
Mme le Professeur Anne TOTET Parasitologie et Mycologie
M. le Professeur Pierre TOURNEUX Pédiatrie
M.le Professeur Patrick TOUSSAINT Neurochirurgie
M.le Professeur Christophe TRIBOUILLOY Service de Cardiologie
M.le Professeur Jean-Noël VALLEE Radiodiagnostic
M.le Professeur Fabrice WALLOIS E.F.S.N
Madame Carole AMANT
Madame Stéphanie AUSSEIL-TRUDEL Biochimie
Monsieur Olivier BALEDENT Méd. Nucléaire et Trait de l'image
Docteur Youssef BENNIS Pharmacologie fondamentale
Madame Agnès BOULLIER C.B.H - Biochimie spécialisée
Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL Physiologie
Docteur Rosalie CABRY-GOUBET Biologie de la Reproduction
Madame Estelle CADET C.B.H – Génétique
Docteur Céline DAMIANI Parasitologie
Docteur Catherine DOUTRELLOT Méd du Trav et des Risques Pro
Docteur Isabelle EL ESPER-GREGOIRE Méd. Nucléaire in vivo
Docteur Pascal FOULON Anatomie
Madame Catherine FRANCOIS Virologie
Docteur Mathurin FUMERY Gastro-entérologie
Madame Marlène GALLET Biologie Cellulaire
Madame Brigitte GUBLER Immunologie
Docteur Michel LEFRANC Neurochirurgie
Docteur Charles SABBAGH Chirurgie Digestive
Docteur Jean SCHMIDT Médecine Interne
Docteur Catherine SZYMANSKI Cardiologie

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	5
LISTE DES PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS UFR.....	11
TABLE DES MATIERES.....	15
INTRODUCTION.....	17
MATERIEL ET METHODE.....	20
1. Type d'étude.....	20
2. Objectifs de l'étude.....	20
3. Population cible.....	20
4. Recueil de données.....	21
A) Élaboration du questionnaire.....	21
B) Validation du questionnaire.....	21
C) Envoi du questionnaire.....	21
5. Analyse statistique des données.....	22
RESULTATS.....	23
1. Données socio-démographiques de la population étudiée.....	24
2. Etude des pratiques des médecins généralistes.....	25
3. Etude de la collaboration entre les médecins généralistes et les diététicien(ne)s.....	33
4. Problématiques de santé publique	37
DISCUSSION.....	39
Forces et faiblesses de l'études.....	39
Analyse des résultats.....	40
Données démographiques.....	40
La prise en charge du surpoids par les médecins généralistes.....	40
La collaboration des médecins généralistes avec les diététicien(ne)s.....	43
Problème de santé publique	44
CONCLUSION.....	46
BIBLIOGRAPHIES.....	47
ANNEXES.....	49
RESUME.....	57

INTRODUCTION

L'éducation nutritionnelle est une préoccupation croissante du fait de l'augmentation de la fréquence des pathologies en lien avec l'alimentation : l'obésité, les maladies cardiovasculaires, certains cancers, l'ostéoporose...

Tout semble indiquer aujourd'hui que la prévalence du surpoids et de l'obésité augmente partout dans le monde à un rythme alarmant. Les pays développés comme les pays en développement sont touchés [1].

Le surpoids et l'obésité sont définis comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse pouvant nuire à la santé ». L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit le surpoids comme correspondant à un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 25 et l'obésité comme un IMC égal ou supérieur à 30. [2]

Autrefois réservé aux pays à revenus élevés, l'obésité existe désormais dans les pays à revenus plus modérés. En 2016 l'OMS enregistrait 1,9 milliards d'adultes en surpoids dont 650 millions d'obèses [2]. Chaque année, ce sont près de 2,8 millions de personnes qui décèdent des conséquences du surpoids ou de l'obésité [2].

En 2016, en France, la prévalence du surpoids était de 41,0% et 25,3%, respectivement, chez les hommes et les femmes. La prévalence de l'obésité globale était de 15,8% pour les hommes et de 15,6% pour les femmes [3].

De nombreuses études ont montré l'intérêt des conseils nutritionnels pour modifier les habitudes alimentaires, diminuer l'IMC et améliorer les facteurs de risques cardio-vasculaires. Ainsi la nutrition est devenue une cible prioritaire de la politique de santé publique avec le lancement en 2001 du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Il sera prolongé en 2006 par le PNNS2. Il fixe des objectifs concernant les apports alimentaires pour couvrir les besoins en nutriments, mais aussi la dépense énergétique [4].

Une alimentation saine est essentielle pour favoriser un bon état de santé. Elle conduit à réduire le risque de survenue de pathologies, à améliorer la qualité de vie, voire réduire les coûts liés à la santé. La médecine générale est un cadre privilégié et adapté pour élaborer des approches en matière de conseils nutritionnels [5]; en effet, les médecins généralistes rencontrent un large éventail de la population (environ 90%). Le champ de la médecine générale se définit par des missions spécifiques dont celles relevant de la prévention et de l'éducation à la santé. A ce titre,

l'approche nutritionnelle s'intègre dans cette mission. Par ailleurs, les pathologies liées aux désordres nutritionnels relèvent de l'activité de soins des médecins de premier recours. En résumé, la tâche du médecin généraliste est le dépistage des sujets à risque nutritionnel, leur information, leur éducation à la santé, et la prise en charge des maladies afférentes dont ils pourraient souffrir. Le cadre de l'exercice du médecin généraliste en qualité de soignant de premier recours a pour conséquence la multiplication des rencontres avec la patientèle et donne ainsi l'opportunité des échanges et des messages en matière de nutrition. [5,6,7,8]

Selon une autre enquête réalisée en 2006 par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) auprès de 300 médecins généralistes, la nutrition est un sujet qui préoccupe de plus en plus les Français, nombreux à solliciter des conseils. Sept médecins généralistes sur dix déclarent être fréquemment interrogés sur la nutrition. Les praticiens engagent également eux-mêmes de plus en plus les échanges en la matière avec leurs patients. [9]

La plus grande surreprésentation de pathologies chroniques parmi les personnes souffrant de surcharge pondérale entraîne une surconsommation de dépenses de santé. Tandis qu'elles représentent 15 % de la population, les personnes obèses représentent 22,1 % des dépenses de services et produits de santé en ville, tandis que les 32,3 % des personnes en surpoids y contribuent pour 33,9 %.

Il est recommandé de repérer systématiquement à la première consultation puis régulièrement l'obésité chez les patients consultant en médecine générale.

L'obésité est une maladie chronique, l'excès de poids augmente la morbidité, et on considère que la mortalité totale augmente à partir d'un IMC ≥ 28 kg/m² sauf pour les patients âgés.

Il faut souligner l'intérêt de la perte de poids chez des personnes ayant une obésité pour réduire les comorbidités associées. [10]

En particulier, il est reconnu qu'une perte de poids de 5 % à 10 %, maintenue :

- améliore le profil glucidique et lipidique ;
- diminue le risque d'apparition du diabète de type 2 ;
- réduit le handicap lié à l'arthrose ;
- réduit la mortalité toutes causes confondues, la mortalité par cancer et la mortalité par diabète dans certains groupes de patients ;
- diminue la pression sanguine ;
- améliore les capacités respiratoires des patients avec ou sans asthme.

Un patient en excès de poids doit faire l'objet d'une prise en charge spécifique par le médecin généraliste dans le cadre de consultations dédiées avec un suivi programmé. Cette prise en charge de l'obésité est fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient.

Si les objectifs thérapeutiques ne sont pas atteints malgré la prise en charge, au bout de 6 mois à un an le médecin peut faire appel à d'autres professionnels en accord avec le patient, et tout en continuant à le suivre (diététicien ou médecin spécialisé en nutrition, psychologue et/ou psychiatre, professionnels en activités physiques adaptées). [10]

Plus de 8 500 diététiciens exercent en France. 30% d'entre eux travaillent en libéral, 50% sont salariés hospitaliers et 20% sont salariés d'autres structures [11]. Ces professionnels paramédicaux agissent sur plusieurs domaines de la santé, dont celui d'assurer le traitement diététique et l'éducation nutritionnelle des patients et de leur famille en fonction de la pathologie. Leur cœur de métier est de « Dispenser des conseils nutritionnels et, sur prescription médicale, participer à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients atteints de troubles du métabolisme ou de l'alimentation, par l'établissement d'un bilan diététique personnalisé et une éducation diététique adaptée ». (Art. L 4371-1 de la Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007).

Les médecins généralistes peuvent travailler en collaboration avec les diététicien(ne)s afin de prodiguer aux patients en surpoids et obèses les meilleurs conseils et un meilleur suivi.

Mais comment se passe la collaboration entre ces professionnels de santé ?

L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge des patients en surpoids et obèses par les médecins généralistes picards.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, analytique et transversale.

2. Objectifs de l'étude

- L'objectif principal de cette étude était d'étudier et analyser la prise en charge des patients en surpoids et obèses par les médecins généralistes picards.
- L'objectif secondaire était d'étudier et analyser la place que les médecins généralistes donnent aux diététicien(ne)s dans cette prise en charge;

3. Population cible

Les médecins généralistes ont été identifiés par différentes méthodes : contact de réseaux de médecins installés, réseaux de formation médicale continue, réseaux de plannings de garde de médecins généralistes, réseaux entre remplaçants et via confrères récemment thésés.

Nous avons choisi comme critères d'inclusion :

- Être médecin généraliste
- Exercer dans l'un des départements suivant : Somme, Aisne, Oise
- Avoir une adresse email valide
- Exercer au sein d'une maison médicale ou d'un cabinet pluri-disciplinaire

Nous avons choisi comme critère d'exclusion :

- Avoir une adresse email non valide
- Avoir une activité de remplaçant exclusive

4. Recueil de données

A) Élaboration du questionnaire

Le questionnaire informatique, disponible en annexe, déclaratif et anonyme, a été réalisé via le logiciel Google Forms. Il contenait au total 25 questions et sous questions, de types ouvertes, fermées et questions à choix multiples (QCM).

