



HAL
open science

Ressentis et attentes des patients concernant la prise en charge de leur surpoids/obésité par le médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le département de l'Hérault

Alizée Contiero-Yvars

► To cite this version:

Alizée Contiero-Yvars. Ressentis et attentes des patients concernant la prise en charge de leur surpoids/obésité par le médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le département de l'Hérault. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02957468

HAL Id: dumas-02957468

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02957468>

Submitted on 2 Feb 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Alizée CONTIERO-YVARS

Le 3 octobre 2018

RESSENTIS ET ATTENTES DES PATIENTS CONCERNANT LA PRISE
EN CHARGE DE LEUR SURPOIDS/OBESITE PAR LE MEDECIN
GENERALISTE : ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-
DIRIGES DANS LE DEPARTEMENT DE L'HERAULT

Directeur de Thèse : Docteur Alexandre LADET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Madame le Docteur Béatrice LOGNOS

Monsieur le Docteur Philippe SERAYET

Monsieur le Docteur Alexandre LADET

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Alizée CONTIERO-YVARS

Le 3 octobre 2018

RESSENTIS ET ATTENTES DES PATIENTS CONCERNANT LA PRISE
EN CHARGE DE LEUR SURPOIDS/OBESITE PAR LE MEDECIN
GENERALISTE : ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-
DIRIGES DANS LE DEPARTEMENT DE L'HERAULT

Directeur de Thèse : Docteur Alexandre LADET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Madame le Docteur Béatrice LOGNOS

Monsieur le Docteur Philippe SERAYET

Monsieur le Docteur Alexandre LADET

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SANCHO-GARNIER Héléne
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANY Jacques
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	LORIOT Jean	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie Madeleine	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MAGNAN DE BORNIER Bernard	THEVENET André
CLOT Jacques	MARY Henri	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MATHIEU-DAUDE Pierre	VISIER Jean Pierre
DEMAILLE Jacques		
DESCOMPS Bernard		

Professeurs Émérites

ARTUS Jean-Claude	ROSSI Michel
BLANC François	SULTAN Charles
BOULENGER Jean-Philippe	TOUCHON Jacques
BOURREL Gérard	VOISIN Michel
BRINGER Jacques	ZANCA Michel
CLAUSTRES Mireille	
DAURES Jean-Pierre	
DAUZAT Michel	
DEDET Jean-Pierre	
ELEDJAM Jean-Jacques	
GUERRIER Bernard	
JOURDAN Jacques	
MAURY Michèle	
MILLAT Bertrand	
MARES Pierre	
MONNIER Louis	
PRAT Dominique	
PRATLONG Francine	
PREFAUT Christian	
PUJOL Rémy	

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
 BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
 BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
 BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
 CAMU William-Neurologie
 CANOVAS François-Anatomie
 CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
 CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
 CORBEAU Pierre-Immunologie
 COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
 CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
 DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
 DAUVILLIERS Yves-Physiologie
 DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
 DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
 DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
 DROUPY Stéphane -Urologie
 DUCROS Anne-Neurologie -
 FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
 KOENIG Michel-Génétique moléculaire
 LABAUGE Pierre- Neurologie
 LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
 LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
 LECLERCQ Florence-Cardiologie
 LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
 LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
 MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
 MATECKI Stéfan -Physiologie
 MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
 MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
 MORIN Denis-Pédiatrie
 NAVARRO Francis-Chirurgie générale
 PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
 PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
 PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
 PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
 QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
 SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 TOUITOU Isabelle-Génétique
 TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
 VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale
 PU-PH de 2ème classe
 ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 CAPTIER Guillaume-Anatomie
 CAYLA Guillaume-Cardiologie
 CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétiq ue
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÈRE Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kevin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

« Si la perfection n'était pas chimérique, elle n'aurait pas tant de succès »

NAPOLÉON BONAPARTE

Les Maximes et Pensées (1769-1821)

Remerciements

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je vous remercie d'avoir pris de votre temps pour juger mon travail.

Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame le Docteur Béatrice LOGNOS,

je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse et de juger ce travail.

Veillez recevoir mes remerciements les plus respectueux.

Monsieur le Docteur Philippe SERAYET

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, merci de m'accorder de votre temps pour juger mon travail.

Veillez recevoir mes remerciements les plus respectueux.

Monsieur le Docteur Alexandre Ladet,

mon directeur de thèse et maître de stage.

J'ai beaucoup appris à tes côtés pendant le SASPAS et tu me fais l'honneur de m'épauler pendant ce travail de thèse. Je te remercie d'avoir partagé cette aventure avec moi. Tu m'as guidé dans la bonne humeur. Merci de m'avoir soutenu dans ce projet initialement farfelu. Merci pour tes conseils avisés, ta bienveillance et ta sympathie.

À Sophie S.,

J'aurais aimé te compter parmi mes membres de jury. Je te remercie de m'avoir donné cette idée de thèse lors de mon stage d'interne dans ton service, point de départ de cette belle et grande aventure.

Aux patients, qui m'ont accordé une partie de leur temps pour les entretiens de cette thèse, toujours avec le sourire et qui ont répondu si gentiment à mes sollicitations dans ce travail.

À mon Julien,

Mon ami, mon amour, mon amant, mon mari.

Merci pour ta présence dans ma vie, ton soutien et tes encouragements sans faille du début à la fin de ces études de médecine.

Merci pour tous nos projets passés, en cours ou à venir et même au plus improbables d'entre-deux. Une vie entière ne suffirait pas pour toutes nos envies de voyage !

À nos rando-balade-discussion de thèse, tellement inutile pour cette thèse, mais libérateur pour l'esprit et à « tous ses chevaliers en tête de gondole » qui nous ont motivés dans les moments difficiles !

Merci pour ton aide lors de la rédaction de cette thèse. À nos vacances studieuses aux Saisies et à toutes ces soirées passées à travailler côte à côte, normalement c'étaient les dernières !

Merci pour l'amour que tu m'apportes au quotidien.

Tu illumines ma vie.

Je t'aime.

À ma plus belle réussite Charlotte,

ma fille adorable, ma petite « fougère »

qui ne m'a pas empêché de finir ce travail longtemps repoussé.

Tes sourires m'accompagnent et m'encouragent chaque jour.

Tu es une petite fille époustouflante à qui je souhaite de réaliser tous ses rêves.

Ne grandis quand même pas trop vite...

Je t'aime, je t'aimerais toute ma vie, je t'aimerais toute ta vie.

À ma Maman

Merci de m'avoir soutenu tout au long de mes études médicales.

Tout n'a pas toujours été facile pour toi, je te suis reconnaissante des sacrifices que tu as faits pour me permettre de mener à bien mes projets.

Merci pour la relecture de cette thèse, pour ta présence et ton amour, ta fierté est ma plus belle récompense.

Et qui sait d'où m'est venue cette vocation médicale !

À ma Soeur, mon Beau-Frère ainsi que ma Nièce.
Merci, Mélissa, pour la relecture de cette thèse.
Tellement fière de votre petite famille, hâte qu'elle s'agrandisse.
Heureuse d'être la marraine de votre adorable fille.
Amélia, « Tarraine » sera toujours là pour toi.

À tous mes proches, tantes, oncles et cousins pour tous ses bons moments passés ensemble.

À ma belle-famille pour leur présence et leur soutien.
Catherine et Jean-Philippe, merci de m'avoir accueilli parmi vous.
Fanny, Guillaume et Louis merci pour ces bons moments passés ensemble et à venir.
Manon, « la grande zoups » des zoups, merci pour ta gentillesse, ta bonne humeur et les
vacances dans le sud !

Aux Narbonnais, ma famille de cœur.
Merci d'être toujours présents depuis ce 3 novembre 2013 au Café France, vous connaître est
une chance. Avant-dernière membre du DRAIN à devenir docteur, merci, mon Juju !
(il était évident que je n'allais pas être la dernière).

À Ibrahim, le meilleur « tonton » de Charlotte, tu nous as montré la voie du doctorat contre toute
attente en étant le premier à être thésé, depuis ce jour rien ne va plus et tu es passé 1^{er} dans
l'organisation. Malgré tout tu as su garder ton dévouement, ton sens artistique, mais surtout ta
gentillesse.

À Clément, Coline et votre bel Hugo dit « Jean-Michel Boudoir ». À toutes années passées
ensemble et à celles à venir, de Narbonne à Montpellier, toujours là !

Merci à toi, Coco, pour tous tes conseils avisés durant ce travail de thèse.

À Sophie, notre Saint-Etienneuse préférée, merci pour ta bonne humeur et tes coups de gueule.
Tu étais cette « grande blonde » que j'étais sûre de détester...pour devenir cette si belle personne
que j'aime tant. Merci à Mika de nous supporter et aux beaux projets que vous envisagez
ensemble.

À Toto et Coralie, mon premier co-interne, le meilleur d'entre tous. À ce frerot que je ne jamais
eut sauf le temps d'un semestre (les parents doivent être fiers de nous). Merci de nous avoir
présenté Coralie, que l'avenir vous réserve de belles surprises.

Les amis ne changez rien, on vous aime comme ça !

Aux Amis de toujours « loin des yeux, près du coeur ».

A David et François pour ces années médicales passées ensemble.

David, aux souvenirs de ces ECN de 2013, aux pâtes-micro-onde et à cette année de décalage pour finalement nous faire envier ton cabinet !

A François pour nos révisions du dimanche soir en D4 et les week-ends lyonnais.

À vos merveilleuses femmes que vous nous avez fait connaître : Fanny et Jeanne-Marie. Aux Peslier avec qui il me tarde (enfin !) de faire l'Ouest américain et d'autres destinations. À nos repas de moins en moins cuisinés, et surtout à nos adorables enfants, qu'ils le veuillent ou non, ils seront meilleurs amis !

Aux Drogou-Lorrain, vous êtes et serez toujours nos amis fêtards ! Merci pour tous ces moments partagés ensemble.

À Clémentine, Max et votre adorable Juliette, la première de nos loulouttes.

Votre famille nous inspire, vous rayonnez. À tous ces « moments familiaux » qu'il nous reste à vivre !

À Marianne, Raph et votre magnifique Chloé. De Béziers à Montpellier et malgré des milliers de kilomètres toujours présents. À nos parties de Catan et notre « fair-play » commun.

À Titoun, prochain thésard, enfin on l'espère ! À notre « moniteur de ski » préféré. Ne change rien non plus on t'aime comme ça.

À Lucas, Clara et votre superbe Margaux. Les fabréguois presque futurs voisins.

À la bande des 4 confrères de Fabrègues, j'intégrerai peut-être la bande dans quelques mois...qui sait ce que l'avenir nous réservera !

À tous les médecins, co-internes, infirmiers, infirmières, que j'ai côtoyés pendant mes stages d'externat et d'internat. Merci pour tout ce que j'ai appris à vos côtés et pour les bons moments passés ensemble.

Et à tous les patients rencontrés au cours de mes stages et remplacements, qui par un mot ou un sourire me rappellent quel est le sens de mon métier.

Sommaire

I.	Introduction.....	17
A.	Définition de l'obésité	17
1.	Selon l'OMS.....	17
2.	Diagnostic.....	18
B.	Données épidémiologiques.....	19
1.	Monde.....	19
2.	France.....	19
3.	Languedoc-Roussillon	19
C.	Obésité : conséquences et complications.....	20
1.	Généralités	20
2.	Conséquences en détail	21
D.	Prise en charge globale de l'obésité	21
1.	Diététique	22
2.	Activité physique.....	22
3.	Approche cognitivo-comportementale	23
4.	Chirurgie de l'obésité.....	23
5.	Plans d'action pour la lutte contre l'obésité.....	24
E.	Difficultés de prise en charge du poids	26
1.	Du côté des médecins généralistes	26
2.	Du côté des patients	27
F.	Pourquoi cette thèse	27
II.	Matériels et méthode	28
A.	Type d'étude	28
B.	Population et recrutement.....	28
C.	Entretiens	28
D.	Analyse des données.....	29
E.	Aspect éthique	29
III.	RÉSULTATS.....	30
A.	Résultats quantitatifs	30
B.	Résultats qualitatifs.....	31
1.	Ressentis du corps et du poids par le patient en situation d'obésité ou de surpoids	31
2.	Ressentis du patient concernant la prise en charge du poids en consultation de médecine générale.....	37
3.	Attentes des patients.....	44
4.	Schéma heuristique : attentes des patients	49

IV. DISCUSSION	50
A. Forces de cette étude.....	50
1. Sujet d'étude.....	50
2. Méthode qualitative	50
3. Validité interne : triangulation.....	50
4. Validité externe (saturation).....	50
B. Limites de l'étude	51
1. Population	51
2. Première analyse	51
3. Analyse qualitative par entretiens semi-dirigés	51
C. Synthèse des résultats.....	52
1. Ressenti du corps et du poids	52
2. Ressentis de la prise en charge du poids	54
3. Attentes des patients.....	60
V. CONCLUSION	65
VI. BIBLIOGRAPHIE :.....	67
VII. Annexes	72
A. Annexe n° 1 : guide d'entretien	72
B. Annexe 2 : lettre d'information et consentement des patients	73
C. Annexes n°3 : Entretien n°5 réalisé le 22 mai 2018 à 19H30.....	74
D. Annexes n°4 : codification ouverte entretien n°5.....	82
E. Annexe n°5 : grille pour le codage axial	85
F. Annexe n°6 : Codage théorique	86
VIII. Résumé.....	89

I. Introduction

Tout au long de l'histoire de l'humanité, la prise de poids et l'accumulation de réserves de graisse ont été considérées comme des signes de santé et de prospérité. En des temps de travail harassant et de pénuries alimentaires fréquentes, parvenir à assurer un apport énergétique suffisant pour répondre aux besoins était le principal souci en matière de nutrition. Aujourd'hui cependant, le niveau de vie continuant à s'élever, la prise de poids et l'obésité constituent une menace grandissante pour la santé dans l'ensemble des pays du monde. L'obésité est une maladie chronique, qui existe dans les pays développés comme dans les pays en développement et qui touche les enfants comme les adultes (1). L'obésité est considérée comme un problème de santé publique par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et à ce titre est au cœur de notre système de soins. Malgré cela, la prévalence de l'obésité est en augmentation d'année en année et nos patients souffrent de cette obésité.

Les médecins généralistes sont les premiers interlocuteurs de ces patients, mais n'abordent la question du poids avec eux que très rarement. Il est même, des fois, jugé « mission impossible » tellement les difficultés à l'aborder et le manque de connaissances sont importants.

Cette nouvelle étude a pour objectif principal de recueillir les ressentis et les attentes des patients concernant la prise en charge de leur obésité/surpoids en consultation de médecine générale.

A. Définition de l'obésité

1. Selon l'OMS

L'obésité est définie comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse qui peut nuire à la santé ». L'OMS a déclaré l'obésité comme un problème de santé dès 1985 devant son augmentation d'incidence et de prévalence. Depuis 1997, elle est considérée comme une maladie. En pratique clinique, l'indice de masse corporelle (IMC) est habituellement utilisé pour déterminer et classer l'obésité chez les adultes. L'OMS définit le surpoids comme correspondant à un IMC entre 25 et 29,9 et l'obésité comme correspondant à un IMC égal ou supérieur à 30 et la classe en grade I (IMC entre 30 et 34,9), grade II (IMC entre 35 et 39,9) et grade III (IMC égal ou supérieur à 40) (2). Ces seuils s'appliquent aussi bien chez l'homme que chez la femme jusqu'à 65 ans et ont été fixés par les experts de « l'International Obesity Taskforce » (3).