Le plan choisi était le suivant :

- Données socio-démographiques de la population cible
- Etude des pratiques des médecins généralistes
- Analyse des relations professionnelles entre les médecins généralistes et les diététicien(nes)
Les questions concernant cette section étaient différentes selon que le participant répondait « Oui » ou « Non » à la question « Avez-vous déjà orienté vos patients en surpoids vers un ou une diététicien(ne) ? »
- Questions plus générales sur la nutrition et l'obésité

L'élaboration du questionnaire a été basée sur le référentiel de l'HAS (Haute Autorité de Santé).

B) Validation du questionnaire

Le questionnaire a été relu par deux médecins généralistes missionnés par le comité de thèse, mon directeur de thèse, un interne et une personne extérieure au milieu médical. Cette relecture a permis d'en apprécier la clarté, la compréhension ainsi que de tester la durée demandée pour le compléter.

C) Envoi du questionnaire

Cette étude réalisée sur une période de deux mois, du 17/04/2018 au 17/06/2018, se basait sur un recueil de données réalisé en région Picardie auprès des médecins généralistes. Chaque questionnaire accompagné d'une présentation du travail a été envoyé par email via une liste qui comportait 529 adresses.

Un premier envoi des questionnaires a été effectué le 17/04/2018 et un second envoi le 25/05/2018.

5. Analyse statistique des données

Les réponses étaient automatiquement validées et enregistrées dans le logiciel Google Forms et ont ensuite été traitées avec le logiciel Excel. Toutes les variables étaient qualitatives et ont été présentées par leur effectif et leur pourcentage parmi les répondants à la question (%).

RESULTATS

Sur les 529 questionnaires envoyés, 122 ont été retournés. Trente-deux adresses mails étaient non valides, 18 adresses appartenaient à des médecins n'exerçant plus en Picardie. Au total, 104 questionnaires sur 497 éligibles (20,9%) ont donc été analysés (Figure1)

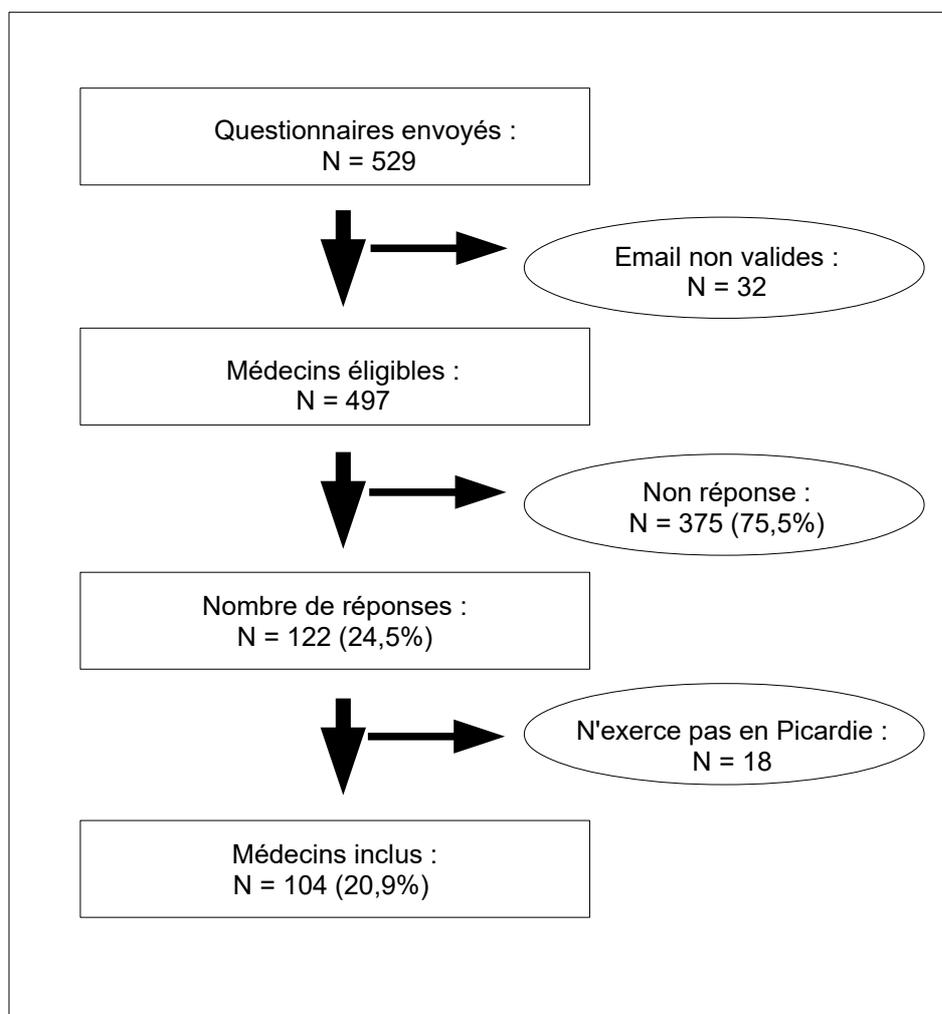


FIGURE 1 : DIAGRAMME DES MEDECINS INCLUS

1. Données socio-démographiques de la population étudiée

La population étudiée était composée d'un peu plus de femmes (53%, n=55) que d'hommes, l'âge moyen des répondants était de 45ans et leur ancienneté moyenne était de 16,5 années.

Une grande majorité des médecins généralistes qui ont répondu exercent dans l'Oise (51%, n=53) contre 13,4% (n=14) dans l'Aisne et 35,6% (n=37) dans la Somme. Leur répartition selon les lieux d'exercice étaient équilibrée avec 30,8% (n=32) qui exerçaient en milieu rural, 34,6% (n=36) en milieu semi-rural et 34,6% (n=36) en milieu urbain.

Enfin une grande partie des médecins inclus travaillent en cabinet de médecine générale en groupe (38,5%, n=40) contre 21,1% en cabinet seul (n= 22), 22,2% en maison de santé pluridisciplinaire (n= 23) et 18,2% en tant que remplaçants (n=18,2%).

Tous les résultats sont inscrits dans le tableau 1.

		Effectif n (Total n=104)	%
Sexe	Hommes	49	47%
	Femmes	55	53%
Département d'exercice	Somme	37	35,60%
	Aisne	14	13,4%
	Oise	53	51%
Lieu d'exercice	Rural	32	30,80%
	Semi-rural	36	34,6%
	Urbain	36	34,6%
Mode d'exercice	En cabinet de médecine générale seul	22	21,10%
	En cabinet de médecine générale en groupe	40	38,5%
	En maison de santé pluridisciplinaire	23	22,2%
	Remplaçant	19	18,2

TABLEAU 1 : DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES MEDECINS INCLUS

2. Etude des pratiques des médecins généralistes

La majorité des médecins généralistes pèse ses patients en surpoids « 1 fois tous les 3 mois » (58,7%, n=61), la plupart calcule également l'IMC « 1 fois tous les 3 mois » (44,2%, n=46). En revanche quasiment la moitié d'entre eux n'a jamais mesuré le tour de taille de ses patients en surpoids (49,1%, n=51).

Tous les résultats sont inscrits dans le tableaux 2,3 et 4.

Fréquence à laquelle les médecins pèsent leurs patients	Effectif n (Total n=104)	%
1 fois par mois	6	5,8%
1 fois tous les 3 mois	61	58,7%
1 fois tous les 6 mois	15	14,5%
1 fois par an	7	6,8%
Jamais	0	0%
Autre :		
• A chaque consultation	12	11,5%
• Quand le sujet a été abordé	1	0,9%
• Avec l'accord du patient , quand un problème lié au poids est évoqué	1	0,9%
• Oui si mauvaise évolution du poids et avec éducation thérapeutique du patient sur cette mesure et son interprétation	1	0,9%

TABLEAUX 2 : FREQUENCE A LAQUELLE LES MEDECINS PESENT LEURS PATIENTS

Fréquence à laquelle les médecins mesurent l'IMC de leurs patients		
1 fois par mois	6	5,7%
1 fois tous les 3 mois	46	44,2%
1 fois tous les 6 mois	17	16,3%
1 fois par an	22	21,4%
Jamais	0	0%
Autre :		
• A chaque consultation	11	10,6%
• Avec l'accord du patient , quand un problème lié au poids est évoqué	1	0,9%
• Selon le temps disponible de la consultation et l'orientation du patient dans le parcours de soin	1	0,9%

TABLEAUX 3 : FREQUENCE A LAQUELLE LES MEDECINS MESURENT L'IMC DE LEURS PATIENTS

Fréquence à laquelle les médecins mesurent le tour de taille de leurs patients :	Effectif n (Total n=104)	%
1 fois par mois	0	0%
1 fois tous les 3 mois	9	8,7%
1 fois tous les 6 mois	15	14,5%
1 fois par an	25	24,1%
Jamais	51	49,1%
Autre :		
• Avec l'accord du patient , quand un problème lié au poids est évoqué	1	0,9%
• Oui si mauvaise évolution du poids et avec éducation thérapeutique du patient sur cette mesure et son interprétation	1	0,9%
• Quand il arrive un problème médical	1	0,9%
• A la première uniquement	1	0,9%

TABLEAUX 4: FREQUENCE A LAQUELLE LES MEDECINS MESURENT LE TOUR DE TAILLE DE LEURS PATIENTS

Concernant la fréquence de dispense des conseils diététiques, la majorité (54,8%, n=57) des médecins généralistes prodigue des conseils nutritionnels à ses patients en surpoids « 1 fois tous les 3 mois » ; en moyenne cela leur prend 6,8 minutes ; une grande majorité (78,8%, n=82) ne juge leurs conseils que « parfois » efficaces.

Tous les résultats sont inscrits dans le tableau 5 et la figure 2

Fréquence de dispense des conseils diététiques auprès des patients en surpoids par les MG	Effectif n (Total n=104)	%
1 fois par mois	6	5,8%
1 fois tous les 3 mois	57	54,8%
1 fois tous les 6 mois	20	19,3%
1 fois par an	3	2,9%
Jamais	0	0%
Autre :		
• A chaque consultation	17	16,3%
• Après avoir généré de leur part une demande le plus souvent sur le mode de l'entretien motivationnel	1	0,9%

TABLEAU 5: FREQUENCE DE DISPENSE DES CONSEILS DIETETIQUES PAR LES MEDECINS GENERALISTES

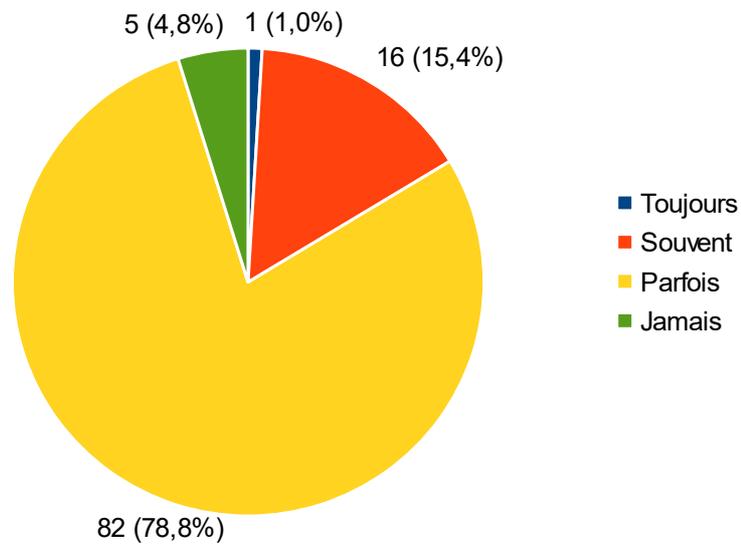


FIGURE 2: FREQUENCE A LAQUELLE LES MEDECINS JUGENT LEURS CONSEILS DIETETIQUES EFFICACES

Concernant ces conseils diététiques, la quasi totalité des médecins généralistes rapporte que « l'obésité » (96,1%, n=100) et la « Présence de co-morbidités (diabète / maladies cardiovasculaires / SAOS (syndrome d'apnée du sommeil) / arthralgies / etc ...) » (96,1%, n=100) sont des facteurs favorisant la dispense de ces conseils. Une grande majorité (83,6%, n=87) en prodigue chez les patients présentant un « Surpoids » et la plupart (57,7%, n=60) en « Prévention ». Selon les médecins de l'étude, les 2 facteurs limitants le plus la dispense de ces conseils diététiques sont « Le manque de temps » (80,8%, n=84) et « La non implication des patients » (71,2%, n=74). Une partie des MG (20,2%, n=21) jugent que le « Manque de connaissances » est un facteur limitant, une autre partie (29,8%, n=31) rapporte un « manque de valorisation de l'acte » et 12,5% (n= 13) estiment « manquer de moyens ». En revanche aucun des répondants (0%, n=0) ne se montre « désintéressé » par la dispense de ces conseils.

Tous les résultats sont inscrits dans les figures 3 et 4.

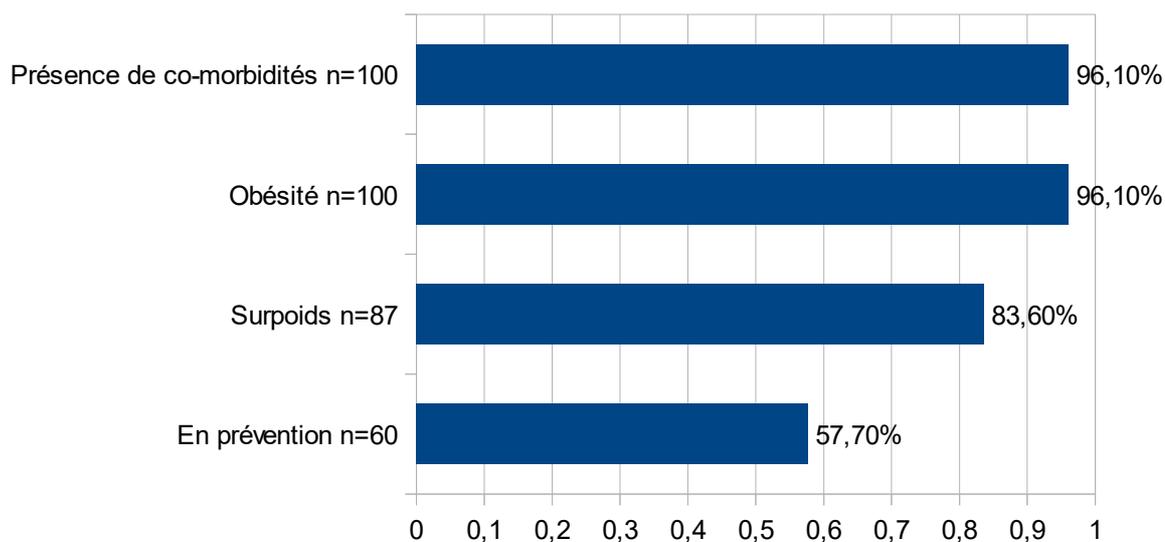


FIGURE 3 : DONNEES DES FACTEURS FAVORISANTS LA DISPENSE DES CONSEILS DIETETIQUES

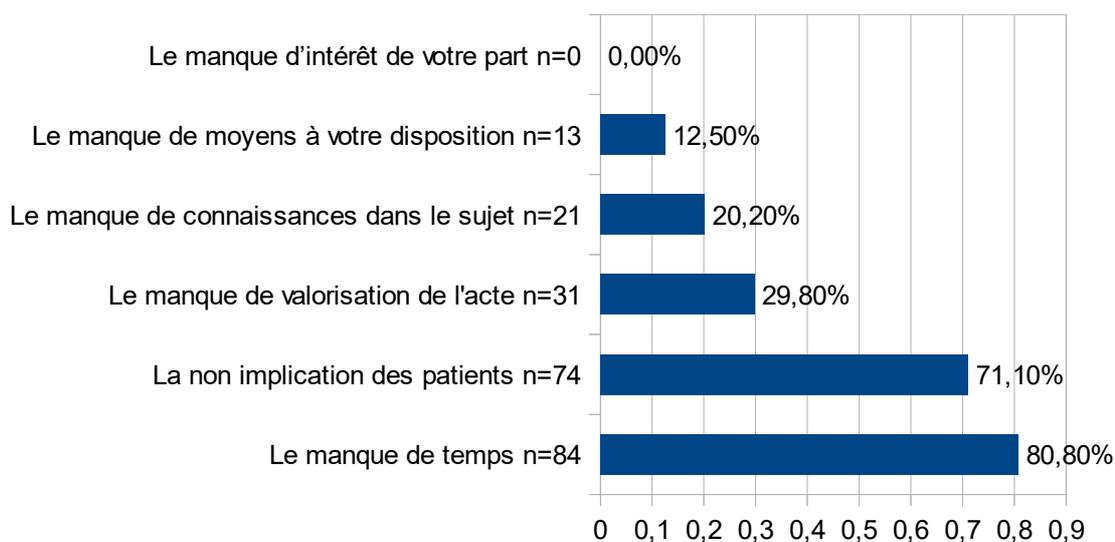


FIGURE 4: DONNEES DES FACTEURS LIMITANTS LA DISPENSE DES CONSEILS DIETETIQUES

Une grande majorité (84,6%, n=88) des médecins généralistes n'organise pas de consultations spécifiques pour la dispense des conseils diététiques.

Tous les résultats sont inscrits dans la figure 5.

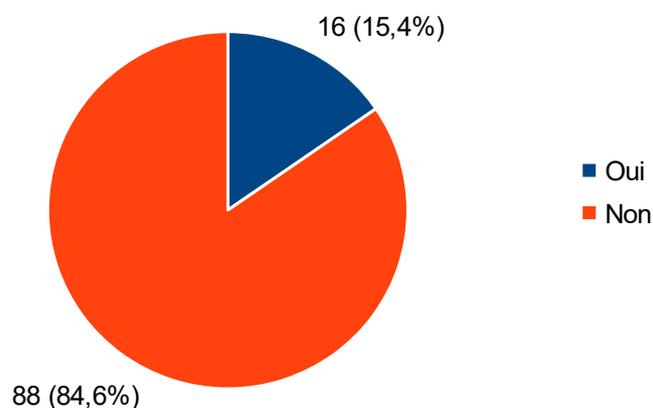


FIGURE 5 : LA CONSULTATION DIETETIQUE ET LES MEDECINS

La plupart des médecins généralistes (93,2%, n=97) estime que « L'activité physique régulière » est une mesure importante dans la prise en charge du patient en surpoids ; presque autant (91,3%, n=95) estiment que la « Modification des comportements alimentaires » est également importante. Pour 73,1% (n=76) d'entre eux le « suivi à long terme » est bénéfique, et pour 78,8% (n=82) des répondants il est nécessaire de réaliser « une enquête alimentaire ». « L'approche cognitivo-comportementale et psychologique » est jugée importante pour 58,7% (n= 61) des médecins généralistes. En revanche seuls 4,8% (n=5) d'entre eux estiment devoir mettre en place « un régime alimentaire » et aucun (0%, n=0) n'est en faveur des « traitements médicamenteux ».

Tous les résultats sont inscrits dans la figure 6.