2. Diagnostic

Le diagnostic de surpoids et d'obésité repose sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) calculé à partir du poids (en kilos) et de la taille (en mètres) :

$$\text{IMC} = (\text{poids}/\text{taille au carré})$$

Pour un IMC égal ou supérieur à 25 kg/m^2 et inférieur à 35 kg/m^2 , l'examen clinique devra être complété par la mesure du tour de taille (voir figure 1).

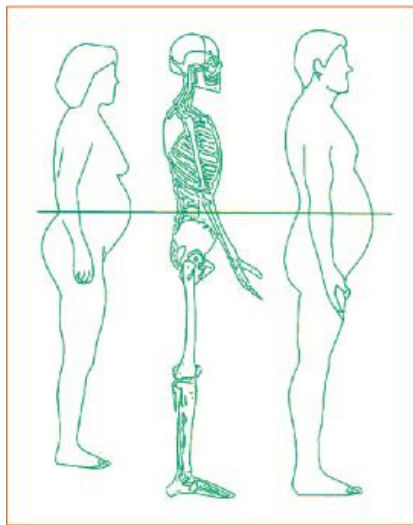


Figure 1. Mesure du tour de taille (à mi-distance entre le bord inférieur de la dernière côte palpable et le sommet de la crête iliaque, avec un mètre ruban placé à l'horizontale, à la fin d'une expiration normale (4).

Le tour de taille 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.

La mesure de la composition corporelle par impédancemétrie, la mesure du pli cutané et le rapport tour de taille/tour de hanche ne sont pas recommandés en médecine de premier recours (5).

B. Données épidémiologiques

1. Monde

Selon les estimations mondiales de l’OMS, en 2014 plus de 1,9 milliard d’adultes étaient en surpoids. Sur ce total, plus de 600 millions étaient obèses. Globalement, environ 13 % de la population adulte mondiale (11 % des hommes et 15 % des femmes) étaient obèses en 2014. La prévalence de l’obésité a plus que doublé au niveau mondial entre 1980 et 2014.

Autrefois considérés comme des problèmes spécifiques des pays à haut revenu, le surpoids et l’obésité sont désormais en augmentation dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier en milieu urbain (2).

2. France

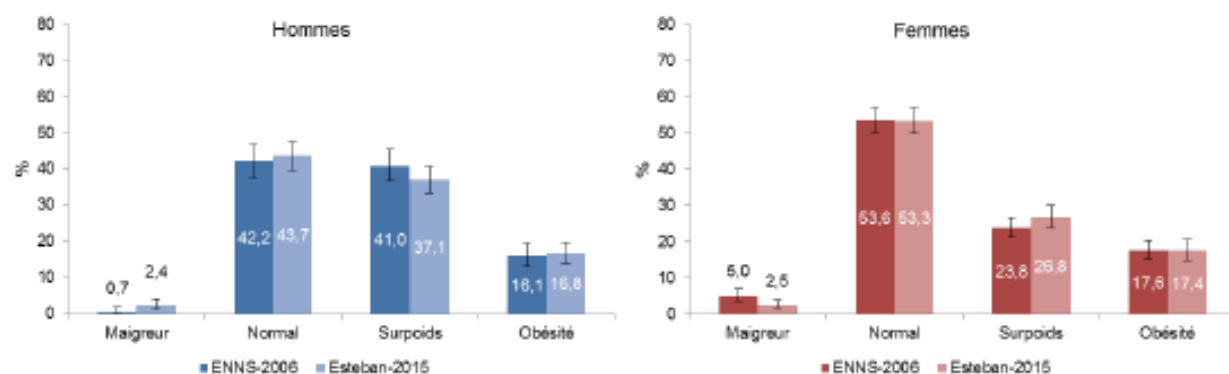
En France, l’étude Obepi permet de fournir des données précises sur l’obésité adulte. Depuis 1997, elle analyse tous les trois ans la prévalence de l’obésité en France. Le dernier, en date de 2012, porte sur un échantillon de plus de 25 000 personnes âgées de 18 ans et plus. Selon ce rapport ObEpi 2012, la prévalence de l’obésité des adultes (IMC égal ou supérieur à 30) est de 15 % soit environ 6 922 000 personnes, ce qui correspond à 3 356 000 personnes supplémentaires par rapport au chiffre de 1997. En détail, elle est de 14,3 % chez les hommes et de 15,7 % chez les femmes. L’IMC moyen passe de 24,3 en 1997 à 25,4 en 2012 (6). Plus récemment dans une étude de 2016, la prévalence de l’obésité globale dans la cohorte Constances (cohorte épidémiologique « généraliste » constituée d’un échantillon cible de 200 000 adultes âgés de 18 à 69 ans) est confirmée et semblable à celle obtenue dans l’étude nationale ObÉpi en 2012. Chez les hommes 15,8 % et chez les femmes 15,6 % (7).

3. Languedoc-Roussillon

En 2012 les habitants du Languedoc-Roussillon, selon l’étude Obépi2012, ont déclaré être en situation d’obésité à 15,6 %. Une étude plus récente de 2015 (étude ESTEBAN) montre que la prévalence de l’obésité (IMC \geq 30) est estimée à 17 %, sans distinction entre hommes et femmes. Cette prévalence augmente avec l’âge. La comparaison des données entre ENNS-2006 et Esteban-2015 indique que la prévalence du surpoids (obésité incluse) reste stable, de l’ordre de 49 % et celle spécifique de l’obésité se maintient à 17 % pour l’ensemble de la

population adulte (8).

Distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe, comparaison ENNS 2006 / Esteban 2015



La corpulence rend compte de l'Indice de masse corporelle (IMC) exprimé selon 4 classes (références OMS) : maigre ($IMC < 18,5$), normal ($18,5 \leq IMC < 25,0$), surpoids ($25,0 \leq IMC < 30,0$) et obésité ($IMC \geq 30,0$).

Figure 2 : Distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe

Malgré cette augmentation sur le long terme, l'ensemble des classes d'âges des habitants de la région présente globalement une situation vis-à-vis du surpoids et de l'obésité plutôt favorable par rapport au niveau national (6).

C. Obésité : conséquences et complications

1. Généralités

Les conséquences et complications de l'obésité sont nombreuses pour la santé du patient. L'obésité peut favoriser le développement de multiples pathologies cardiovasculaires, métaboliques, locomotrices et favoriser la survenue de cancers (9). De plus, les personnes obèses sont très fréquemment victimes de nombreuses discriminations qui touchent toutes les dimensions de la vie notamment celles liées à l'image corporelle et l'estime de soi (10).

2. Conséquences en détail



Figure 3 : conséquences de l'obésité

Cette figure expose les principales complications de l'obésité. L'excès de poids augmente la morbidité. Le taux de mortalité globale est plus important chez les obèses que les non-obèses. La mortalité totale augmente avec l'IMC essentiellement à partir d'un $IMC \geq 28 \text{ kg/m}^2$ (sauf pour les patients âgés) (11).

D. Prise en charge globale de l'obésité

La prise en charge de l'obésité est un exercice complexe, car il doit être global.

Il ne se limite pas seulement à « faire perdre du poids » au patient, mais doit prendre en compte la demande et les besoins de l'individu ainsi que les différents facteurs sociologiques, culturels et environnementaux de celui-ci. Une perte pondérale de 5 à 15 % par rapport au poids initial est à la fois réaliste et suffisante (12) (13).

1. Diététique

Le contrôle des apports alimentaires est un des éléments centraux de la prise en charge de l'obésité. (14) Les premiers pas sont des mesures simples et personnalisées, adaptées au contexte et permettant au patient de retrouver une alimentation équilibrée et diversifiée (15) :

- Limiter la consommation des aliments à forte densité énergétique, riches en lipides ou en sucres simples et les boissons sucrées ou alcoolisées
- Choisir des aliments de faible densité énergétique (fruits, légumes), boire de l'eau
- Contrôler la taille des portions
- Diversifier les choix alimentaires en mangeant de tout, pour assurer un équilibre entre les macronutriments et un apport suffisant en micronutriments
- Manger suffisamment à l'occasion des repas ; ne pas manger debout, mais s'asseoir bien installé à une table, si possible dans la convivialité
- Structurer les prises alimentaires en repas et en collations en fonction des nécessités du mode de vie du sujet (en général, 3 repas principaux et une collation éventuelle) ; ne pas sauter de repas pour éviter les grignotages extraprandiaux favorisés par la faim
- Détecter une éventuelle tachyphagie dont le sujet n'est habituellement pas conscient, mais que signale l'entourage
- Reconnaître et lever les tabous alimentaires, les fausses-idées, source de frustrations et de désinhibition : prétendre ne jamais manger du chocolat est illusoire, quand on est amateur...
- Rassurer le sujet quant à son droit au plaisir alimentaire ; la convivialité des repas est souhaitable

Il peut également être nécessaire de proposer au patient de modifier ses comportements d'achat des aliments et sa façon de préparer ses repas. Il est également primordial de faire comprendre au patient que ces changements de comportement doivent être prolongés sur le long terme.

2. Activité physique

Après l'alimentation, l'activité physique constitue le second élément clé de la prise en charge de l'obésité (12) (16) :

- favorise la perte de poids et préserve la masse maigre
- aide à limiter la reprise de poids après amaigrissement

- aurait un effet préférentiel sur le tissu adipeux abdominal et viscéral.

L'activité physique est définie comme tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense d'énergie au-dessus de la dépense de repos. L'activité physique englobe ainsi les loisirs, les déplacements, les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques, les sports ou l'exercice planifié, dans le contexte quotidien familial ou communautaire (17).

3. Approche cognitivo-comportementale

C'est un aspect important de l'obésité. Elle intervient à deux niveaux.

- Diagnostic : le rôle des déterminants psychologiques et sociaux dans le développement de l'obésité est reconnu. Les troubles du comportement alimentaires (craving, boulimie ou anorexie) peuvent être importants et avoir favorisé la prise de poids ou gêner la stabilisation pondérale. Il est important de les identifier et que le patient prenne conscience de leur importance.
- Thérapeutique : quand elles sont patentées, les difficultés psychologiques doivent être traitées au même titre que les désordres somatiques, sous peine d'échec global du traitement.

La prise en compte des déterminants psychosociaux fait partie intégrante de la prise en charge des désordres du comportement alimentaire. Il n'existe pas de profil type de l'obésité. Les principaux déterminants ou déclencheurs psychologiques peuvent être :

- les situations conflictuelles
- les épisodes dépressifs, l'anxiété
- les troubles du comportement alimentaire : compulsions, boulimie
- les perturbations de l'image du corps.

L'approche psychologique peut être réalisée par le médecin généraliste et complétée si nécessaire par une consultation spécialisée.

Toutes les approches favorisant la relation médecin-patient et l'aptitude au changement peuvent être prises en compte, mais les techniques comportementales ou cognitivo-comportementales ont fait la preuve de leur efficacité (5).

4. Chirurgie de l'obésité

Les interventions de restriction gastrique (gastroplastie verticale calibrée, cerclage gastrique par anneau ajustable) consistent à délimiter une petite poche gastrique dont le remplissage

rapide donne au patient une sensation de rassasiement précoce (18). Les interventions mixtes associent à la réduction gastrique un montage de type « court-circuit » (*by-pass*) responsable d'un degré variable de maldigestion. Le court-circuit gastrique est l'intervention la plus pratiquée. La diversion bilio-pancréatique permet de dériver les sécrétions bilio-pancréatiques par une anastomose très distale, à environ 50 cm de la valvule iléo-cæcale.

La chirurgie bariatrique est un bon traitement, si ce n'est le meilleur, de l'obésité très sévère (18) (19). Toutefois, le devenir à long terme des patients qui ont beaucoup maigri est incertain. Le bénéfice sur la mortalité n'est actuellement pas connu. Les complications à courts et moyens termes ne sont pas négligeables. Ce type de traitement est donc réservé aux patients présentant une obésité de classe 3 ; IMC 40 kg/m² ou une obésité de classe 2 ; IMC 35 kg/m² associée à des comorbidités menaçant l'état de santé (19). Un suivi médico-chirurgical de qualité est donc absolument nécessaire, et ceci à vie.

5. Plans d'action pour la lutte contre l'obésité

-International : l'OMS

La Consultation OMS sur l'obésité date d'il y a une vingtaine d'années, elle s'est tenue à Genève du 3 au 5 juin 1997. Cette consultation a été l'aboutissement d'un processus de préparation de deux ans, auquel ont participé plus de 100 experts dans le monde. L'objectif général de la consultation était de faire le point des données épidémiologiques sur l'obésité et de formuler des recommandations relatives à l'élaboration de politiques et de programmes de santé publique permettant d'améliorer la prévention et la prise en charge de cette affection.

La prévention et la prise en charge efficaces de l'obésité doivent donc être axées sur :

- les éléments de l'environnement social, culturel, politique, physique et structurel qui ont une incidence sur le poids des membres de la communauté ou de la population en général ;
- les modalités et les programmes permettant de s'occuper des sujets et des groupes qui sont particulièrement vulnérables face à l'obésité et à sa morbidité associée ;
- les protocoles de prise en charge des sujets déjà obèses (1).

-France

. PNNS et PO

Plusieurs plans d'action de lutte contre l'obésité ont été mis en place depuis quelques années avec notamment le Plan National Nutrition Santé (PNNS) initié en 2001, et prolongé en 2006 et 2011, qui comporte un certain nombre de cibles d'interventions et d'actions pour prévenir l'obésité et améliorer la nutrition de différentes catégories de personnes (20). Il a été complété à partir de 2010, par le Plan Obésité dont voici les 4 axes de prise en charge (21) :

1. Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'adulte
2. Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique
3. Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre la discrimination
4. Développer la recherche et la coopération internationale

. Recommandations HAS (Haute Autorité de Santé)

Concernant la prise en charge de l'obésité, le premier acteur est le médecin généraliste. Il lui est recommandé de repérer systématiquement à la première consultation puis régulièrement le surpoids et l'obésité de ses patients. Dans le cadre du premier axe du Plan Obésité 2010, la Haute Autorité de Santé a publié en 2011 des recommandations : « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours » (22) à destination des médecins généralistes. L'objectif de ce travail est l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques 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. Elles définissent les critères et modalités de diagnostic, donnent un bilan médical initial, proposent des objectifs et conseils thérapeutiques et incitent le suivi sur le long terme.

-Au niveau régional

Le Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) a été labellisé fin 2011 par le Ministère de la Santé, le CHU de Montpellier a été reconnu comme centre de référence régional pour son expertise et son expérience dans le traitement et le suivi des patients en situation d'obésité, et

notamment dans sa capacité à prendre en charge les situations d'obésité les plus sévères. Ses missions sont les suivantes :

- permettre une prise en charge aux personnes en situation d'obésité les plus compliquées.
- Repérer et répertorier les professionnels de santé médicaux et paramédicaux dans le but de faciliter l'accès aux soins pour les patients comme pour les professionnels de santé.
- Mettre en place des formations destinées aux professionnels de santé, aux acteurs médico-sociaux, aux enseignants en Activité Physique Adaptée ainsi qu'aux associations de patients dans le but de mutualiser les compétences de chacun.

E. Difficultés de prise en charge du poids

1. Du côté des médecins généralistes

L'étude du Dr Philippe FAYEMENDY (23) réalisée en 2012 en Haute-Vienne met en évidence les principales difficultés ressenties par les médecins généralistes concernant la prise en charge de l'obésité. En premier lieu apparaît le patient lui-même. Selon les médecins répondants dans cette étude, si la prise en charge de l'obésité est si complexe, c'est une question de responsabilité du patient, 50 % des médecins généralistes de l'enquête estiment que l'obésité est une pathologie pour laquelle le patient est plus responsable que pour une autre pathologie chronique. Le manque de motivation et le désintérêt des patients pour leur problème d'obésité sont le second écueil relevé dans l'étude (92,6 % des répondants). Autres difficultés rencontrées dans cette étude de 2012, le sentiment d'inefficacité souligné par 58,8 % des répondants est amplifié par l'absence ou le peu de résultats, ou encore par le refus des patients d'appliquer les conseils prodigués. Le manque de confiance dans la gestion de la maladie peut aller jusqu'à une « démission » des médecins généralistes favorisant les attitudes négatives à l'égard des patients. De plus, cette impression d'impuissance apparaît corrélée au niveau de formation des médecins : 50 % de l'ensemble des médecins généralistes pensent que le manque de formation est un obstacle à la prise en charge, l'impression d'impuissance touche 82,5 % des médecins généralistes non formés contre 57,1 % des médecins généralistes formés, et parmi les médecins généralistes estimant que le sentiment d'inefficacité est un obstacle, 65,0 % considèrent que le manque de formation est une difficulté.

Une étude plus récente de 2015 réalisée par le Dr Hernandez-Bridier Myriam dans le nord de la France fait écho à celle-ci dans ses résultats (24). Plus ancienne, mais concernant notre région Languedoc-Roussillon, l'étude du Dr Thuan réalisée en 2005 retrouve les mêmes résultats. Les problèmes soulevés par les médecins, comme dans les études plus récentes, étaient un manque de

motivation et de compliance de la part des patients pour 33 % d'entre eux, la difficulté liée à un échec de la prise en charge pour 26 %, et un manque de temps pour 12 % (25).

2. Du côté des patients

Comme toute pathologie, l'obésité ne se réduit pas au corps biologique. Le patient obèse ou en surpoids doit être pris en charge dans sa globalité. Pour les soignants, entendre l'expérience de la personne souffrant d'obésité dans toutes ces dimensions de l'humain, y compris la dimension émotionnelle, est une clé pour l'accompagner, l'aider à cheminer, améliorer sa qualité de vie et aborder les problématiques sous-tendant la prise de poids (26).

F. Pourquoi cette thèse

Comme nous l'avons vu précédemment l'obésité est un problème de santé publique reconnu depuis de nombreuses années et malgré cela sa prévalence ne cesse d'augmenter. Les complications de l'obésité touchent tous les organes et ont des conséquences sur la morbidité et la mortalité. Actuellement la prise de conscience de ce problème grandissant a permis de mettre en place des recommandations à l'échelle nationale et même mondiale, recommandations officialisées et adaptées à la pratique de la médecine générale. Cependant nous constatons toujours une application difficile de ses recommandations en pratique courante et des professionnels de santé souvent démunis face à leurs patients souffrant d'obésité ou de surpoids. De ce fait, en pratique, quand un patient obèse ne se plaint pas de son poids ou qu'il n'a pas de maladie qui lui est liée, de nombreux médecins n'abordent pas le problème, car ils pensent que c'est inutile, consommateur de temps et froissant. Alors qu'au contraire, un essai paru dans la revue LE GÉNÉRALISTE montre qu'un patient obèse non demandeur apprécie que son médecin évoque le sujet. Même si une intervention (très) brève non sollicitée a une efficacité (très) ténue sur la perte de poids à court terme, elle n'altère pas la relation médecin patient (27). La construction de ce sujet d'étude s'est faite autour de ces constatations. Nous nous sommes demandé si en effet l'abord du poids par le médecin généraliste était souhaité par les patients. Si oui, comment devons-nous le faire ? Comment parler du poids sans offenser nos patients ? Qu'attendent-ils vraiment de nous en consultation ? Par ce travail nous avons voulu connaître le ressenti des patients concernant la prise en charge de leur obésité/surpoids et recueillir leurs attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste.

II. Matériels et méthode

A. Type d'étude

Nous avons voulu recueillir le ressenti et les attentes des patients concernant la prise en charge de leur obésité ou surpoids par le médecin généraliste. Il s'agit donc d'une étude qualitative avec analyse par la méthode de théorie ancrée, réalisée de façon prospective entre mars et juillet 2018. Ce type d'étude est plus adaptée pour explorer l'expérience vécue par le patient (28).

B. Population et recrutement

Les patients ont été sélectionnés sur la base du volontariat à partir d'une affiche mise dans la salle d'attente des cabinets médicaux de Fabrègues et Gigean dans le département de l'Hérault. Les patients intéressés par cette étude pouvaient nous contacter par mail ou directement lors d'une consultation. Ce premier contact était suivi d'un rendez-vous programmé à distance chez le patient lui-même ou au cabinet. Les patients âgés de moins de 18 ans ont été exclus. La taille de l'échantillon n'a pas été fixée initialement privilégiant la saturation des données c'est-à-dire quand l'analyse n'a plus permis de relever d'éléments nouveaux. Glaser et Strauss (29) affirment que le point de saturation théorique est atteint lorsque, de la collecte des données, n'émerge plus rien de vraiment nouveau ni de vraiment consistant. Dans notre étude, la saturation a été obtenue après 9 entretiens et contrôlée par 2 entretiens supplémentaires.

C. Entretiens

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés. Ces entretiens se déroulaient en face à face au domicile du patient ou au cabinet. Ils ont été réalisés par une enquêtrice (Alizée CONTIERO-YVARS). Un guide d'entretien a été préalablement écrit par Alizée CONTIERO-YVARS et le Dr Alexandre LADET, qui est formé à la recherche qualitative. Nous nous sommes imprégnés des données de la littérature, vues précédemment, pour élaborer les questions du guide et ainsi recueillir des verbatims intéressants pour notre question de recherche. Ce guide a été testé sur les deux premiers patients et il n'a pas été modifié par la suite, car il semblait adapté pour recueillir le vécu des patients, mais adapté à certaines réponses de patient lors des entretiens suivants. Le guide est joint en annexe 1. Les entretiens ont été enregistrés de

manière anonyme avec une application dictaphone sur un smartphone, après recueil du consentement écrit du patient, puis détruit par la suite.

D. Analyse des données

Tous les entretiens ont été retranscrits par écrit sur un support informatique Word. Chaque entretien a été retranscrit sous forme de verbatim c'est-à-dire mot pour mot, classé de #1 à #11. Le verbatim n'est pas reproduit entièrement en annexe pour cause de confidentialité et de respect de l'anonymat des patients. Nous avons choisi une analyse par une méthode par théorie ancrée (30). L'analyse des données a été réalisée en trois étapes :

- la codification ouverte
- la codification axiale
- et la codification sélective.

La codification ouverte consiste à analyser les premières entrevues en profondeur pour en dégager les catégories pertinentes au phénomène à l'étude. Par la suite, la codification axiale permet d'approfondir les catégories en fonction de quatre dimensions : les conditions de réalisation, les conséquences, les stratégies reliées à cette catégorie et les types d'interactions apparaissant entre les catégories. Ensuite, la codification sélective permet de déterminer les liens regroupant la ou les catégories centrales aux autres catégories et d'affiner la théorie. Les catégories n'ayant aucun lien avec la théorie en émergence sont mises de côté (31). L'analyse des données s'est faite de façon simultanée avec le recueil des entretiens. Il y a un continuum entre la collecte et l'analyse des données : en effet l'analyse des données ne se fait pas après la collecte de l'intégralité de ces dernières, mais à mesure de cette collecte. Il existe un travail d'aller-retour constant entre ces deux opérations, il ne s'agit pas d'un processus linéaire. Cela permet de confronter les premiers résultats de l'analyse aux données suivantes. Concept propre à la méthode par théorie ancrée (31) (30). Les tableaux et la carte heuristiques ont été réalisés par le logiciel XMind. Enfin une triangulation des chercheurs a été réalisée par croisement d'analyses des deux chercheurs (A.CONTIERO-YVARS et A.LADET).

E. Aspect éthique

La méthode qualitative relevant des sciences humaines et sociales, l'avis d'un comité d'éthique n'a pas été jugé nécessaire selon la loi Jardé de 2017. De plus, nous nous sommes intéressés au vécu des patients et non à leur prise en charge thérapeutique. Chaque interviewé a consenti oralement et par écrit à l'enregistrement des entretiens et à son utilisation pour la recherche.

III. RÉSULTATS

A. Résultats quantitatifs

La population étudiée était représentée par 9 femmes (81,8 %) et 2 hommes (18,2 %) âgée de 40 à 67 ans pour une moyenne d'âge de 52 ans. Ils étaient suivis par leur médecin généraliste dans le cabinet depuis plusieurs années, entre 2 ans pour le plus récent et 25 ans pour le suivi le plus long et en moyenne l'ancienneté dans le cabinet était de 16,2 ans.

La plupart des patients connaissaient leur poids (81,9 %) et tous connaissaient leur taille. Par contre aucun des patients interrogés ne connaissait son IMC chiffré. Après calcul la moyenne des IMC était de 32,2. La majorité savait ce que l'IMC voulait dire, mais beaucoup ne connaissait pas la formule exacte.

Le recueil de données a été réalisé du 8 mars au 30 juillet 2018. Au total 11 entretiens ont été menés de 18,02 minutes à 1H12 avec une durée moyenne de 42,19 minutes.

La saturation des données a été obtenue après le 9^e entretien, deux autres entretiens ont été faits par la suite pour la confirmer.

Le tableau suivant expose les caractéristiques de la population étudiée.

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée

Entretien	Sexe	Âge	Poids	IMC	Ancienneté	Durée entretien
				Ne Sait Pas (NSP)		
n° 1	Femme	61 ans	95 kg	36.65	21 ans	49,31 min
n° 2	Femme	56 ans	82 kg	NSP, 31.24	25 ans	1 h 12
n° 3	Femme	56 ans	69,9 kg	NSP 28.35	25 ans	29,02 min
n° 4	Homme	55 ans	113 kg	NSP 30.65	23 ans	47,22 min
n° 5	Femme	48 ans	NSP	NSP	20 ans	37,50 min
n° 6	Femme	41 ans	92-93 kg	NSP, 35	5 ans	18,02 min
n° 7	Homme	47 ans	85 kg	NSP, 29.41	19 ans	49,03 min
n° 8	Femme	51 ans	91 kg	NSP, 31.48	10-15 ans	39,34 min
n° 9	Femme	40 ans	89 kg	NSP, 33	2 ans	42 min
n° 10	Femme	67 ans	NSP	NSP	7 ans	38,14 min
n° 11	Femme	50 ans	91 kg	NSP, 34.25	a souvent déménagé	42,52 min

B. Résultats qualitatifs

1. Ressentis du corps et du poids par le patient en situation d'obésité ou de surpoids

a. Souffrance morale et physique

- Image négative du corps

L'obésité ou le surpoids est un problème majeur qui anéantit complètement l'estime de soi du patient :

#8 : « *j'avais honte de mon corps, de moi [...] Plus jeune on a honte* »,

#9 : « *Euh pas bien du tout [...] si je me vois dans la glace c'est juste insupportable.* »

De manière générale le patient obèse ou en surpoids a une image de son corps négative :

#1 : « *Ah bah je le déteste !* »,

#2 : « *je me suis toujours vue trop grosse. Tout le temps en fait. Même quand je ne l'étais pas* »,

#3 : « *ça me gêne [...] je vois que j'ai du poids en trop* »,

#6 : « *pas de manière très positive (sourire) on va dire* ».

Quand il évoque son corps, il utilise le champ lexical du négatif :

#5 : « *Euh comme un boulet (rires) quelque chose avec lequel j'ai du mal à vivre* »,

#7 : « *un peu encombré* »

#11 : « *Gros. J'aime pas mon corps, je ne l'ai jamais aimé [...] je n'aime pas mon corps parce que je me trouve grosse, j'ai du mal à m'habiller, car je suis sur les tailles 48 [...] et qu'il faut me cacher* ».

- Difficultés physiques et handicap

L'obésité ou le surpoids sont reconnus comme handicapant par les patients :

#4 : « *c'est vraiment un handicap... à un moment donné ça handicape réellement. [...] Le premier point c'est quand même la gêne physique, les inconvénients physiques, le côté handicapant du poids* ».

Les gestes ou activités du quotidien deviennent de vrais défis :

#4 : « *pour lacer les chaussures pour... euh ça devenait problématique. [...] c'est la gêne pour les... la vie de tous les jours* »,

#5 : « *On veut aller faire un peu de sport et ça devient beaucoup plus problématique parce qu'il faut charrier tout ce poids (soupire) c'est épuisant* ».

Le poids est une souffrance physique ressentie par les patients dans leurs activités de tous les jours :

#5 : « *on se sent lourd tout le temps. [...] C'est lourd et épuisant. Je commence à avoir mal aux genoux, je me traîne [...] C'est voilà, tout est multiplié par le poids* »,

#7 : « *c'est vrai que c'est pénible pour moi par rapport à ce que je faisais avec 15 kg de moins* »,

#10 : « *Ça me freine dans tout ce que je fais* »

- Difficultés morales

La souffrance physique n'est pas la seule souffrance qui affecte ces patients. Il existe une forme de souffrance cachée qui est qualifiée de souffrance morale ou psychique et qui, elle aussi, est vécue quotidiennement :

#2 : « *j'ai toujours été complexé par rapport à mon corps, pas forcément à l'aise en fait* », #3 : « *ça me gêne* »,

#3 : « *alors là je n'en pouvais plus* »

#11 : « *Je suis très complexée [...] je ne suis pas à l'aise* »,

#6 : « *donc c'est un peu démoralisant de ne jamais arriver à avoir une image positive ou très rarement* »,

#8 : « *Je me suis réconciliée avec moi-même, mais jusqu'à présent ça n'allait pas (rires). J'étais très en colère* »,

#8 : « *Mais voilà quoi plein de complexes...* ».