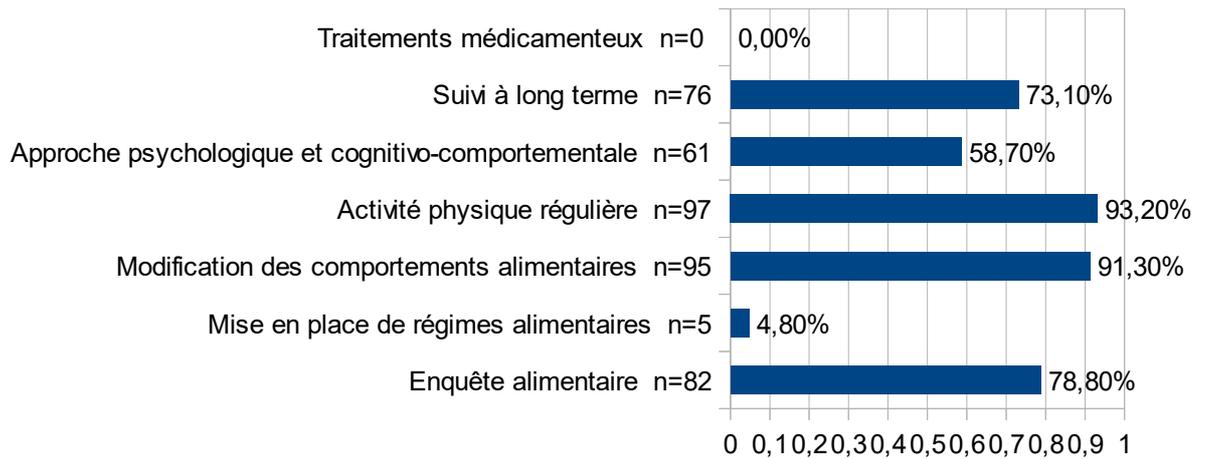


FIGURE 6: DONNEES DES MOYENS THERAPEUTIQUES UTILISES PAR LES MEDECINS

La quasi totalité des médecins généralistes (96,2%, n=100) est favorable à une prise en charge multidisciplinaire des patients en surpoids.

Tous les résultats sont inscrits dans la figure 7.

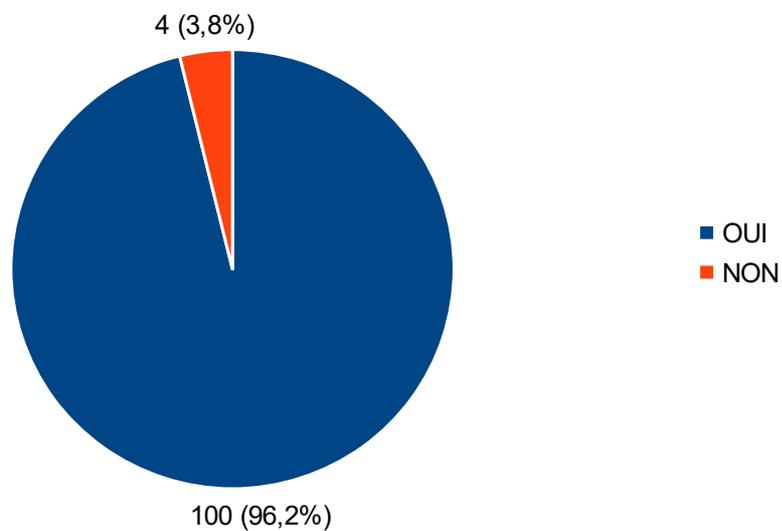


FIGURE 7 : LES MEDECINS ET LA PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DES PATIENTS EN SURPOIDS

3. Etude de la collaboration entre les médecins généralistes et les diététicien(ne)s

Sur tout l'échantillon, un seul médecin (0,9%) a déclaré n'avoir jamais orienté ses patients en surpoids vers un ou une diététicien(ne).

Tous les résultats sont inscrits dans la figure 8.

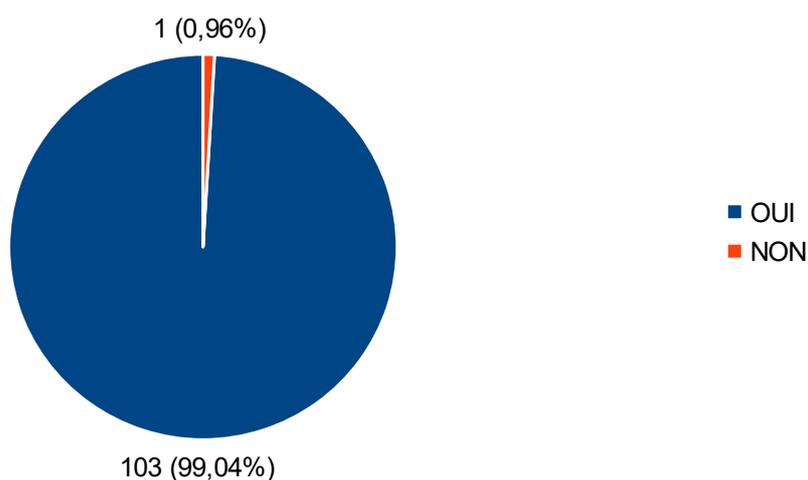


FIGURE 8 : RECOURS AUX DIETETICIEN(NE)S PAR LES MG

Sur les 103 médecins généralistes ayant répondu qu'ils avaient déjà orienté leurs patients en surpoids vers un ou une diététicien(ne), nous avons analysé plusieurs paramètres.

Une majorité (51,4%, n=53) des médecins n'a jugé la prise en charge nutritionnelle que « parfois » efficace, et une bonne partie (43,7%, n=45) l'a jugée efficace ; seuls 4,9% (n=5) d'entre eux ont trouvé la prise en charge inefficace.

Tous les résultats sont inscrits dans la figure 9.

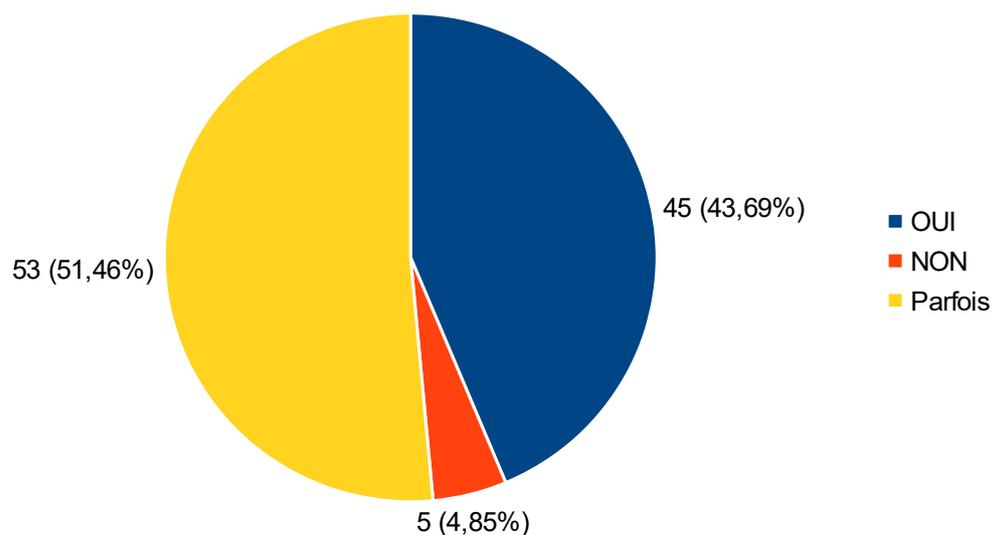


FIGURE 9 : PRISE EN CHARGE DES DIETETICIEN(NE)S JUGEE EFFICACE PAR LES MEDECINS ?

Les critères principaux motivant les médecins généralistes à avoir recours aux diététicien(ne)s étaient « la demande du patient » (81,6%, n= 84) et « un échec de leur prise en charge diététique » (66%, n=68). A noter qu'un tiers des médecins (33%, n=34) adressent également les patients « présentant une co-morbidité associée à leur surpoids ».

Tous les résultats sont inscrits dans la figure 10.

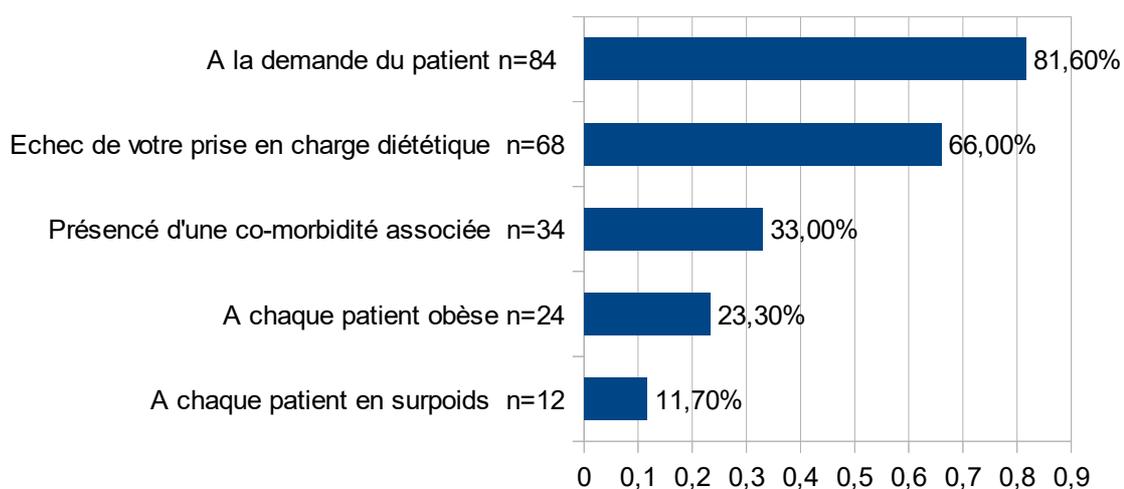


FIGURE 10 : FACTEURS FAVORISANTS LE RECOURS AUX DIETETICIEN(NE)S PAR LES MEDECINS

Dans la plupart des cas (64,1%, n=66), les médecins généralistes étaient informés de la prise en charge de leurs patients en surpoids par les diététicien(ne)s « uniquement par le patient »; très peu (9,7%, n=10) étaient informés « par les diététicien(ne)s uniquement ».