Cette souffrance psychique de l'obésité ou du surpoids se vit avec plus ou moins d'intensité :

#5 : « *La sentence c'est tous les jours qu'on l'a, quand on se voit, qu'on doit s'habiller, quand on se douche, quand on voit les amis (pleure) [...] Et c'est surtout une souffrance de s'entendre incriminer comme ça* »,

#6 : « *Très mal... il ne faut pas que je me mette à pleurer d'entrée (larmes aux yeux et rires)* »,

#8 : « *toute ma vie, je me suis battue, j'ai essayé de me démener là-dedans [...] Un coup, ça allait, un coup, ça n'allait pas !* »

De façon globale :

#3 : « *Disons que je le vis assez mal quand même* »,

#5 : « *c'est insupportable aussi, c'est trop* »

ou très concret :

#5 : « *on ne peut pas s'habiller comme on veut [...] C'est difficile quoi !* ».

b. Pression socioculturelle

- Pression de la société et de son entourage

Nos patients ressentent qu'il est capital aujourd'hui de correspondre aux exigences de la société y compris en matière de poids. Ils expriment des difficultés face aux regards des autres et se sentent constamment jugés par leur entourage en général :

1 : *« c'est souvent face au regard des autres »,*

1 : *« ils ont raison de me regarder comme ça, de me faire comprendre que je devrais perdre du poids »*

6 : *« et puis de manière générale il y a la pression de la société »,*

7 : *« j'ai eu des remarques sur le poids après mon arrêt de travail »,*

9 : *« Et puis il y a quand même cette image dans la société voilà de : « il est trop gros, il mange trop ! » »,*

11 : *« vous êtes la grosse qui se gave toute la journée vous voyez. Le truc bien culpabilisant quoi (rires) ».*

Au sein de la famille aussi les patients ressentent cette pression :

#2 : *« C'est vrai qu'on entend souvent parler comme ça : “dis donc faudrait moins manger” ou des choses comme ça dans les repas de famille, quand on est un peu rond »,*

5 : *« C'est épuisant de devoir dire “non moi je ne peux pas” dans les repas avec la belle-famille ou on te ressert trois fois parce que toi t'es en surpoids... Mais non, non. Moi je mange ma salade, mes haricots verts et zut ! Il y a des clichés quoi ! »,*

7 : *« Et en plus il y a l'œil des enfants, 3 enfants [...] ils me boostent un peu à reprendre (rires) la gestion de mon poids en main ».*

Les stéréotypes idéalisés par les médias et les représentations collectives créent un impact négatif qui amènent à un phénomène de stigmatisation des patients obèse/en surpoids et renforcent leur culpabilité :

#5 : *« on se sent toujours incriminé quand on est en surpoids, car il y a l'image de « t'es une grosse vache qui ne fait rien que manger ! »,*

8 : *« De suite il faut rentrer dans un cadre, “faites ça sinon vous êtes nul, pas adapté” bon je ne l'ai pas entendu comme ça, mais ça voulait dire ça. “Vous êtes faible” parce que quelqu'un qui a des problèmes de poids vous ne rentrez pas dans l'image de la société voilà c'est qu'on doit être faible de caractère... Tout ça, on nous le dit pas de façon directe, mais c'est sous-entendu »,*

10 : « on pense qu'on mange beaucoup, qu'on mange gras, du fromage tout le temps qu'on mange beaucoup de charcuterie, qu'on mange euh alors que c'est pas vrai enfin moi c'est pas le cas ».

- Habitudes dans l'enfance

Les patients interrogés témoignent tous d'une vision d'eux en surpoids depuis de nombreuses années voire même depuis toujours pour certains :

#1 : « j'ai vécu toute ma vie avec du surpoids »,

2 : « j'ai toujours des souvenirs de moi grosse ».

Avec la mise en place précoce de régimes :

#6 : « j'ai toujours fait beaucoup de régimes beaucoup attention à ce que je mange »

et un rapport problématique au poids très tôt dans l'enfance :

#6 : « J'ai toujours plus ou moins été en surpoids depuis toute petite »,

8 : « depuis que je suis pré-ado, l'âge de 14 ans à peu près, j'ai toujours eu des problèmes de poids »,

9 : « J'ai un rapport à mon corps biaisé depuis que je suis petite, car on m'a souvent dit que j'étais en surpoids ou trop grosse. Du coup c'est resté imprimé dans ma tête et avant même que je sois vraiment en surpoids je l'étais dans ma tête ».

Les patients gardent en mémoire une impression d'habitude dès l'enfance :

#2 : « habitudes ancrées très loin »

5 : « ça fait appel à des tas de souvenirs d'enfance »,

11 : « ma mère par exemple c'est "mange ma fille, mange !" et si tu ne manges pas en gros elle n'est pas dans son rôle de "mère nourricière" enfin vous voyez. [...] ce problème de poids me poursuit depuis que je suis née, car je suis née à plus de 4 kg ».

- Idéal de poids et corps idéal

Les sentiments des patients concernant leur poids posent problème. Bien souvent leur ressenti est plus négatif que celui du corps à proprement parler :

#2 : « le poids euh c'est une mesure c'est vrai. Euh... C'est vrai qu'il est euh en fonction d'un ressenti plus gros quoi. Il y a un idéal de poids il y a voilà, quelque chose à atteindre. Euh.... Mais le poids en lui-même euh si j'étais bien avec ce poids il ne me dérangerait pas forcément »,

6 : « *Je le vois très haut, 93 c'est quand même beaucoup. Des fois je compare avec mon mari et je me dis mince je suis presque à son poids à lui (rires) [...] au-dessus d'un certain poids c'est compliqué* » .

Les patients interrogés s'accordent à avoir une pensée précise du poids qui, en fonction des patients, est un chiffre à ne pas dépasser :

#2 : « *Contrairement à aujourd'hui ou j'ai plus de difficulté parce que je n'ai jamais fait ce poids-là en fait* »,

#11 : « *les cent kilos sur la balance ont fait déclic* »,

une morphologie rêvée jamais atteinte :

6 : « *voilà, j'ai un espèce d'idéal de de morphologie que j'aimerais bien atteindre et que je n'arrive jamais à atteindre* »,

un souvenir lointain d'une silhouette :

#4 : « *quand on y repense on apprécierait de dire qu'on a un peu moins de ventre qui ressorte, quand on arrive au tournant de la rue qu'on n'ait pas le ventre qui se voit en premier c'est bien quand même (rires) [...] Retrouver la silhouette de mes 25 ans ! Se dire que si on ressortait le costume du mariage bon bah j'y rentrerais dedans* »,

voire une formule retenue de l'enfance :

#9 : « *On m'a toujours dit qu'il fallait avoir dix kilos de moins que sa taille* ».

Dans tous les cas de figure, le poids chiffré est toujours idéalisé :

#11 : « *j'aurais un corps de rêve (rires) évidemment ! [...] Il est très mince même maigre* ».

- **Insatisfaction corporelle**

L'image corporelle des patients obèses/en surpoids fait référence à la perception, aux sentiments et aux pensées d'une personne par rapport à son corps. Nos patients souffrent d'insatisfaction corporelle, dénigrent leur corps :

#5 : « *c'est insupportable à regarder dans le miroir je me supporte pas en photo d'ailleurs je refuse les photos* »,

5 : « *Bah plutôt négatif en ce moment* »

et l'image qu'ils renvoient d'eux-mêmes :

6 : « *voilà de me sentir bien dans mes vêtements et de pas pleurer chaque fois que j'essaye d'aller acheter un truc* »

#10 : « *mais quand je vois des photos de moi c'est horrible* ».

Il ne ressemble pas à ce qu'ils souhaitent :

#6 : « *actuellement je vois bien qu'il n'est pas comme je veux ou comme je voudrais qu'il soit en tout cas. Trop gros pour moi, voilà. Assez homogène (rires) c'est-à-dire plutôt gros, partout, mais euh voilà trop imposant* ».

Ils souhaitent changer leur corps et rêvent d'un corps différent dans sa globalité, mais en tout cas plus mince :

#5 : « *Je ferai partir tous ces kilos* »,

#6 : « *Oula, alors un peu de tout partout (rires) non je pense que je changerai ma taille mes bras* »,

#8 : « *je voudrais juste être plus fine* ».

c. Acceptation sous forme de résignation de l'obésité ou du surpoids

Les entretiens des patients obèses ou en surpoids révèlent une acceptation sous forme de résignation : #1 : « *après tout ben c'est moi !* »

Ils évoquent pour beaucoup une acceptation sur le long terme, avec l'âge et les années qui passent :

#2 : « *je dirai qu'avec le temps, qu'avec l'âge on apprend plus à vivre avec notre corps, parce ça je pense que c'est vraiment l'essentiel (rires) d'apprendre à vivre avec son corps et l'accepter telle qu'il est quoi* »,

#4 : « *le ressenti physique euh bon c'est vrai qu'on s'y fait au fur et à mesure des années* », #6 : « *Non, c'est très difficile parce que déjà j'ai toujours été en surpoids donc c'est un peu une pression constante que j'ai...* »,

#10 : « *J'en ai pris mon parti* ».

Pour certains l'acceptation a pris la forme d'un combat qu'ils ont cessé :

#5 : « *j'en ai assez de me battre* », quand pour d'autres ils se définissent ainsi :

#10 : « *Non c'est que maintenant, qu'est-ce que vous voulez je me suis faite à l'idée. Maintenant je suis comme ça, je suis comme ça. Je ne peux rien y faire. Je pense que maintenant à part une opération de l'estomac ou autre chose comme ça je ne peux pas perdre de poids* ».

2. Ressentis du patient concernant la prise en charge du poids en consultation de médecine générale

a. Relation médecin-patient

- Relation de confiance

Dans l'immense majorité, les patients rapportent une bonne relation avec leur médecin généraliste quel que soit l'ancienneté au sein du cabinet :

#1 : « *elle est bonne* »,

8 : « *Bonne, mais euh oui bonne* »,

#9 : « *Elle est très bonne* ».

Ils évoquent même une relation de confiance :

#3 : « *J'ai très confiance* »,

4 : « *Alors la relation elle est bonne [...] on a une relation de confiance moi je lui fais confiance* »,

#8 : « *Moi je pense le plus importe c'est l'échange et la relation de confiance, la relation de confiance qui s'instaure* »,

voire amicale :

#2 : « *suffisamment euh personnelle* »,

5 : « *Je dirai presque amical [...], mais bon je l'apprécie (rires)* ».

Et pour certains entretiennent une meilleure relation qu'avec le spécialiste :

#3 : « *Avec mon médecin... ? Euh je suis en super confiance mieux qu'avec le psychiatre* »,

6 : « *Il y a mine de rien, je pense, aussi une relation de confiance qui est plus importante qu'avec un spécialiste qu'on ne connaît pas* ».

Ce qui nous montre bien l'importance et la place qu'occupe le médecin généraliste dans la relation médicale :

#2 : « *car la confiance envers notre médecin est importante, c'est à lui qu'on se confie le plus normalement* »,

#6 : « *bah déjà il connaît notre état de santé de manière plus globale euh mine de rien on est amené à parler, à livrer un peu nos vies* »

- Attitude libre du patient

Les patients se sentent écoutés par leur médecin :

#1 : « elle m'écoute bien »,

#4 : « on sent qu'il est à l'écoute »

et ont développé une attitude dite « libre » lors des consultations. Ils se sentent assez à l'aise pour parler librement de tous types de sujets :

#4 : « Relativement libre oui »,

#5 : « oui parce que c'est quelqu'un qui me connaît bien »,

#5 : « Très très bien, très à l'aise »,

#6 : « plutôt libre »,

#7 : « oui oui oui. Contrairement à d'autres endroits ou je vais non non c'est plutôt libre »,

#8 : « Oh libre oui sans soucis »

b. Le médecin généraliste doit aborder la question du poids

Malgré les réticences que les médecins peuvent ressentir ou penser ressentir, face à leur patient obèses ou en surpoids, à l'idée d'aborder la question du poids, l'ensemble des patients veut que le médecin aborde la question du poids :

#7 : « il doit euh effectivement recevoir les doléances ou les demandes du patient, mais peut-être creuser un peu plus [...] c'est quand même le premier interlocuteur [...] je crois que c'est la seule chose qui est visible par vous donc ça serait intéressant que ce soit vous qui posiez ça et puis en plus vous avez les les formules »,

#8 : « toucher du doigt le problème, en parler effectivement »,

#8 : « il se doit en tant que médecin, quand il voit une anomalie »,

#9 : « Bah le médecin il peut en parler »,

#11 : « je pense qu'il faut qu'il en parle [...] Je pense qu'il est aussi bien placé qu'un spécialiste ».

Pour certains il faut le faire directement :

#3 : « Et bien directement. [...] Direct quoi, ça ne me gênerait pas »,

#10 : « Directement, bah oui, car même si ça blesse... il ne faut pas tourner autour du pot. S'il fallait que je maigrisse, il faut que je maigrisse ».

Pour d'autres, le médecin doit parler du poids sans trop insister s'il sent de la réticence et pourquoi pas renouveler la démarche plusieurs fois :

2 : « c'est vrai qu'il y a vraiment besoin d'interaction que le médecin dise "vous avez pris 10 kg dans l'année" voilà, que lui il mette... après ça démarre ou ça démarre pas, mais que lui il mette régulièrement le point dessus »,

2 : « C'est pour ça qu'il faut renouveler les les... la démarche. Après je pense que si l'intention est bonne, s'il y a de la bienveillance je pense que même si on a un peu de mal à l'entendre à réagir de suite on pourra se dire "tiens, lui ça fait 3 fois qu'il m'en parle peut-être je peux lui en parler, peut-être que je peux me livrer un peu plus". Il a ouvert la porte, je sais que je peux lui en parler. Il a mis des ancrages au niveau de la confiance ».

c. Le poids est un sujet difficile à aborder

- Touche la sphère intime

Mais le poids reste un sujet compliqué et difficile à aborder, car il touche la sphère intime. Les patients éprouvent des difficultés à en parler spontanément.

2 : « c'est pas simple non plus de... d'en parler nous aussi quoi ».

#6 : « je trouve que ce n'est pas un sujet très facile à aborder. »,

8 : « Bah on n'aime quand même pas trop aborder le sujet ».

Cela fait ressurgir des émotions qui parfois les bloquent. Ils restent sur la réserve, se renferment :

#1 : « je reste sur la réserve, je veux pas en parler. »,

2 : « les médecins sont jamais venus me chercher complètement en fait [...] et puis "oups, comment il me parle" et hop hérisson et euh ça y ai je suis fermée ».

Ils considèrent ces difficultés de l'ordre du psychologique :

#6 : « je n'ai pas tendance à beaucoup me livrer sur des sujets personnels. [...] il y a certains sujets que je n'aborderai pas. Pas facile à aborder.... psychologiquement. »,

6 : « c'est plus psychologiquement que c'est difficile »,

#6 : « mais le problème vient plus de moi qui en parlerai pas forcément facilement et dans ce contexte-là pas facilement »,

9 : « après je pense qu'il y a une forme de pudeur »

- Les échecs des régimes antérieurs sont un obstacle au fait d'en parler

La plupart des patients interrogés ont tous fait des régimes par le passé qui n'ont pas abouti à une perte de poids durable dans le temps. Les échecs des régimes passés sont une des causes au fait de ne pas vouloir aborder le sujet :

1 : « *de ne pas y arriver* »,

2 : « *c'est surtout des questions d'échec, si on n'en parle pas* »,

8 : « *Voilà quoi c'est un constat d'échec quand même et on se met à nu, on dévoile ses faiblesses et...* ».

De plus les patients connaissent déjà les règles diététiques du moins dans les grandes lignes.

5 : « *Parce que moi je sais ce que c'est un régime, ma mère a été au régime toute sa vie donc on faisait cuire sans matière grasse, on faisait bouillir les légumes à la vapeur. Donc quand le médecin arrive on vous disant "bon je vais vous apprendre à vous alimenter !!" (soupire) Bah non, je sais déjà ce qu'il faut faire, je sais tellement bien que j'en peux plus...* »,

#10 : « *Mais pour m'apprendre à faire des repas (soupire) euh ça je sais le faire. J'ai pas de problèmes là-dessus* ».

S'entendre redire les mêmes choses sans cesse n'aide pas les patients à parler du poids :

#6 : « *Alors c'est vrai que du coup il y a une certaine réticence à ce niveau-là parce que je me dis que je n'ai pas envie d'en parler pour qu'on me redise la même chose et que et qu'au final je sais que je ne pourrai pas le faire. [...] Donc ça, je pense que ça freine un peu le fait d'en parler et puis le fait de jamais avoir trouver vraiment une solution durable aussi c'est pas, ça aide pas quoi (rires).* »

- Manque de temps et de connaissances du médecin

Un des points forts relevés dans ces entretiens est le manque de temps des médecins, et le rythme des consultations. Les patients ont bien conscience du manque de temps du médecin généraliste qui peut expliquer que le poids n'est pas un sujet aborder.

2 : « *les médecins ils sont dans le rythme [...] parfois c'est minuté [...] parfois on a l'impression que c'est court, qu'on n'a pas le temps [...] Mais voilà ils n'ont pas assez de temps non plus eux* »,

2 : « *ça demande du temps* »,

3 : « *est-ce que c'est son rôle ? Est-ce qu'il n'a pas déjà assez de travail sans s'occuper de l'alimentation de ses patients ?* »,

3 : « *le temps. Que le médecin ait du temps pour nous, car ils sont débordés* »,

5 : « Voilà, après c'est lourd pour un médecin parce que c'est un coaching, c'est du temps et je sais que vous n'en avez pas trop... »,

7 : « il y a tellement de monde et puis si on prend un peu de temps pour écouter vous dépassez vite le... comme on peut le voir ce soir (rires) vous dépassez vite la durée de la consultation et de la journée enfin c'est un cercle infernal ».

Pour une minorité de patients, ils estiment que le médecin n'est peut-être pas assez formé à la diététique pour parler du poids à ses patients :

#3 : « Il faudrait que les médecins [...] se retrouvent avec des gens professionnels du poids pour avoir des échanges sur la prise en charge du poids. Et de là ils seraient peut-être plus sensibilisés et ça serait peut-être plus facile d'en parler après avec leurs patients »,

8 : « Enfin s'il était formé, oui ça pourrait être son rôle bien sûr »,

9 : « Après elle ne sait peut-être pas non plus comment gérer, peut-être que le poids tout court c'est pas simple et je ne sais pas si les médecins connaissent les problématiques. Peut-être qu'ils ne les connaissent pas les vraies problématiques de la prise de poids ».

- Manque d'intérêt de la part du professionnel

Tout comme le manque de connaissances, certains patients, mais peu nombreux, n'ont pas ressenti de grand et réel intérêt de la part de leur médecin traitant quant à la prise en charge du poids :

#2 : « Moi j'ai pas ressenti un réel intérêt, car c'est pas une maladie en soi d'avoir 15 kg, 5 kg en trop. [...] c'est pas, enfin c'est l'impression que j'ai eue, que c'était pas forcément une maladie enfin en tout cas qui demande une intervention immédiate du médecin »,

#4 : « Mais le poids c'est un problème qui n'est pas pris en charge médicalement [...] Ça devrait être pris en charge comme une autre maladie par le médecin généraliste lui-même ».

d. Vécus de l'abord du poids

- Constatation du poids

Les patients interrogés sur le vécu de l'abord du poids partagent tous le même sentiment, celui d'être jugé :

5 : « certains m'ont dit "mais vous passez votre vie à bouffer ou quoi ?" donc là OK, c'est bon je n'ai plus envie de te parler, c'est réglé, tu m'as étiqueté et tu crois que je passe ma vie à manger, sur un canapé en train de manger OK. »,

8 : « je trouve qu'ils ne se mettent pas suffisamment à la place des gens en fait et je trouve qu'ils ont tendance à trop juger »,

#8 : « je me suis sentie jugée.... J'ai pas du tout apprécié ! Pourtant je me suis accrochée, mais je me sentais vraiment jugée. Je trouve que les médecins en règle générale et de par ma profession, les gens ne sont pas dans l'empathie quoi ».

Bien souvent quand la question du poids est abordée par le médecin, celui-ci fait une constatation sur le poids, le fait qu'il soit trop élevé ou que le patient présente une obésité : #10 : « elle m'a dit : "Vous savez que vous êtes en obésité morbide ?". On ne me l'avait jamais dit comme ça [...] Et elle me dit : "mais comment vous croyez qu'on va vous anesthésier ? ». J'ai répondu, mais je me sentais mal. [...] Je suis tombée sur une peau de vache. Et être comme ça, ça ne sert à rien ».

Alors qu'en pratique, les patients interrogés ont tous conscience de leur obésité ou de leur surpoids, ils ne viennent pas chercher confirmation de cela auprès de leur médecin :

#11 : « Bah pas bien, car à chaque fois que ça revient sur le tapis je me dis "mais je le sais, je le sais, pourquoi est-ce qu'il aborde encore ça ! je sais très bien qu'il faudrait que..." »,

5 : « il m'a fait monter sur la balance et il a dit : "ohlalalala vous savez que ça ne va pas du tout, il vous faut maigrir !". OK, merci ça me fait plaisir de le savoir je ne le savais pas avant de monter sur ta balance, maintenant je sais que je suis grosse ! »,

5 : « on a toujours cette image ou on vous voit arriver, vous êtes en surpoids, et on vous dit "vous savez que vous êtes en surpoids ?" Bah oui je me vois tous les jours dans le miroir !! Et vous savez, c'est un cauchemar ce que je vois donc ne me dites pas que je suis en surpoids, mais dites-moi : "dites, au fait, quelqu'un vous aide pour votre problème de poids ?" »

Et dans un second temps il ne propose rien de particulier :

6 : « mais bon il faut apporter des solutions aussi avec parce que sinon ça ne sert à rien (rires). Le dire juste pour le dire ça ne sert à rien »,

#11 : « Plutôt que dire : "vous êtes en surpoids, il faut maigrir ! il faudrait faire un régime il faut... voilà". Les "Il faut/y-a-qu'à" c'est même pas la peine. Ça n'apporte rien. »

- Sentiment d'abandon

Quand l'abord du poids est fait par le médecin généraliste, il n'y a souvent aucune proposition de faite pour la prise en charge. Les patients regrettent qu'il n'y ait rien de proposer à la différence des autres pathologies :

#4 : « Voilà, "il faudrait perdre du poids !" on le dit, mais ça ne va pas plus loin [...] Donc c'est pas juste dire "il faut perdre du poids" c'est un point à traiter comme on donnerait l'antibiotique pour une angine il faut faire quelque chose pour ça »,

#5 : « Et puis après j'arrive à ce stade-là ou ça recommence il n'y a rien derrière ».

Comme le dit très bien un des patients :

#4 : « Tous les médecins que je vois m'en parlent, mais personne ne me dit quoi faire ».

D'autres patients le vivent de façon plus brutale, mais toujours sans prise en charge et toujours dans le jugement :

#8 : « Vous vous sentez totalement jugé, l'impression de ne pas être compris, on vous juge. "Vous êtes gros, vous ne vous rendez pas compte !" Et les gynécos c'est les pires ! Dans l'agressivité et pas du tout dans le conseil ! À culpabiliser les gens. Bah oui je le sais et alors ? Qu'est-ce qu'on fait ? Aidez-moi ? Mais non ils vous balancent ça dans la tête et débrouillez-vous avec ça quoi. Il y en a certain ils n'ont pas de psychologie je peux vous le dire... C'est terrible quoi. C'est tellement facile de juger et de culpabiliser, mais de ne rien faire par la suite ».

Quand il y a un problème de poids, les patients se sentent abandonnés :

#4 : « Voilà c'est "il faut surveiller le poids" et c'est entre guillemets débrouillez-vous ! ça ne va pas plus loin »,

#9 : « elle me disait : "non, mais là c'est pas bon, c'est pas bon. Il faut faire quelque chose là !! ». OK, mais après ? [...] Ça me faisait prendre conscience encore plus des choses sans que j'aie les moyens de résoudre le problème ».

Parfois les patients ont eu des propositions, mais elles semblaient complètement inadaptées :

#9 : « J'ai vu un mec à Montpellier et il me dit... voilà il était assez froid. Après c'est pas un psy, il m'a pesé, il a calculé le pourcentage de masse grasse voilà. Il m'a dit il faut faire ça et ça. Enfin c'est comme si je disais à un gamin dyslexique : "bah pour apprendre à lire, tu lis !" C'est pareil, ça me fait un peu le même effet (pleure) ».

3. Attentes des patients

a. Organiser une consultation dédiée

Les patients, à l'unanimité, veulent une consultation dédiée :

#2 : « *je pense que ça demande un temps particulier et pas quand on y va pour une angine ou autre* ».

Une fois la question du poids abordée en consultation, au moment opportun, le patient souhaite que le médecin propose une consultation spécifique pendant laquelle la question du poids sera traitée plus profondément :

#2 : « *“bah là on n'a pas le temps, mais on se prend un prochain rendez-vous”* »,

#7 : « *Proposer une consultation spécifique où je viendrai que pour ça* ».

Cela demande aussi une implication de la part du patient :

#3 : « *et que nous on prenne le temps de venir que pour ça* »,

#2 : « *donc déjà on s'y prépare, on vient pour ça, donc on est aussi dans une autre démarche* »,

#7 : « *Il faudrait que les gens viennent que pour ça ou pour vous solliciter que pour ça. Et c'est vrai qu'on ne vient pas que pour ça* ».

b. Manières d'aborder la question du poids

Comme on a pu le voir précédemment, la plupart des patients veulent que leur médecin généraliste aborde le sujet du poids. Mais ils souhaitent que ce sujet soit abordé de manière particulière.

- Faire preuve de tact et s'adapter au patient

La première manière est de ne pas heurter le patient avec des propos blessants, savoir faire preuve de tact :

#2 : « *sans être heurtant pour la personne en fait* »,

#2 : « *Il faut faire évoluer le patient en fait, je pense, tranquillement et doucement sans le heurter parce que c'est ça qui se passe en fait* »,

#10 : « *Donc l'aborder de façon directe, mais malgré tout gentiment, car je ne pense pas qu'il y ait des gens qui soit contents d'être gros* ».

Ensuite il faut savoir s'adapter à la personne assise en face du médecin :

#5 : « S'adapter à la personne et l'écouter vraiment quoi vous voyez. Un échange », #6 : « des solutions adaptées »,

#8 : « En testant la personne, pas forcément directement, mais en dédramatisant la situation et après ça ouvre des portes et ça dépend de la réaction. Si la personne [...] est complètement fermé il ne faut pas insister ça ne sert à rien, il ne faut pas la braquer c'est pas la peine. C'est en fonction de l'attitude de la personne, mais je pense qu'il faut faire de... il faut dédramatiser »,

#9 : « je pense qu'il faut des situations très adaptées à la personne qui est face de vous en surpoids »,

8 : « Donc il faut essayer de lancer une perche et voir en fonction de la réaction du patient. Et s'adapter en fonction, c'est du relationnel quoi (rires). [...] Il faut toujours en discuter, il faut toujours échanger ».

Pour illustrer ces propos, une patiente met en avant le fait que la consultation pour une pathologie bien précise X ou Y n'est pas le moment le plus opportun pour parler du poids : #9 : « Après voilà si je viens pour un rhume c'est pas à mon médecin me dire : "qu'est-ce que vous en pensez de votre poids ?". Je pense qu'il y a une limite aussi dans la pudeur que le médecin ne doit pas franchir, car la personne elle n'est pas forcément venue pour ça ».

- Différentes amorces

Pour certains la question du poids doit être abordée directement, pour d'autre cela peut être sous forme d'amorces lancées par le médecin traitant :

#5 : « comme ça en disant : "est-ce que vous avez mis quelque chose en place pour vous aider euh voilà vous savez que votre poids ou votre IMC je ne sais pas, est-ce que vous avez quelque chose en place avec votre médecin ou avec quelqu'un autre, un nutritionniste, un coach de vie ? » ».

Certains évoquent même le fait de l'aborder de façon détournée voire avec de l'humour :

#2 : « avec l'âge on est plus à l'aise un petit peu euh on y va avec de l'humour »

6 : « j'ai tendance à l'aborder de manière détournée »

Les patients préfèrent qu'on leur pose la question sur la prise en charge du poids :

#5 : « Être là en fait et dire 'bon bah voilà, ou tu en es ? Comment ça se passe ? Comment je peux t'aider ? Est-ce que... »

ou leur demander s'ils veulent une prise en charge spécifique pour leur poids :

#9 : « dire euh voilà : 'est-ce que vous vous sentez bien dans votre corps ?' »

- Faire le lien avec la santé

Un autre point clés de ces entretiens est le fait que les patients veulent que le médecin fasse le lien entre obésité/surpoids et la santé :

#2 : « *d'accès plus sur la santé, quel sont les impacts, etc. [...] Et à travers la santé que ce soit le cholestérol, l'hypertension ou autre ça pourrait être le moyen de prendre en charge le poids* »

#4 : « *Bah si c'est un problème suite à des... du cholestérol, des problèmes cardiaques ou autre à mon avis c'est le médecin qui doit dire 'bon le poids fait partie des symptômes qui causent la maladie donc il faut perdre du poids'* »

#7 : « *le fait d'en parler par rapport à des risques potentiels comme la tension, le diabète... [...] Rappeler tous les problèmes que ça peut engendrer au niveau du poids* »

De plus le mettre en avant permettrait de le prendre mieux en charge, car la santé importe beaucoup pour nos patients :

#2 : « *moi je crois que ça serait bien qu'il puisse être euh qu'il puisse alerter et dire attention la ça peut être un danger aussi pour votre santé* »

#6 : « *je vais peut-être poser la question si je pense que c'est lié à un problème de santé [...] voilà si j'ai l'impression que ça influe sur ma santé [...] quand il y a un impact sur la santé très fort, je pense que la motivation est décuplée* ».

Pour un de nos patients interrogés, le fait de mettre en avant cette notion de maladie le déculpabiliserait :

#11 : « *je pense que, en face, le patient il a besoin d'entendre que c'est quand même une maladie, ça déculpabilise aussi de se dire ça. Et que c'est une maladie qu'il faut soigner au même titre qu'autre chose quoi* ».

c. Le suivi

Dans la prise en charge du poids, pour nos patients interrogés, il manque un réel suivi après la consultation dédiée :

#2 : « *il faut qu'il y ait un suivi beaucoup plus régulier* »

#5 : « *'Alors qu'est-ce que tu en penses ? Ça marche ? Ça marche pas ? Est-ce que tu es arrivé à faire un peu d'activité physique ? je ne te mets pas la pression, mais est-ce que tu permets qu'on partage...'* »,

#6 : « *Alors déjà un suivi après quand même pour s'assurer qu'on tient bien ce qui a été conseillé* »

Ils sont demandeurs d'un accompagnement, d'un compagnonnage pour démarrer et poursuivre la perte de poids :

#1 : « *en fait de l'aide ou un suivi pour me motiver* »,

#2 : « *c'est un accompagnement en fait qu'il n'y a pas forcément en fait parce qu'on est plus dans le soin* »,

5 : « *Donc on, certes on doit se débrouiller seule, mais est-ce que le médecin il n'est pas un peu là pour tendre la main à ce moment-là. Dire : 'écoute, on va essayer un truc'* »,

5 : « *Un accompagnement peut-être un peu plus...* »,

10 : « *Il faudrait quelque chose qui m'aide vraiment à démarrer, un démarrage... qu'il me conseille quelque chose pour démarre* »,

9 : « *Pour moi, j'ai besoin d'un suivi thérapeutique* ».

d. Un allié à l'écoute

Le but étant de ne pas être seul face à cette prise en charge :

#5 : « *De ne pas être seule face à ça* »,

1 : « *on va essayer à deux* »,

2 : « *de dire 'on va vous aider, on va faire ensemble, on va peut-être pas réussir de suite, mais voilà le but c'est ça'* ».