Tous les résultats sont inscrits dans la figure 11.

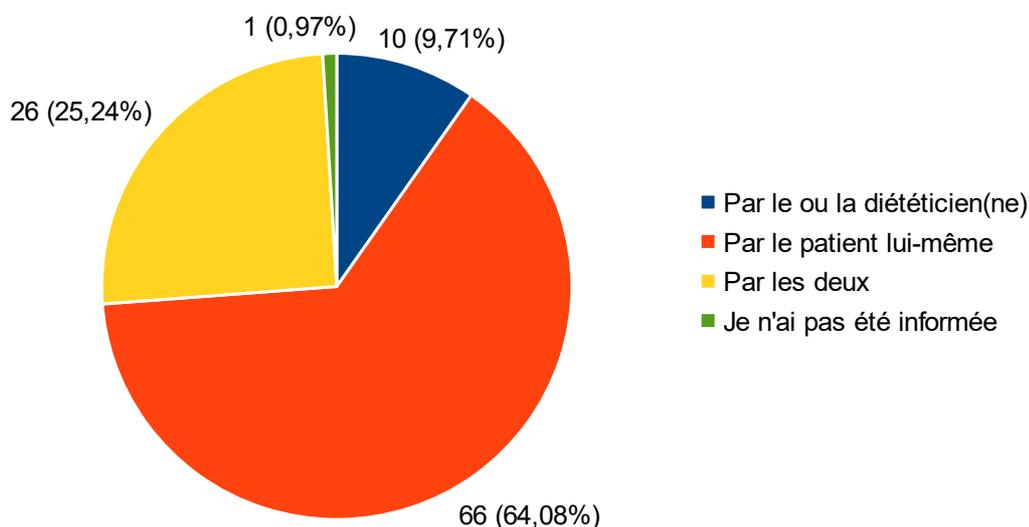


FIGURE 11 : COMMENT LES MEDECINS ONT ETE INFORMES DE LA PRISE EN CHARGE DE LEURS PATIENTS ?

30,1% (n=31) des médecins déclaraient que les délais d'obtention d'un rendez-vous avec un ou une diététicien(ne) dans leur région était « inférieur à 15 jours » alors que 39,8% (n=41) déclaraient que les délais d'obtention des rendez-vous se situaient « entre 15 jours et 1 mois ».

Tous les résultats sont inscrits dans la figure 12.

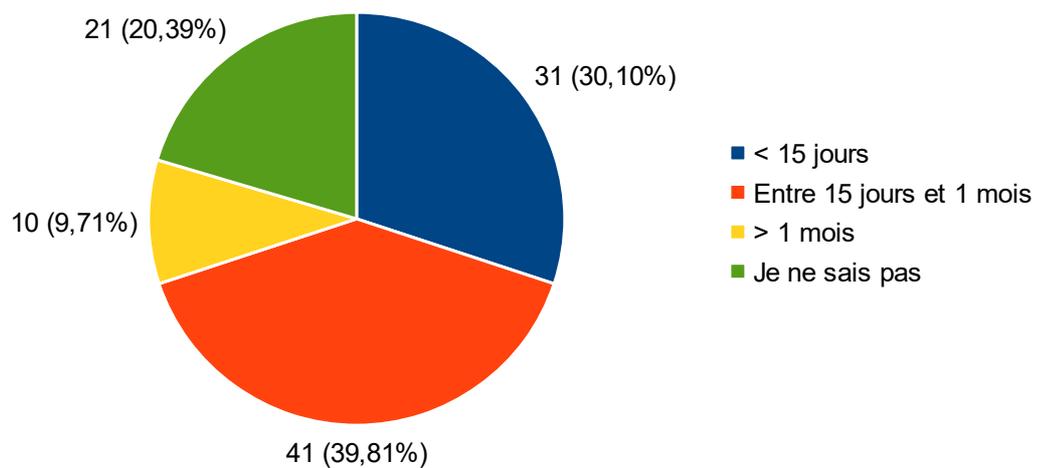


FIGURE 12: DELAIS D'OBTENTION DES RENDEZ-VOUS CHEZ LE OU LA DIETETICIEN(NE)

L'unique médecin a n'avoir jamais orienté ses patients en surpoids vers un ou une diététicien(ne) a déclaré que seul « le coût de la consultation » avait été un frein.

4. Problématiques de santé publique

Une très grande majorité (82,7%, n= 86) des médecins déclaraient qu'ils orienteraient plus souvent leurs patients en surpoids vers les diététicien(ne)s si leurs consultations étaient remboursées.

Tous les résultats sont inscrits dans la figure 13.

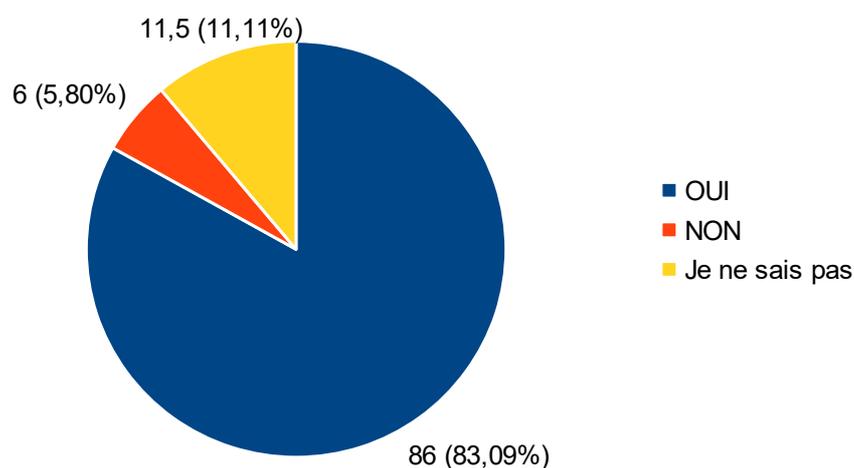


FIGURE 13 : AVIS DES MEDECINS VIS A VIS DU REMBOURSEMENT DE LA CONSULTATION DIETETIQUE

La plupart des médecins généralistes (85,6%, n=89) pense qu'une prise en charge efficace sur le plan nutritionnel permettrait de réduire les coûts de l'obésité en France.

Tous les résultats sont inscrits dans la figure 14.

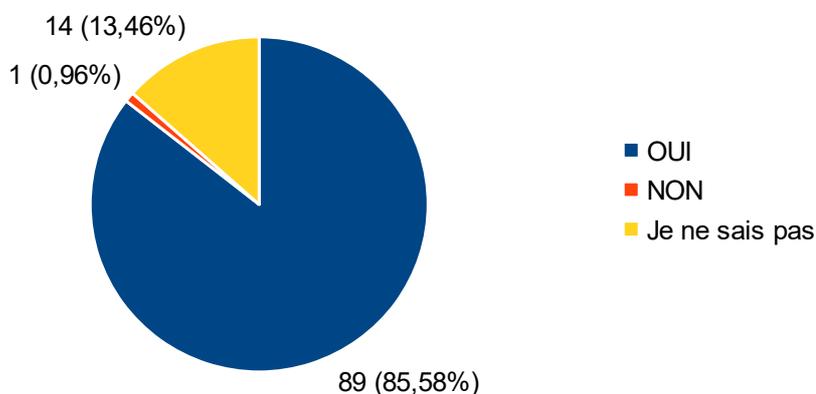


FIGURE 14: AVIS DES MEDECINS GENERALISTES VIS A VIS DU RAPPORT PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE / COUT DE LOBESITE.

Une question ouverte a été posée aux médecins généralistes, afin de leur demander ce qui, selon eux, pourrait améliorer leur collaboration avec les diététicien(ne)s et la prise en charge de leurs patients. Sur les 104 participants, seuls 27 (26%) ont répondu.

Nous avons pu extraire 5 grandes idées proposées par les MG. Plusieurs (n=8) ont proposés « d'améliorer la communication entre les professionnels de santé », avec des comptes-rendus des consultations diététiques des patients et des conseils de la part des diététicien(ne)s que les MG pourraient prodiguer par la suite. Certains médecins (n=5) ont proposé le « Remboursement des consultations chez le ou la diététicien(ne) » pour faciliter leur accès aux patients. 7 médecins jugent important de « renforcer le travail en équipe », 2 d'entre eux travaillent même déjà avec la présence d'une diététicienne dans leur maison de santé pluridisciplinaire. Quelques MG (n=4) ont également souligné l'importance de renforcer la formation des médecins sur le plan de la nutrition, que ce soit dans la formation du tronc commun ou via des enseignements post-universitaires. Enfin 3 d'entre eux souhaiteraient que plus de « campagnes de prévention et d'information des patients soient faites », notamment dès le plus jeune âge.

DISCUSSION

Forces et faiblesses de l'étude

Le choix de réaliser un questionnaire par Google Forms et envoyé par email a été motivé par sa simplicité de réalisation et un gain de temps certain. Cela limitait également le risque de non-réponse du fait qu'il fallait moins de 5 minutes au médecin généraliste pour répondre, ce qui lui évitait la fastidieuse corvée de répondre par courrier postal.

Ainsi sur l'échantillon de 497 médecins éligibles, le taux de réponse était de 24,5% (122), ce qui peut être jugé satisfaisant.