Et avoir quelqu'un à l'écoute :

#5 : « *'Mais tu n'es pas toute seule je t'écoute, je sais que ça ne va pas'* »,

5 : « *Celui qui serait à la fois médecin et à l'écoute* »,

8 : « *M'accompagne. Et si jamais j'ai un problème X ou Y soit là pour l'entendre et essayer de me conseiller. Parce qu'après le reste c'est bon enfin dans mon cas. [...] une roue de secours au cas où je me noie* ».

e. Être dans le 'non-jugement'

Les patients ressentent beaucoup de jugement, d'intrusion, voire même de moralisation de la part des soignants. Aborder le sujet du poids en médecine générale ne déroge pas à la règle de l'empathie. À nous, soignants, de faire preuve d'empathie pour permettre à cette relation médecin/patient de continuer à bien fonctionner notamment dans la prise en charge du poids. À l'unanimité nos patients recherchent du soutien de la part du médecin généraliste, une forme de bienveillance :

#2 : « *si l'intention est bonne, s'il y a de la bienveillance* »,

un non-jugement :

5 : « *et puis surtout ne plus juger quoi* »,

5 : « *Il ne m'a rien offert, il ne m'a rien ouvert il ne m'a rien proposé il m'a jugé ! Sauf que voilà, nous on se juge tous les jours déjà (pleure)...* »

en respectant le patient :

#7 : « *mais sans l'incommoder* »,

9 : « *il faut les formes qui vont avec et ça tous les médecins ne les ont pas les formes* »,

11 : « *Et pas être dans l'intrusion, pas être dans la moralisation, la culpabilisation voilà c'est ça* ».

Bref en faisant preuve d'empathie comme nous le dit un de nos patients :

#8 : « *Mais dès qu'il y a de l'empathie, il n'y a pas de raison, on peut tout dire* ».

f. Orienter le patient si besoin

Pour quelques patients, le médecin a aussi un rôle d'orientation :

#3 : « *Est-ce que peut-être il pourrait pas nous diriger* »,

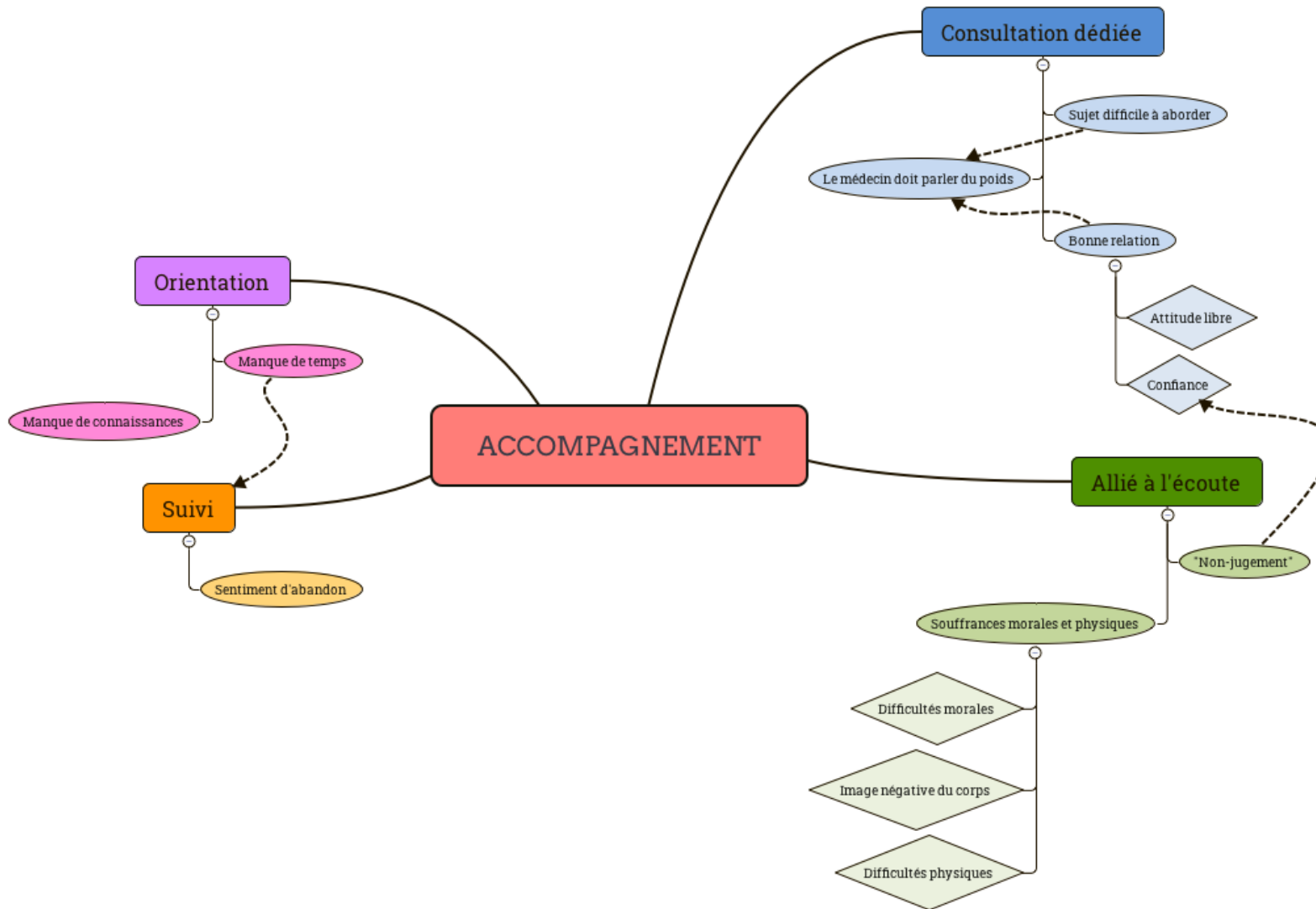
8 : « *et orienter* ».

En effet il occupe une place centrale entre le patient et les spécialistes :

#2 : « *voire de le réorienter, car vous êtes au milieu de tout ça en fait* »,

#6 : « *ou de me réorienter vers une personne qui sera peut-être plus apte à faire ce genre de chose* ».

4. Schéma heuristique : attentes des patients



IV. DISCUSSION

L'objectif de ce travail était de connaître le ressenti des patients concernant la prise en charge de leur obésité/surpoids et recueillir leurs attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste.

A. Forces de cette étude

1. Sujet d'étude

C'est un sujet très peu étudié que ce soit dans la littérature existante ou dans des thèses de médecine générale récentes alors que le sujet de l'obésité est un problème de santé publique toujours d'actualité en 2018.

2. Méthode qualitative

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. Ils montrent comment les gens perçoivent la réalité et permettent de saisir toute la complexité psychosociale des problèmes de santé. C'est pourquoi le choix de la méthode qualitative s'est avéré pertinent, car il a permis d'explorer au mieux le vécu et les attentes des patients de notre étude.

Dans ce type de méthode, les résultats ne fournissent pas de données représentatives sur le plan statistique (30).

3. Validité interne : triangulation

Les verbatim ont été analysés séparément par l'enquêteur et le docteur Ladet. Cela permet de vérifier la pertinence de l'analyse.

4. Validité externe (saturation)

Nous avons respecté la validité externe de notre étude en arrivant à saturation des données après 9 entretiens, cette saturation a été complétée par deux entretiens supplémentaires n'apportant aucune autre information nouvelle.

B. Limites de l'étude

1. Population

La population de nos patients questionnés est majoritairement féminine (81,8 % des patients interrogés sont des femmes et 18,2 % des hommes). Même si l'obésité/surpoids féminine est plus importante que chez les hommes, ce n'est pas dans ces mêmes proportions (15,7 % de femmes et 14,3 % d'hommes) (6). De plus, nous avons eu plus de témoignages de patients présentant une obésité qu'un surpoids. 77,8 % de nos patients présentent une obésité et 22,3 % sont en surpoids, 2 patients ne connaissaient pas leur poids au moment de l'entretien. Selon la dernière étude Obépi2012 dans la population française c'est l'inverse, 15 % présente une obésité et 32,3 % un surpoids (6).

Cette enquête est limitée géographiquement au département de l'Hérault et ne représente donc pas les attentes de l'ensemble des patients obèses français.

2. Première analyse

L'investigatrice principale n'était pas formée à l'analyse qualitative ni au concept de la théorisation ancrée. Cette étude constitue donc sa première expérience en la matière, en cela il peut exister un biais d'investigation.

3. Analyse qualitative par entretiens semi-dirigés

Les limites de cette technique par entretien semi-dirigé résultent dans le fait que les résultats ne peuvent 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 patient 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 patient interviewé. L'interaction verbale et sociale de l'entrevue est alors hautement situationnelle et conditionnelle, toujours singulière et jamais reproductible (30).

C. Synthèse des résultats

1. Ressenti du corps et du poids

- De la gêne à la souffrance.

Nos entretiens témoignent dans un premier temps de la souffrance tant physique que morale que nos patients ressentent concernant leur obésité/surpoids. La souffrance physique se traduit par un ressenti handicapant du corps dans les activités quotidiennes où ce corps trop lourd pour beaucoup devient difficile à porter et où de banales actions deviennent difficiles. Pour les patients ce corps est épuisant, encombrant et devient « un boulet ».

Alors que la souffrance morale, elle, est ressentie comme une image négative du corps avec l'utilisation du champ lexical du négatif pour parler du poids et une mauvaise estime de soi. Nos patients se disent complexés, pas à l'aise, voire même gênés par leur poids. Cette souffrance est cachée par nos patients et se vit au quotidien avec plus ou moins d'intensité. Ces informations ne sont pas nouvelles, une étude de 2007 de Waysfeld B. réalisée auprès de 1000 sujets obèses ou en surpoids en France retrouvée déjà cette notion de souffrance, solitude et tristesse chez 58 % des sujets obèses interrogés et 30 % des sujets en surpoids (32).

- Pression socioculturelle

Dans notre étude, les patients nous font part de la pression socioculturelle qu'ils ressentent comme une pression constante par rapport à leur poids et leur corps. Ils expriment tous le ressenti négatif qu'ils ont dans leur quotidien par leur entourage. La honte, la gêne voire même la culpabilité peut envahir ceux qui sont les victimes de l'obésité/du surpoids. Cette pression socioculturelle actuelle n'est pas étrangère à la notion de souffrance vue précédemment. Les représentations sociales amènent à un phénomène de stigmatisation du patient obèse/en surpoids, réduisant la personne à une caractéristique corporelle. Cette étiquette d'« obèse » en fait le statut principal du sujet. Dans une thèse d'exercice de 2013, on retrouve aussi cette notion de stigmatisation chez les patients obèses interrogés et la notion de souffrance qui en découle (33). De la même manière, on retrouve la notion d'implication des émotions (tristesse, colère et honte) dans le vécu du rejet social lié au poids dans une étude de 2015 sur la compréhension des mécanismes d'autodépréciation et d'autoaffirmation des personnes obèses (34).

- Stigmates de l'enfance

Les patients en situation d'obésité ou de surpoids ont pour beaucoup toujours eu une image d'eux avec un excès de poids. Ils ont des souvenirs d'eux en surpoids alors qu'en revoyant des photos d'eux à cette époque, ils ne l'étaient pas. Cet élément nous renvoie à la notion que le patient obèse/en surpoids souffre de son image et que celle-ci n'est pas la réalité. De plus, ils ont bien souvent démarré les régimes très tôt dans l'adolescence. Nous n'avons pas trouvé de données concordantes dans la littérature.

- Insatisfaction corporelle, Idéal de poids et Acceptation

L'insatisfaction à l'égard de l'image corporelle est le résultat d'une évaluation négative de son apparence physique. Dans notre étude, les patients interrogés sur leur poids mettent en avant un idéal de poids qu'ils n'ont pas. Ils s'accordent à avoir une pensée précise de leur poids idéal, qui est propre à chacun.

Comme le précise Thibault de Saint Pol dans son ouvrage « le corps désirable », il convient de distinguer le poids réel, tel que le mesure la balance, du poids idéal, qui renvoie à un critère normatif, celui du corps désirable. Ces deux poids sont en outre différents du poids vécu, qui est le poids tel que se le représente l'individu (35). Le poids vécu de nos patients a toujours une représentation négative. Mais les patients développent une forme d'acceptation de leur poids avec les années. Ce qui est l'inverse des résultats retrouvés dans une étude de 2013 qui montre une augmentation significative de l'insatisfaction corporelle avec l'âge (36).

2. Ressentis de la prise en charge du poids

- Relation médecin-patient

Sur l'ensemble de nos entretiens, nous avons constaté que la relation médecin-patient était essentielle pour nos patients interrogés. En effet, ils la qualifient de « bonne relation » et évoquent aussi pour beaucoup leur attitude libre envers leur médecin. Cela quelle que soit leur ancienneté dans le cabinet. La médecine de l'obésité est une médecine centrée sur la personne pour laquelle la relation soignant-soigné est d'une extrême importance (14). Pour certains, cette « bonne relation » va même au-delà de la bonne entente, car ils parlent de relation de confiance voire de relation amicale. De par cette relation si particulière avec le médecin généraliste, il a un rôle important pour aborder la question du poids. C'est d'ailleurs aussi le sentiment qu'ont les médecins généralistes quant à leur rôle dans la prise en charge du poids. Dans une étude de 2010, le médecin généraliste était perçu par tous les médecins interrogés comme l'acteur central dans la prise en charge du patient obèse (37). Le thème de la relation médecin-malade dans notre étude est récurrent, tout comme dans l'étude de L. Ali de 2015 sur les ressentis et pratiques de médecins généralistes de la Somme (38).

- Le médecin généraliste doit aborder la question du poids

La très grande majorité de nos patients estiment et veulent que le médecin aborde la question du poids et cela directement, sans détour. Ils considèrent qu'il est dans son rôle. Le médecin traitant est naturellement le pivot du système pour la prise en charge du poids, comme en témoigne le tableau ci-dessus du Dr Ziegler (14).

Tableau II : Organisation du système de soins pour faire face à l'épidémie d'obésité (d'après Ziegler et coll. 2004)

Actions	Objectifs	Acteurs	Cibles
Prévention primaire	Modifier le mode de vie	Politiques, décideurs locaux, Industriels, associations de consommateurs, média, Médecins et acteurs de santé	La société
Dépistage	Agir le plus tôt possible	Médecins et acteurs de santé : PMI, médecine scolaire, médecine du travail, médecins généralistes	Les sujets à risque Les jeunes enfants
Traitement de 1ère ligne	Bilan et traitement précoce	Médecin traitant	Surpoids et obésités communes
Traitement de 2e ligne	Comorbidités sévères	Médecin-nutritionniste et autres spécialistes	Obésités graves, rebelles, précoces
Traitement de 3e ligne	Recours	Centre de référence Equipe pluridisciplinaire	Echecs et cas graves
Traitement de 4e ligne	Eviter la rechute Dépister les complications	Médecins généralistes ou médecin référent	Tous les patients

A contrario, pour d'autres, il doit « tâter le terrain », mais sans trop insister. Certains pensent qu'il ne faut pas hésiter à renouveler la démarche ultérieurement si l'on voit que cela n'a pas eu d'impact la première fois. Permettant ainsi de laisser le choix au patient de rebondir immédiatement et d'en parler ou de le faire une prochaine fois. Cela permet selon eux de « laisser la porte ouverte ». Dans la littérature, plusieurs études retrouvent le fait que cette tâche, de parler du poids, incombe au médecin généraliste : l'étude de 2014 portant sur le vécu, représentations et attentes des adolescents en surpoids et obèses (39) et une thèse de

2013 sur le vécu de l'abord ou non en consultation du poids retrouvent ces mêmes résultats (40). Il existe d'ailleurs, dans la littérature, des articles pour aider le médecin à aborder la question du poids et surtout éviter certains pièges (41) car nous le verrons juste après, le poids est un sujet difficile à aborder.

- Sujet difficile à aborder

Ce qui ressort dans notre étude est que l'abord du poids est considéré par nos patients comme un sujet difficile pour plusieurs raisons et fait référence à l'intimité du patient.

Une des causes retrouvées est de l'ordre du psychologique, les patients émettent des réserves, ont une forme de pudeur à parler du poids.

La plupart des patients interrogés ont tous fait des régimes par le passé qui n'ont pas abouti à une perte de poids durable dans le temps. Les patients évoquent donc aussi les échecs des régimes antérieurs comme frein au fait d'aborder le sujet du poids et notamment parce qu'ils ressentent de la honte ou un sentiment de faiblesse.

Enfin, tous s'accordent à dire qu'ils connaissent les règles hygiéno-diététiques. De ce fait, ils ne souhaitent plus entendre les mêmes interventions diététiques rabâchées de nombreuses fois, standardisées et impersonnelles. Pour eux, ces mêmes conseils entendus maintes fois ne les aident pas et au contraire participent à ce phénomène de stigmatisation déjà véhiculé par la pression de la société.

On retrouve cette notion également dans la thèse de 2014 citée précédemment concernant les adolescents et leurs attentes (39). Cet agacement se retrouvant déjà dans les entretiens d'adolescents on peut supposer que nos patients, tous adultes, ont pu l'entendre souvent depuis de nombreuses années.

- Manque de temps

Pour nos patients, le médecin manque de temps pour pouvoir s'occuper de la prise en charge du poids. Les patients ont bien conscience du manque de temps du médecin généraliste et du rythme effréné des consultations, ce qui peut expliquer que le poids ne soit pas un sujet abordé. Cet élément est retrouvé dans de nombreux articles et études de la littérature et notamment dans une étude de 2016, sur les représentations de patients obèses adhérant à un programme d'amaigrissement non médicalisé concernant la prise en charge de leur surpoids ou l'on

retrouve la même notion de manque de temps ressenti par les patients (42). Les médecins ressentiraient également la même chose concernant le manque de temps, dans l'étude de 2015 sur les pratiques et attentes des médecins généralistes de Picardie (24), ils étaient 10,2 % des médecins répondants à estimer la consultation de l'obésité comme « chronophage ». Ces données sont aussi confirmées dans d'autres articles de la littérature (43). Les patients de notre étude sont ambivalents sur le manque de temps, pour certains c'est un reproche alors que pour d'autres cela fait malheureusement partie des inconvénients qui incombent au rôle du médecin généraliste.

- Manque de connaissances

Le manque de connaissances du médecin concernant la prise en charge de l'obésité n'a pas été remarqué par de nombreux patients, en effet seulement trois patients l'évoquent. À l'inverse, dans la littérature, on retrouve cette notion du côté des médecins généralistes interrogés dans plusieurs études. Une thèse de 2010 retrouve cette notion évoquée par la majorité des médecins répondants, il s'agit du manque de connaissances diététiques, d'analyse psychologique et d'éducation thérapeutique (37). Une enquête réalisée aux États-Unis dans le Connecticut a mis en évidence que seuls 26 % des internes en médecine se considéraient comme suffisamment formés pour prendre en charge l'obésité (44). Par contre dans une thèse de 2015 qui s'intéresse aux pratiques des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'obésité en Picardie, tout comme dans notre étude, ce ressenti est faible puisque le manque de formation est évoqué par 6,8 % des médecins répondants (24).

Malgré le faible nombre de patients signalant le manque de connaissance du médecin, les données de la littérature confirment ce sentiment de manque de formation à la prise en charge de l'obésité. Pourtant il existe bien dans la formation des médecins un item spécifique appelé « Item 251 : obésité de l'enfant et de l'adulte » (45) dont les objectifs sont les suivants :

- Savoir diagnostiquer une obésité chez l'adulte.
- Apprécier les signes de gravité et le pronostic.
- Accompagner le patient dans sa démarche de contrôle pondéral.
- Connaître les facteurs favorisant l'obésité de l'adulte et les mesures de prévention ou argumenter les principes du traitement et de la surveillance.

- Manque d'intérêt

Tout comme le manque de connaissances seulement deux patients font remarquer le manque d'intérêt de la part de certains médecins comme frein à la prise en charge. Pour l'un le poids

n'est un problème pris en charge médicalement, pour l'autre, il n'a pas ressenti que son problème d'obésité était considéré par le médecin comme une maladie donc n'oblige pas à une intervention médicale. Dans la littérature, les données sont contradictoires.

Dans le sens de nos résultats, une étude récente française met en évidence une faible proportion de médecins interrogés, soit 28 %, qui signalent que le manque ou l'absence d'intérêt pour la pathologie obésité est un obstacle à la prise en charge (23).

Nos résultats et cette étude vont à l'encontre de plusieurs enquêtes où ce désintérêt est exprimé sous différentes formes : sous-estimation de l'importance ou de la prévalence de l'obésité (43) (46) absence de conseils délivrés aux patients, etc.

En effet pour O Booth et Nowson dans une étude de 2010, seulement 27 % des patients obèses ou en surpoids en milieu urbain australien consultant leur médecin généraliste disaient recevoir des conseils de perte de poids (47).

Ainsi, soit le manque d'intérêt des médecins généralistes pour la pathologie obésité est effectivement rare comme nous le montre notre étude, soit cette discordance avec la littérature peut être liée à une sous déclaration de ce sentiment « manque d'intérêt du médecin ».

- Vécu de l'abord du poids

Constatation du poids et sentiment d'abandon :

Alors que les patients veulent que le médecin parle du poids, ils sont souvent mécontents de la façon dont cela est fait. Ces entretiens nous montrent que le poids est d'ailleurs un sujet abordé par l'ensemble des médecins de ses patients, mais beaucoup se sentent jugés, car l'abord du poids se résume bien trop souvent à la simple constatation que celui-ci est trop élevé. Et bien souvent les médecins de nos patients interrogés le font remarquer d'une façon assez violente, voire brutale. Nos patients se sentent agressés par les propos de ces professionnels de santé. Du côté des patients, ces données sont confirmées dans un article de la revue médicale EXERCER (48) où l'approche du poids est souvent vécue comme maladroitement et parfois blessante par les patients, dénonçant volontiers la maladresse des médecins. La stigmatisation du surpoids, susceptible de culpabiliser le patient, est un des éventuels facteurs d'échec de l'intervention médicale. Et du côté des médecins, dans une enquête réalisée en 2005 par le Dr Thuan auprès de plus de 700 médecins généralistes de la région Languedoc-Roussillon, 73 % d'entre eux reconnaissent qu'il existe une attitude négative envers les personnes obèses de la part des personnels de santé (49).

Dans un second temps, après cette simple constatation, les patients regrettent qu'il n'y ait pas de propositions concrètes à la prise en charge de leur poids et se sentent abandonnés. Comme le dit très bien un des patients : #4 : *« Tous les médecins que je vois m'en parlent, mais personne ne me dit quoi faire »*.

Au terme de nos entretiens il semble exister un vide concernant la prise en charge concrète du poids alors qu'il existe de nombreuses recommandations dont celles de l'HAS parue récemment (5). Pour prendre un exemple, 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 (14).

3. Attentes des patients

Globalement, nos patients attendent du médecin traitant un accompagnement dans la prise en charge du poids. Alors qu'il y a peu de recherches sur les attentes des patients, une étude de 2014 met aussi en évidence que les patients obèses ou en surpoids attendent un accompagnement général de la part de leur médecin généraliste (40). Dans notre étude, cet accompagnement s'articule autour de quatre étapes :

- Une consultation dédiée
- Un allié pour le suivi régulier et l'écoute
- Le « non-jugement »
- L'orientation si besoin

- Consultation dédiée

À l'unanimité, les patients souhaitent une consultation spécifique pour aborder la question du poids. Les consultations médicales sont souvent minutées et la question du poids est un vrai sujet à part entière qui nécessite un temps dédié. Cela passe par la convocation du patient lors d'une autre consultation et cela permet de l'impliquer dans cette démarche. Les patients sont demandeurs et veulent que le médecin leur propose cette nouvelle consultation pour ne pas traiter le sujet du poids lors de cette fameuse question dite « poignée de porte » en fin de consultation (50). Ces données sont aussi retrouvées dans la thèse de C. ONZON de 2014 (39). La HAS dans son dernier rapport paru en 2011 sur les recommandations de la prise en charge de l'obésité et du surpoids préconise d'ailleurs une consultation dédiée (5).

Mais en pratique, cette consultation spécifique n'est pas réalisée. Dans une thèse de 2016 réalisée en Picardie seul 18.4 % des médecins interrogés proposés une consultation dédiée à leurs patients présentant une obésité ou un surpoids (24). Ce concept serait à développer.

Pourquoi ne pas inciter le médecin généraliste à développer ces consultations-là ? La valorisation des consultations initiales pour les personnes atteintes d'obésité (51), ou encore une cotation spécifique pour une consultation dédiée à la prise en charge du poids pourraient constituer des éléments de réponses à cette problématique. Ces éléments ont déjà été proposés au Sénat lors d'un rapport sur « la prévention et la prise en charge de l'obésité » en 2005 sans mesures mises en place jusqu'à présent (14).

Les patients ont aussi des attentes concernant la façon d'aborder la question du poids. De manière générale, ils recherchent une approche certes directe, mais douce, sans reproches, en

faisant preuve de tact et surtout sans utiliser de termes ressentis comme violents par le patient. Ils veulent aussi que le médecin s'adapte au patient, en le testant dans ses réactions pour ne pas le heurter ni aller trop loin dans son intimité et se laisser la possibilité d'en reparler ultérieurement.

Enfin concernant l'abord du poids, tous sont d'accord sur le fait qu'actuellement il ne faut plus mettre en avant le fait que le patient a un excès de poids. Comme on l'a vu précédemment cela est vexant et source de stigmatisation pouvant entraîner un repli du patient. Nos patients le disent très bien, ils savent qu'ils ont un problème de poids, c'est une information qu'ils ont intégrée. Ces données ont déjà été retrouvées dans une autre étude où proposer une aide spontanée (intervention de soutien) au patient pour perdre du poids était plus efficace sur la perte de poids que l'injonction de le faire (intervention de conseils) (52). Pour respecter leur sensibilité, ils préfèrent donc un abord direct centré sur la prise en charge elle-même avec des questions ouvertes telles que :

- Où en êtes-vous concernant votre poids ?
- Votre poids vous pose-t-il problème ?
- Vous sentez-vous bien dans votre corps ?
- Est-ce que quelqu'un vous aide pour votre poids ? Sinon, comment puis-je le faire ?

Dernier point sur les manières d'aborder le sujet du poids, faire le lien avec la santé. Pour nos patients, cela représente une façon plus médicale d'aborder le poids et cela donne un ressenti plus positif de cet abord. Pour beaucoup de patients, l'obésité n'est pas vraiment considérée comme une maladie à la différence des professionnels de santé (53).

A. Un allié pour le suivi régulier et à l'écoute

Une fois la démarche entamée avec les patients, ces derniers ont besoin d'un suivi dans le cadre de cet accompagnement. Ils recherchent un allié. Ce suivi leur permettrait pour certains d'entretenir leur motivation, pour d'autres d'avoir un œil professionnel sur la suite de la prise en charge. Dans le cadre de ce suivi, ils recherchent aussi l'écoute du professionnel de santé. Il est intéressant de comparer les avis divergents des médecins et patients à ce sujet. En effet dans une thèse de psychologie datant de 2015 de P. Cornet (54) quand on compare les attentes supposées des patients du point de vue des médecins aux attentes réelles des patients on retrouve nos principaux items d'écoute et de suivi. Comme nous le montre le tableau III ci-dessous, les

médecins pensent que les patients ont besoin d'écoute en première place alors que le suivi, lui, n'est mentionné qu'en septième place sur huit propositions.

Pour les patients, les conseils sont classés premiers à la différence des résultats de notre étude. L'écoute et le suivi sont classés respectivement deuxième et troisième du classement ce qui semble être en accord avec nos résultats.

Tableau III : comparaison des attentes des patients et de celles supposées des patients par les médecins

(d'après CORNET 2005) (54)

Classement des huit mots	Supposés des médecins quant aux attentes des patients	Attentes réelles des patients
1	Écoute	Conseils
2	conseils et considération	Écoute
3	Solution miracle Médicaments	Suivi et adresse
4	Considération et écoute	Considération
5	Conseils et adresse	Adresse
6	Adresse	Médicaments
7	Suivi	Solution miracle
8	Rien	Rien

Ces résultats mettent en avant le ressenti différent des médecins sur le suivi que peuvent attendre nos patients. Dans l'article de la revue EXERCER, «le poids des mots, le choc des représentations» leur étude montre aussi que les patients sont demandeurs d'un soutien au long cours par leur médecin généraliste (48). En pratique, il n'y est pas, comme nous le montrent les résultats de la thèse du Dr Thuan paru en 2005, du côté des médecins, moins de 50 % d'entre eux reconnaissent la nécessité de suivre les patients durant plusieurs années (49).

Concernant l'écoute, elle est un des fondements principaux de la relation entre un médecin et un patient (54). C'est une posture nécessaire et appréciée par les patients comme le montre notre étude. Elle constitue l'un des piliers de la démarche en éducation thérapeutique (ETP). Dans le cadre du Plan Obésité, l'ETP est la pierre angulaire de la prise en charge de l'obésité (axe 1 du plan) (21). L'ETP donne aux professionnels de santé l'opportunité de changer ou d'adapter leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques envers les personnes obèses. Selon l'OMS (55),

l'éducation thérapeutique 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. La démarche éducative tient compte des besoins, des objectifs et du vécu du patient tout en restant conforme à un référentiel de bonnes pratiques s'intégrant ainsi dans les attentes des patients en termes de suivi et d'écoute (56). Des solutions concernant l'offre d'ETP sont en cours d'évaluation pour améliorer l'offre de soins du patient obèse/en surpoids (56).