Malgré l'utilisation d'un questionnaire auto-administré, et grâce au fait que le format Google Forms ait permis de rendre obligatoire la réponse à presque toutes les questions pour passer aux suivantes, on retrouvait peu de données manquantes ou non applicables, ce qui facilitait l'analyse statistique.

L'utilisation d'un questionnaire envoyé par courrier électronique, même s'il favorisait le taux de réponse, constituait en soit un biais de sélection, excluant d'emblée les médecins picards ne possédant pas d'adresse email. Biais renforcé par l'utilisation d'une mailing-liste déjà constituée, à défaut d'un recrutement intégralement aléatoire. Ce mode de diffusion a probablement contribué à sélectionner une population plus jeune, non représentative de la population cible.

La moyenne d'âge des répondants inclus dans le questionnaire est de 45 ans, ce qui est en effet plus jeune que la moyenne d'âge réelle des médecins généralistes picards observés dans l'Atlas de Démographie Médicale de la Région Picardie en 2015 édité par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, qui étaient de 52 ans. [12]

On peut aisément penser que les répondants spontanés étaient plus impliqués, intéressés et informés que les médecins ayant refusé de répondre.

Ce questionnaire étant auto-administré, l'étude se basait sur des données déclaratives. Il existait donc un potentiel biais d'information, lié à la possible mauvaise compréhension des questions par les répondants, ce qui pouvait encore une fois générer des données non

applicables, des réponses involontaires, sans compter sur le fait que les pratiques pouvaient différer de celles déclarées.

Concernant le traitement des réponses, certaines étaient incohérentes. Ces données non applicables n'ont pas été prises en compte pour l'analyse statistique.

Analyse des résultats

Données démographiques

La population étudiée avait une moyenne d'âge de 45 ans. La répartition des répondants par sexe, lieu et mode d'exercice était plutôt bien équilibrée avec une bonne représentation des populations, notamment les zones urbaines, semi-rurales et rurales qui étaient représentées de façon équivalente.

En revanche on a observé une énorme disparité de répartition des répondants en fonction de leur département d'exercice, en effet plus de la moitié (51%) exerçaient dans l'Oise contre 13,4% dans l'Aisne. L'hypothèse la plus probable de cette disparité est la sélectivité de la mailing-liste qui a été constituée au fil des années par les étudiants en médecine qui ont pu avoir tendance à éviter les stages chez le médecin généraliste dans l'Aisne.

La prise en charge du surpoids par les médecins généralistes

L'accroissement très rapide du nombre d'obèses et de personnes en surpoids et surtout son rajeunissement conduit à renforcer la prise en charge de ces patients. Multifactorielle, l'obésité exige une prise en charge pluridisciplinaire – spécialement large – associant les professionnels de santé (médecins, diététiciens...) mais aussi des acteurs non médicaux, comme par exemple ceux de l'école, des collectivités et des associations (éducateurs sportifs, animateurs de centres de loisirs) pour les aspects d'activité physique. Leurs actions doivent être concertées et coordonnées.

L'organisation d'un réseau de soins ou la prise en charge autour de la médecine de premier recours (notamment pédiatres, omnipraticiens, médecins traitants) doivent permettre de répondre à ces objectifs. Cette prise en charge doit également tenir compte du contexte de vie des personnes et notamment de leur environnement familial. La prise en charge préventive se révèle d'autant plus efficace qu'elle se fait tôt. Cela suppose de mettre en place un dispositif performant de repérage des

cas sensibles et d'assurer ensuite une vraie prise en charge, qui s'inscrive dans la durée. [3]

L'HAS recommande pour les patients adultes en surpoids ou obèses de déceler très vite ces pathologies et de les suivre régulièrement par des mesures simples du poids, de l'IMC et du tour de taille, avec des objectifs prédéfinis.

Dans cette étude nous avons pu observer que les médecins généralistes accordent une attention particulière à suivre le poids et l'IMC, avec seulement 21,3% d'entre eux ne pesant leurs patients en surpoids ou obèses que tous les 6 mois ou plus, et 60,5% calculant leur IMC tous les 3 mois ou moins. En revanche, la mesure du tour de taille, est une pratique très peu répandue chez nos praticiens: près de la moitié (49,1%) déclare ne jamais le mesurer et seulement 8,7% le mesurent tous les 3 mois ou moins.

Les médecins généralistes ne semblent pas accorder d'importance au tour de taille alors que celui-ci est un indicateur simple de l'excès de graisse au niveau abdominal chez l'adulte (obésité abdominale). L'excès de graisse abdominale est associé, indépendamment de l'IMC, au développement des complications métaboliques et vasculaires de l'obésité.

Concernant la prise en charge des patients adultes en surpoids et obèses en cabinet de médecine générale, les résultats du tableau 3 nous montrent qu'une grande partie des praticiens accordent de l'importance et du temps aux conseils diététiques apportés à leurs patients en surpoids et obèses, mais que beaucoup d'entre eux jugent cela inefficace.

L'HAS préconise de prodiguer des conseils diététiques à tout patient en surpoids ou obèse, pour des objectifs de perte de poids et de tour de taille. Plus l'IMC est important, et plus la prise en charge par le médecin généraliste se doit d'associer divers outils thérapeutiques (conseils diététiques, conseils sur l'activité sportive, prise en charge psychologique, considération de la chirurgie bariatrique) [ANNEXE 2]. Dans cette étude nous avons cherché à savoir quels facteurs favorisaient et au contraire freinaient la dispense de conseils diététiques. Quasiment la totalité des praticiens déclarent prodiguer ces conseils devant la présence de co-morbidités et d'obésité et une très grande partie dès la présence d'un surpoids chez leurs patients.

On leur a posé la question de savoir quels étaient les facteurs pouvant limiter la dispense de ces conseils, et une très grande partie nous ont répondu manquer de temps lors des consultations et que la non implication des patients est souvent un frein à une prise en charge efficace. Enfin on peut souligner que 1/5 estiment manquer de connaissances dans le sujet et que près d'1/3 estiment que l'acte en lui-même devrait être plus valorisé.

Ces résultats montrent que la prise en charge du surpoids et de l'obésité a pris une place prépondérante dans la pratique des MG, que la dispense de conseils diététiques est quasi systématique chez les patients en surcharge pondérale, mais que ceux-ci sont souvent jugés inefficaces, très chronophages, et pas assez valorisé sur le plan financier.

On a cherché à savoir si les MG organisaient des consultations spécialisées dans la dispense de conseils diététiques uniquement pour améliorer la prise en charge du surpoids et de l'obésité ; et une grande majorité (84,6%) ont déclaré ne jamais le faire, probablement à cause d'un emploi du temps ne le permettant pas ou d'un manque de valorisation de la consultation, mais aussi à cause du manque d'intérêt que ces patients portent la nécessité de perdre du poids.

Nous avons interrogés les médecins généralistes sur les mesures qu'ils jugeaient importantes dans la prise en charge de leurs patients en surpoids ou obèse, en accord avec les recommandations de l'HAS [14], une grande partie d'entre eux réalisent une enquête alimentaire, insistent sur la modification des comportements alimentaires et de la pratique d'une activité physique, et accordent de l'importance d'un suivi à long terme de leurs patients.

Enfin les médecins généralistes ont déclarés en grande majorité (96,2%) être favorables à une prise en charge pluri-disciplinaire de leurs patients en surpoids ou obèses. Ce qui illustre parfaitement une vraie volonté de vouloir aider ces patients. Cela est aussi probablement associé au fait que les MG manquent de temps et que leurs conseils ne sont que trop peu souvent efficaces selon eux.

En somme, les médecins généralistes accordent une grande importance à la prise en charge de leurs patients en surpoids et obèses, de par le temps qu'ils passent à prodiguer des conseils dans leurs consultations, et par leur implication. Mais il est également important de noter, à la lecture de leurs réponses, un aveu d'impuissance à traiter des personnes en surpoids et obèses qu'ils accusent d'être eux même le frein de leur propre guérison, notamment par un manque d'intérêt général de la population envers cette pathologie. Les MG adoptent une attitude thérapeutique plus ou moins automatique qui vise à fixer des objectifs de mensurations, notamment en ayant recours à des contrats de poids avec les patients. Nous noterons qu'au cours de l'étude, un seul médecin a exprimé le fait de s'assurer de l'accord du patient avant d'entreprendre une quelconque démarche thérapeutique, et ceci probablement dans le but de créer une relation de confiance avec son patient.

La collaboration des médecins généralistes avec les diététicien(ne)s

Selon les recommandations de l'HAS, en cas de récurrence après plusieurs régimes ou d'échec de la prise en charge de premier recours, le médecin généraliste envisagera l'aide d'un professionnel de santé en deuxième recours. L'échec peut être envisagé au bout de 6 mois à un an en général. Le médecin généraliste pourra faire appel à un médecin spécialisé en nutrition ou un diététicien, à un psychiatre ou un psychologue clinicien, à un masseur-kinésithérapeute ou un enseignant en activités physiques adaptées.

Dans cette étude nous nous sommes intéressés à la collaboration entre les MG et les diététicien(ne)s.

Quasi tous les praticiens ont déclaré avoir déjà orienté leurs patients en surpoids ou obèses vers ces professionnels de santé puisque qu'un seul à dit ne l'avoir jamais fait, à cause notamment du prix de la consultation.

Pour les autres, l'orientation étaient très souvent motivée par le patient lui-même, et par un échec de la prise en charge initiale du médecin généraliste. On s'aperçoit que la collaboration n'est pas systématique et que dans la plupart des cas elle résulte de l'absence de résultats après une prise en charge assurée par le MG; et que cette collaboration est très souvent motivée par une demande du patient et non par le praticien initialement.

Cette prise en charge par les diététicien(ne)s est jugée efficace par les MG dans près de la moitié des cas (43,69%), très peu d'entre eux (4,85%) jugent ces consultations inutiles; cela prouve qu'en plus d'être majoritairement favorables à une prise en charge pluri-disciplinaire, les médecins généralistes constatent une amélioration de celle-ci en ayant recours aux diététicien(ne)s.

En revanche, la collaboration semble, selon les praticiens, se limiter à l'orientation vers les diététicien(ne)s. En effet les médecins généralistes ne sont que très rarement (dans 9,71% des cas) informés par le ou la diététicien(ne) du suivi de leurs patients. Ce qui n'est pas en faveur d'un suivi multi-disciplinaire efficace. Nous verrons par la suite que c'est une mesure que plusieurs MG proposent d'améliorer.

Enfin on a cherché à savoir si les délais d'obtention d'un rendez-vous avec le ou la diététicien(ne) étaient rapides ou longs, afin d'estimer les facilités d'accès à ces professionnels pour les patients. Et cela ne semble pas être un frein à l'orientation des patients vers le ou la diététicien(ne) puisque près de 70% des médecins généralistes déclarent pouvoir obtenir un rendez-vous en moins d'1 mois pour

leurs patients et même 30% en moins de 15 jours.

En conclusion, les médecins généralistes semblent plutôt satisfaits de la prise en charge des diététicien(ne)s, même si celle-ci s'avère aléatoire et non systématique. La décision d'avoir recours à ces professionnels de santé échappe aux praticiens, les patients ne semblent, le plus souvent, pas initialement intéressés par cette prise en charge, et décident eux mêmes de s'y tourner lorsqu'ils sont motivés. Le médecin généraliste, alors en position de décisionnaire, adopte une position d'accompagnant.

Problème de santé publique

Il est apparu lors de cette étude, que le coût de revient de la consultation pour le patient pouvait constituer un grand frein à l'orientation de celui-ci vers un ou une diététicien(ne); en effet seul la mutuelle est susceptible de participer aux frais de ces consultations, la sécurité sociale ne prenant en charge que celles avec un médecin nutritionniste. [15] On a pu montrer que la grande majorité (83,09%) des MG orienteraient bien plus souvent leurs patients en surpoids et obèses vers un ou une diététicien(ne) si les consultations étaient remboursées.

Dans l'optique de mettre en avant l'intérêt d'une prise en charge préventive et curative du surpoids et de l'obésité plutôt que d'en traiter uniquement les complications, nous avons demandé aux médecins généralistes s'ils pensaient qu'une prise en charge efficace de cette maladie permettrait de réduire le coûts de l'obésité et de toutes ses pathologies associées en France. Et ils ont répondu majoritairement (85,58%) « OUI ».

Cette question avait pour but d'en ouvrir une autre : est ce que favoriser la prise en charge préventive et curative du surpoids et de l'obésité primaire, notamment par le remboursement des consultations spécialisées avec les professionnels de la nutrition que sont les diététicien(ne)s, permettraient de réduire le coûts globale de cette pathologie ?

Enfin nous avons proposé aux médecins généralistes, par le biais d'une question ouverte, de proposer des solutions pour améliorer la prise en charge de leurs patients en surpoids et obèses, et notamment leur collaboration avec les diététicien(ne)s. Certains d'entre eux ont mis l'accent sur ce qui apparaissait déjà dans les précédents résultats, c'est à dire sur la nécessité d'améliorer le travail pluridisciplinaire et la communication entre les différents professionnels de santé. D'autres ont proposé de renforcer la formation des médecins dans ce domaine, notamment dans le tronc commun

des études de médecine ou via des EPU, étant donné la prévalence de cette pathologie. En effet, la formation des cliniciens dans ce domaine est très succinct, centrée sur « l'organique » ou le « psychiatrique » ; alors que cette pathologie dépend d'un grand nombre de facteurs d'ordre psycho-social et culturel. Quelques MG mettent l'accent sur une amélioration des campagnes de prévention. Enfin certains ont proposé le remboursement de la consultation chez le ou la diététicien(ne) afin d'en favoriser l'accès.

A travers cette discussion, on peut dégager un sentiment général représentant une population de médecins généralistes conscient que le surpoids et l'obésité constituent un enjeu de santé publique important ; mais surtout désarmés et désarmés, adoptant une attitude thérapeutique automatique et codifiée sur le plan clinique. Attitude pouvant être mal perçue par le patient faisant déjà face à une situation de souffrance et d'échec. Le surpoids et l'obésité ne sont pas uniquement des problèmes nutritionnels, mais bien sociétaux et comportementaux. Problèmes induits par un environnement dirigé par l'industrie agro-alimentaire et par les médias. Le médecin généraliste constitue la première arme face à cette pathologie, mais il doit bien garder à l'esprit qu'il n'est pas seul et qu'il peut s'entourer efficacement d'autres professionnels afin de prendre en charge les patients dans leur globalité.

CONCLUSION

La prise en charge du surpoids et de l'obésité a pris une place prépondérante dans la médecine générale, de par sa prévalence et le nombre de ses complications, en faisant un réel problème de santé publique.

Même si les médecins généralistes accordent beaucoup d'importance à cette prise en charge, il apparaît qu'ils se sentent bien souvent impuissants et désarmés face à leurs patients en surpoids et obèses ; ainsi la très grande partie d'entre eux a déjà orienté ses patients vers un ou une diététicien(ne).

Et si, les MG jugent la prise en charge de ces professionnels de santé plus efficace que la leur, il existe encore des réticences à ce travail en équipe. Même si les délais d'obtention des rendez-vous semblent courts, le prix de la consultation et la relation entre les différents professionnels semblent constituer un frein important à cette collaboration.

Le but de ce travail était avant tout d'évaluer le ressenti des médecins généralistes face à la prise en charge de leurs patients en surpoids et obèses et aussi d'évoquer différentes manières d'améliorer cette prise en charge, notamment en améliorant leur collaboration avec les diététicien(ne)s.

Cela nous amenant à nous poser les questions suivantes :

« Est ce qu'améliorer le traitement du surpoids et de l'obésité, notamment en facilitant l'accès à des professionnels de santé de la nutrition que sont les diététicien(ne)s (remboursement, meilleure collaboration, ...) ne serait pas plus bénéfique d'une part pour le patient et d'autre part pour les dépenses de santé publique ? »

« Est ce que le surcoût d'un remboursement des consultations chez le ou la diététicien(ne) n'entraînerait pas une baisse plus importante des dépenses de santé publiques que constituent les traitements des complications du surpoids et de l'obésité (traitement du diabète, de l'HTA, des maladies cardio-vasculaires, etc ...) ? »

BIBLIOGRAPHIES

[1] « Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS ». In : Organ. Mond. Santé [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 1997.

Disponible sur : < whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894_fre.pdf (consulté le 05/07/2018)

[2] 10 faits sur l'obésité, rapport de l'OMS

<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/fr/> (consulté le 05/07/2018)

[3] HAS Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours, septembre 2011 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_adulte_premiers_recours.pdf . (Consulté le 10/07/18)

[4] Données Janvier 2013 (Sources DREES, Répertoire ADELI)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat183.pdf>. (Consulté le 11/07/2018)

[5] Mitchell LJ, Macdonald-Wicks L, Capra S. Nutrition advice in general practice: the role of general practitioners and practice nurses. *Aust J Prim Health*. 2011; 17(2):202-8.

[6] Booth AO, Nowson CA, Huang N, Lombard C, Singleton KL. Evaluation of a brief pilot nutrition and exercise intervention for the prevention of weight gain in general practice patients. *Public Health Nutr*. 2006 déc;9(8):1055-61.

[7] Nicholas LG, Pond CD, Roberts DCK. Dietitian-general practitioner interface: a pilot study on what influences the provision of effective nutrition management. *Am. J. Clin. Nutr*. 2003 avr;77(4 Suppl):1039S-1042S.

[8] Brotons C, Ciurana R, Piñeiro R, Kloppe P, Godycki-Cwirko M, Sammut MR. Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Am. J. Clin. Nutr*. 2003 avr;77(4 Suppl):1048S-1051S.

[9] SFMG (Société F de MG.) Enquête: « Nutrition en Médecine Générale : quelles réalités ? » Observatoire du pain; 2007.

[10] Programme national nutrition santé PNNS 2011-2015

http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/pnns_2011-2015-2.pdf

[11] Association française des diététiciens nutritionnistes

<http://www.afdn.org/profession-dieteticien.html>

[12] Ordre National des Médecins Atlas 2015 de la région PICARDIE. La démographie médicale en région Picardie. Situation en 2015. Consulté le 03/08/2018

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_picardie_2015.pdf

[13] La durée des séances des médecins généralistes, étude de la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - N° 481 • avril 2006

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>

[14] HAS - Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours – Septembre 2011

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201112/recommandation_obesite_adulte.pdf

[15] Mutuelle MGC - Remboursement nutrition et diététique

<https://www.mutuellemgc.fr/mutuelle-sante-remboursements/dietetique-nutrition>

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ET MOT D'ACCOMPAGNEMENT ENVOYES AUX MEDECINS

Prise en charge diététique des patients en surpoids et obèses : Etude des pratiques des médecins généralistes picards en 2018

Madame, Monsieur,

Je réalise ma thèse de DES de médecine générale sous la direction du Dr Charles LEGROUX, médecin généraliste à URCEL, et je fais appel à votre collaboration.

Ce questionnaire permettra de faire le point premièrement sur les différentes pratiques de prise en charge des patients en surpoids et obèses par les médecins généralistes picards; et deuxièmement d'observer et analyser la place que les praticiens donnent aux diététicien(ne)s dans cette prise en charge.

Si ce travail vous intéresse, je vous remercie de bien vouloir prendre 5 minutes de votre temps afin de remplir ce questionnaire.

Le questionnaire étant totalement anonyme, si vous désirez recevoir les résultats dès qu'ils seront publiés, merci de m'en informer en répondant tout simplement à ce mail.

Merci pour votre participation.

Adrien CAGNY

Données socio-démographiques

Quel est votre sexe ? *

- Homme
- Femme

Quel est votre âge ? *

....

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine générale en tant que médecin installé ou remplaçant ? *

....

Quel est votre lieu d'exercice ? *

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

Quel est votre département d'exercice ? *

- Somme
- Aisne
- Oise
- Other:

Quel est votre mode d'exercice ? *

- En cabinet de médecine générale seul
- En cabinet de médecine générale en groupe
- En maison de santé pluridisciplinaire
- Remplaçant
- Other:

Etude des pratiques des médecins généralistes

A quelle fréquence pesez-vous vos patients en surpoids ? *

- 1 fois par mois
- 1 fois tous les 3 mois
- 1 fois tous les 6 mois
- 1 fois par an
- Jamais
- Other:

A quelle fréquence mesurez-vous l'IMC de vos patients en surpoids ? *

- 1 fois par mois
- 1 fois tous les 3 mois
- 1 fois tous les 6 mois
- 1 fois par an
- Jamais
- Other:

A quelle fréquence prenez-vous le tour de taille de vos patients en surpoids ? *

- 1 fois par mois
- 1 fois tous les 3 mois
- 1 fois tous les 6 mois
- 1 fois par an
- Jamais
- Other:

A quelle fréquence dispensez-vous des conseils nutritionnels auprès de vos patients en surpoids ? *

- 1 fois par mois
- 1 fois tous les 3 mois
- 1 fois tous les 6 mois
- 1 fois par an
- Jamais
- Other:

Combien de temps en moyenne consacrez-vous à ces conseils diététiques lors de vos consultations ? (en minutes) *

....

Jugez-vous vos conseils diététiques efficaces auprès de vos patients en surpoids ? *

- Oui
- Non

Dans quel(s) cas, dans vos consultations, abordez-vous la problématique du surpoids et dispensez-vous des conseils diététiques ? *

- En prévention
- Surpoids
- Obésité
- Présence de co-morbidités (diabète / maladies cardio-vasculaires / SAOS / arthralgies / etc ...)
- Other:

Organisez-vous des consultations spécialement dédiées à la dispensation de conseils diététiques avec vos patients en surpoids ? *

- Oui
- Non

Quels sont les facteurs contraignant, dans vos consultations, la dispense de conseils diététiques ? *

- Le manque de temps
- Le manque de connaissances dans le sujet
- Le manque de valorisation de l'acte
- Le manque d'intérêt de votre part
- Le manque de moyens à votre disposition
- La non implication des patients
- Other:

Quelles sont selon vous les mesures importantes dans la prise en charge diététique des patients en surpoids et obèses ? *

- Enquête alimentaire
- Mise en place de régimes alimentaires
- Modification des comportements alimentaires
- Activité physique régulière
- Traitements médicamenteux
- Approche psychologique et cognitivo-comportementale
- Suivi à long terme
- Other:

Etes-vous favorable à une prise en charge multidisciplinaire de vos patients en surpoids ? *

- Oui
- Non
- Other:

Avez-vous déjà orienté vos patients en surpoids vers un ou une diététicien(ne) ? *

- Oui
- Non

Vous avez déjà orienté des patients en surpoids ou obèses vers un(e) diététicien(ne).

Avez-vous jugé sa prise en charge nutritionnelle efficace ?

- Oui
- Non
- Parfois

Dans quel(s) contexte(s) y avez-vous eu recours ?

- A chaque patient en surpoids
- A chaque patient obèse
- A chaque patient en surpoids présentant une co-morbidité associée
- En cas d'échec de votre prise en charge diététique
- A la demande du patient
- Other:

Comment avez-vous été informé de la prise en charge de votre patient ?

- Par le ou la diététicien(ne) (compte-rendu papier / email / téléphone /)
- Par le patient lui-même
- Par les deux
- Other:

Quels sont les délais d'obtention d'un rendez-vous chez le ou la diététicien(ne) dans votre région en moyenne ?

- < 15 jours
- Entre 15 jours et 1 mois
- > 1 mois
- Je ne sais pas

Vous n'avez jamais orienté vos patients en surpoids ou obèses vers un(e) diététicien(ne).

Quels ont été les freins à orienter vos patients en surpoids vers le ou la diététicien(ne) ?

- Le refus du patient
- Le manque d'intérêt de votre part
- L'absence de professionnels de santé dans votre région
- Le coût de la consultation
- Other:

Questions de santé publique.

Si les consultations chez le ou la diététicien(ne) étaient remboursées, orienteriez-vous plus vos patients en surpoids vers ces professionnels de santé ? *

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Pensez-vous qu'une prise en charge efficace sur le plan nutritionnel permettrait de réduire les coûts de l'obésité en France ? *

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Commentaires libres : auriez-vous des remarques pour améliorer la collaboration entre médecins généralistes et diététicien(ne)s ?

....

ANNEXE 2 : INTERVENTIONS PROPOSEES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF THERAPEUTIQUE EN FONCTION DE L'IMC, DU TOUR DE TAILLE, ET DE LA PRESENCE DE CO-MORBIDITES

IMC (kg/m ²)	Tour de taille (cm)		Présence de comorbidités
	Bas Hommes < 94 Femmes < 80	Élevé Hommes ≥ 94 Femmes ≥ 80	
25 - 30		▨	■
30 - 35	■	■	■
35 - 40	■	■	■
> 40	■	■	■

- SURPOIDS SIMPLE : conseils généraux sur un poids de forme et le mode de vie**
(objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire)
- SURPOIDS AVEC TOUR DE TAILLE ÉLEVÉ : conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique**
(objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire et réduire le tour de taille)
- Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique** (objectif : réduire le poids de 5 % à 15 %)
- Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique** (objectif : réduire le poids). **Considérer la chirurgie bariatrique***

RESUME

Prise en charge diététique des patients en surpoids et obèses : Etude des pratiques des médecins généralistes picards en 2018

Introduction :

L'éducation nutritionnelle est une préoccupation croissante du fait de l'augmentation de fréquence des pathologies en lien avec l'alimentation : l'obésité, les maladies cardiovasculaires, certains cancers, l'ostéoporose... Les objectifs de cette étude sont d'étudier et d'analyser la prise en charge des patients en surpoids et obèses par les médecins généralistes picards et d'analyser la place que les médecins généralistes donnent aux diététicien(ne)s dans cette prise en charge.

Méthodes :

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, analytique et transversale par l'envoi d'un questionnaire par email à 529 MG sur la période d'avril à juin 2018.

Résultats :

104 questionnaires ont été inclus. Les répondants étaient des médecins âgés en moyenne de 45ans, 51% exerçaient dans l'Oise, 38,5% dans un cabinet en groupe. Tous les médecins prodiguent des conseils diététiques à leurs patients, cela dure en moyenne 6,8 minutes, 54,8% le font tous les 3 mois et 78,8% jugent ces conseils que « parfois » efficaces. La présence de co-morbidités et l'obésité sont des facteurs favorisant la dispense de conseils dans 96,1% des cas, tandis que le manque de temps constitue un frein dans 80,8% des cas. 96,2% des médecins sont favorables à une prise en charge multidisciplinaire, 99% d'entre eux ont déjà orienté leurs patients vers un ou une diététicien(ne) et 43,69% ont jugé leur prise en charge toujours efficace. 64,08% des MG déclarent n'être informés de la prise en charge de leurs patients par le ou la diététicien(ne) que par le patient lui même.

Conclusion :

Les médecins généralistes accordent beaucoup d'importance à la prise en charge de leurs patients en surpoids et obèses mais se sentent bien souvent impuissants ; ainsi la très grande partie d'entre eux à déjà orienté ses patients vers un ou une diététicien(ne).

La prise en charge de ces professionnels de santé est jugé bien souvent efficace, mais il persiste encore des réticences à ce travail en équipe.

Mots clés : obésité, surpoids, médecins généralistes, diététicien(ne), nutrition

Dietary care of the patients in overweights and obese person: study of the practices of the general practitioners inhabitants of Picardy in 2018

Introduction:

The nutritional education is an increasing concern because of the increase of frequency of the pathologies in connection with the nutrition: the obesity, the cardiovascular diseases, the certain cancers, the osteoporosis... The objectives of this study are to study and to analyze the management of patients in overweights and obese person by the general practitioners inhabitants of Picardy and to analyze the place that the general practitioners give in dietitian in this care.

Methods:

We realized an observationnelle, descriptive, analytical and transverse study by the sending of a questionnaire by email to 529 GP over the period from April till June, 2018.

Results :

104 questionnaires were included. The respondents were doctors on average of 45ans, 51 % practiced in the Oise, 38,5 % in a cabinet in a group. All the doctors lavish dietary advice to their patients, it lasts on average 6,8 minutes, 54,8 % make it every 3 months and 78,8 % judge these advice that "sometimes" effective. The presence of co-morbidity and the obesity are factors favoring the exemption of advice in 96,1 % of the cases, whereas the lack of time constitutes a brake in 80,8 % of the cases. 96,2 % of the doctors are favorable to a multidisciplinary care, 99 % of them have already directed their patients towards one or one dietitian and 43,69 % judged their always effective are. 64,08 % of the MG declare to be informed about the care of their patients by himself and not by the dietetician.

Conclusion:

The general practitioners give a lot of importance in the care of their patients in overweights and obese person but feel very often powerless; so a very big part of them already directed their patients towards a dietitian.

The care of these healthcare professionals is considered very often effective, but it still persists reluctances in this teamwork.

Keywords: obesity, overweights, general practitioners, dietitian, nutrition