- Non-jugement

Les patients de notre étude disent ressentir des sentiments négatifs de la part des professionnels de santé qu'ils côtoient. Comme vu précédemment le vécu de l'abord du poids peut être source de souffrance ou d'inconfort. Les patients attendent que le professionnel qui leur parle de leur poids soit bienveillant, ne soit pas incommodant ni intrusif et surtout ne les juge pas. Ici, plus que jamais, l'alliance thérapeutique avec le patient est essentielle, sans culpabiliser ni stigmatiser.

La notion de «non-jugement» est l'un des quatre principes de l'esprit de l'entretien motivationnel (57). L'efficacité de cette technique de communication a été scientifiquement démontrée. Des méta-analyses et revues récentes montrent son application en soins primaires pour la perte de poids (58). De plus, nos patients parlent d'eux-mêmes dans nos entretiens de l'empathie, qu'ils recherchent auprès de leur médecin. L'empathie fait partie des «attitudes de l'aidant» dans l'entretien motivationnel. En effet, basée sur l'écoute active et une attitude empathique, l'approche motivationnelle propose des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecine générale (59). L'empathie prend donc son sens en se plaçant au centre de la relation médecin-patient. Elle est de ce fait reconnue dans la formation médicale et mentionnée dans le guide HAS 2007 sur l'éducation thérapeutique, comme une compétence relationnelle nécessaire et indispensable aux médecins (60).

Ce ressenti des patients est aussi retrouvé dans d'autres études. La thèse de T. Bouchez de 2010 met en évidence qu'il est primordial pour les patients interrogés de se sentir en confiance avec leur médecin, et ce dernier ne doit pas se montrer stigmatisant ou culpabilisant. Un certain nombre des patients de cette même étude semblait pourtant ressentir un jugement du médecin, comparable à celui de leur entourage, et en grande partie liée aux représentations sociales de l'obésité tout comme dans notre étude (37). L'article de la revue EXERCER parue en 2008 «Surpoids des adultes jeunes : le poids des mots, le choc des représentations» montrent aussi que les patients dénoncent un manque d'empathie et des attitudes parfois culpabilisantes (48).

Alors que les patients reprochent aux médecins leur manque d'empathie, celle-ci figure pourtant dans le programme d'enseignement du deuxième cycle des études médicales, dans le module d'apprentissage sur la relation médecin-malade : « établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs » (Bulletin officiel n° 22 du 7 juin 2007 du ministère de l'Éducation nationale) ainsi que dans le programme de DES de médecine générale (61) (62). Alors que l'empathie est au programme de l'enseignement médical, nous pouvons nous demander si certains enseignements théoriques sont suffisamment formateurs pour la pratique clinique. Renforcer et restructurer l'enseignement de l'empathie dans la formation initiale des internes et dans la formation continue des médecins généralistes pourrait contribuer à améliorer une relation de qualité médecin-patient.

- Orientation si besoin

Dans certains cas, en cas de difficultés notamment, les patients sont demandeurs d'une réorientation vers un spécialiste. Le médecin ayant un rôle central et de lien entre le patient et les spécialistes. Cependant, le nombre de patients ayant exprimé cette idée était assez faible. À l'inverse dans la littérature, dans la thèse de T. Bouchez de 2010, on retrouve cette notion d'orientation exprimée par les médecins généralistes. Ils considèrent en effet que cela est un de leur principal rôle et que leur réseau de spécialistes leur ouvrirait les portes de spécialistes compétents pour la prise en charge de l'obésité de leurs patients (37).

V. CONCLUSION

Globalement, notre étude montre la non-acceptation et la souffrance du patient par rapport à son poids. À l'échelle des individus, l'obésité est vécue comme une souffrance autant que comme un handicap. De plus, la pression socioculturelle de notre époque est ressentie comme une pression constante par nos patients. Ils expriment tous le ressenti négatif qu'ils ont dans leur quotidien par leur entourage et la société.

Parallèlement à cela, notre étude met en avant le fait que nos patients entretiennent une bonne relation avec leur médecin traitant. Médecin qu'ils considèrent comme le professionnel de santé le mieux placé pour aborder la question du poids, pourtant les patients n'abordent pas le sujet avec eux. Alors qu'ils entretiennent une bonne relation avec le médecin et qu'ils souffrent, comment expliquer cette inadéquation concernant la prise en charge de l'obésité/surpoids ?

Notre étude montre que les patients ne recherchent pas une aide sur la prise en charge diététique en priorité, mais un accompagnement global de la part de leur médecin généraliste. Cet accompagnement passe par la mise en place de consultations dédiées et spécifiques à la prise en charge du poids. Les patients sont aussi demandeurs d'un suivi au long cours avec une écoute adaptée de la part de leur médecin généraliste. De plus, on peut noter l'importance de la manière d'aborder le sujet du poids. Pour lutter contre la stigmatisation croissante des patients obèses/en surpoids les notions de tact, d'adaptation individuelle et de bienveillance sont essentielles. Demander où le patient se situe par rapport à la prise en charge de son poids, proposer son aide et faire le lien avec la santé sont ainsi mieux perçus et acceptés par le patient que de systématiquement pointer du doigt l'excès de poids ou les chiffres trop élevés sur la balance.

Nos patients ont une idée bien précise de l'accompagnement qu'il souhaite et par qui ils le souhaitent. On peut alors se demander pourquoi les patients ne prennent pas les commandes en abordant le sujet du poids avec leur médecin traitant ? Et d'un autre côté, que pourrait-on mettre en place pour les aider à se libérer ?

Du côté des médecins, connaissant bien leurs patients, ils ont conscience de leur IMC trop élevé ainsi que de la problématique de santé publique de l'obésité/du surpoids et pourtant ils n'abordent pas la question du poids. Plusieurs travaux ont étudié les freins à la prise en charge de l'obésité du côté des médecins généralistes. Les principaux freins sont le manque de formation, l'absence de prise en charge financière par la CPAM, le manque de motivation du patient et l'aspect chronophage de la consultation diététique.

Face à ces problématiques, on peut se demander quels outils pourraient être mis en place afin de libérer les médecins de ces freins et les aider à mieux travailler au quotidien.

Au final, ce sujet de recherche est loin d'être clos, car la prise en charge de l'obésité/du surpoids est un problème complexe pour lequel de multiples paramètres entrent en jeu notamment des paramètres psychologiques du côté des médecins et des patients. Il reste encore des recherches à effectuer sur le sujet pour aboutir à des conduites à tenir plus pratiques au quotidien.

VI. BIBLIOGRAPHIE :

1. OMS | Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. WHO. 2003.
2. OMS. 10 faits sur l'obésité [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/fr/>
3. Basdevant A, Bouillot J-L, Clément K, Oppert J-M, Tounian P. Traité médecine et chirurgie de l'obésité. Librairie Lavoisier. 2011.
4. Belgian Association for the Study of Obesity (BASO). Le consensus du BASO. Un guide pratique pour l'évaluation et le traitement de l'excès de poids [Internet]. 2002. Disponible sur: <http://www.eetexpert.be/cap-expert/downloads/DEFINITIEVE%20VERSIE%20CONSENSUS%20FR.pdf>
5. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. 2011.
6. ObEpi-Roche 2012. ObEpi-Roche 2012 : enquête nationale sur l'obésité et le surpoids. 2012.
7. Matta J. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. 2016;7.
8. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. :43.
9. Basdevant A. Clinique des obésités de l'adulte. médecine/sciences. 1998;14(8-9):925.
10. Berdah C. Obésité et troubles psychopathologiques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 avr 2010;168(3):184-90.
11. Berrington de Gonzalez A, Hartge P, Cerhan JR, Flint AJ, Hannan L, MacInnis RJ, et al. Body-Mass Index and Mortality among 1.46 Million White Adults. N Engl J Med. 2 déc 2010;363(23):2211-9.
12. NHLBI Obesity Education Initiative. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. National Heart, Lung, and Blood Institute; 1998.
13. OMS. Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale ; rapport d'une consultation de l'OMS. Geneve; 1997. 284 p.
14. Dériot MG. la prévention et la prise en charge de l'obésité,. 2005.
15. Basdevant A, Laville M, Ziegler O, Lafontan M, Bresson J-L, Vague P. Guide pratique pour le diagnostic, la prévention, le traitement des obésités en France. Recomm Pour Diagn Préval Trait Obésité. 1998;24:10-42.

16. North American Association for the Study of Obesity, National Heart L, National Institutes of Health (U.S.), NHLBI Obesity Education Initiative. The practical guide : identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults [Internet]. [Bethesda, Md.] : National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, NHLBI Obesity Education Initiative, North American Association for the Study of Obesity; 2000. 94 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/practicalguideid00nort>
17. Pavet C-E. Les effets de l'activité physique et sportive sur les maladies cardiovasculaires [thèse d'exercice]. 2015.
18. Msika S, Ledoux S. Chirurgie de l'obésité morbide de l'adulte. EMC - Endocrinol - Nutr. janv 2006;3(2):1-14.
19. Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. 2009;26.
20. PNNS_2011-2015.pdf [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
21. Plan_Obesite_2010_2013.pdf [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf
22. Haute Autorité de Santé - Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
23. Fayemendy PJM. La prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne : difficultés rencontrées et suggestions d'amélioration [thèse d'exercice]. 2012.
24. Hernandez-Bridier M. Obésité de l'adulte : pratiques et attentes des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge en Picardie en 2015 [thèse d'exercice]. 2016.
25. Thuan J-F, Avignon A. Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge leurs patients adultes obèses ? Une enquête transversale en Languedoc-Roussillon. Med Med FACTUELLE NOS Prat. juin 2006;2(6):276-81.
26. Golay A, Lagger G, Giordan A, Halimi S. Comment motiver le patient à changer ? Médecine Mal Métaboliques. mai 2010;4(3):338.
27. Santa F. Anticiper sans heurter. fevrier 2017;(2786):28.
28. Agnès Oude-Engberink, Béatrice Lognos, Bernard Clary, Michel David,, Gérard Bourrel. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. 2013;24(105):4-11.
29. Glaser BG, Strauss AA. La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative. <http://journals.openedition.org/lectures>. 1967;
30. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd. Armand Colin; 2016. 285 p.

31. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorie ancrée par les étudiant en médecine. 2009.
32. Waysfeld B, Lecerf J-M, Klein P, Filipecki J. Souffrances et croyances chez 1000 sujets en surpoids ou obèses en France. *Obésité*. 1 sept 2007;2(3):245-53.
33. De Sousa V. Quelles représentations les patients obèses ont-ils de leur maladie ? : étude qualitative en Limousin et dans l'Indre en 2012 [these d'exercice]. 2013.
34. Pena M, Urdapilleta I, Tavani JL, Pruzina I, Verhiac J-F. Représentations sociales de la personne obèse et de l'obésité : effets de la situation de contact. *Psychol Fr*. sept 2016;61(3):235-50.
35. de Saint Pol T. Le corps désirable. 2010. 232 p. (Lien Social).
36. Moscone A-L. Troubles de l'image du corps et troubles psychologiques associés dans l'anorexie mentale: mécanismes sous-jacents et proposition de régulation par les activités physiques adaptées [Thèse d'exercice]. Paris Sud; 2013.
37. Bouchez T. Prise en charge du patient obèse dans le Nord-Pas-de-Calais: Fonctionnement de la triangulation entre le patient, le médecin généraliste et le réseau Osean : Etude qualitative des représentations du parcours de soins, des rôles du réseau et du médecin généraliste chez les médecins généralistes ayant un patient obèse pris en charge dans le réseau Osean [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2010.
38. Ali L. 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. Amiens; 2015.
39. Onzon C. Vécu, représentations et attentes des adolescents en surpoids et obèses au travers de leurs modèles identificatoires : enquête qualitative par entretiens individuels auprès d'adolescents de Rhône-Alpes. Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
40. Pons C. Comment est vécu l'abord ou l'absence d'abord du poids en consultation de Médecine Générale pour les patients de plus de 18 ans ? [Thèse d'exercice]. Tours; 2013.
41. Cornet P, Hommey N, Soares A. Conduire les premières consultations pour obésité en médecine générale. De l'analyse d'une demande à une proposition d'un suivi pour obésité. *Obésité En Ligne*. 2013;8(3):180-6.
42. Vertueux M. Représentation de patients obèses adhérant à un programme d'amaigrissement non médicalisé concernant la prise en charge de leur surpoids. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Internet] [these d'exercice]. 2016. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20106964/2016MCEM6072/fichier/6072F.pdf>
43. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obes Res*. avr 2005;13(4):787-95.

44. Ruser CB, Sanders L, Brescia GR, Talbot M, Hartman K, Vivieros K, et al. Identification and management of overweight and obesity by internal medicine residents. *J Gen Intern Med.* déc 2005;20(12):1139-41.
45. CEEDMM. Référentiel des collèges endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques. 3e éd. ELSEVIER-MASSON; 2016. 560 p.
46. Wadden TA, Anderson DA, Foster GD, Bennett A, Steinberg C, Sarwer DB. Obese women's perceptions of their physicians' weight management attitudes and practices. *Arch Fam Med.* oct 2000;9(9):854-60.
47. Booth AO, Nowson CA. Patient recall of receiving lifestyle advice for overweight and hypertension from their General Practitioner. *BMC Fam Pract.* 1 févr 2010;11:8.
48. Guérin R, Lasserre É, Moreau A, Guïoux A, Goaziou M-FL, Laville M, et al. Surpoids de l'adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations. 2008;(84):135-41.
49. Thuan J-F, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes* 2005. sept 2005;29(9):1100-6.
50. Jouanin S. Fréquence et analyses des demandes de fin de consultation en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Claude Bernard Lyon 1; 2006. Disponible sur: http://urmlra.indus.imdeo.com/upload/editor/C5.2.1PJ9_1184838974600.pdf
51. Basdevant A. Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie nationale de santé - 2ème partie : mesures concernant la prise en charge des maladies liées à la nutrition [Internet]. 2013 nov. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000069/index.shtml>
52. Aveyard P, Lewis A, Tearne S, Hood K, Christian-Brown A, Adab P, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. *Lancet Lond Engl.* 19 nov 2016;388(10059):2492-500.
53. Charmillot M, Lagger G, Lasserre Moutet A, Golay A. Comprendre l'expérience de vie des personnes obèses : un apport pour l'éducation thérapeutique du patient - *Revue Médicale Suisse.* RevMed Suisse. 2011;vol 7:686-90.
54. Cornet P. Corps obèses et société. Regards croisés entre médecins et patients. [Thèse d'exercice]. [Université Paris Est]; 2015.
55. Haute Autorité de santé. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. 2007 juin p. 39-43.
56. Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, et al. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obésité.* déc 2014;9(4):302-28.
57. Gal B. Evaluation du ressenti des patients dans le Diplôme Universitaire entretien motivationnel Guy Azoulai [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.

58. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* sept 2011;12(9):709-23.
59. Haute Autorité de Santé. Mémo entretien motivationnel. 2008.
60. Haute Autorité de Santé. Education Thérapeutique : comment la proposer et la réaliser, recommandations. 2007 juin.
61. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. *Rev Exerc.* 2006;(76):2.
62. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. *Exercer.* 2017;(132):187-8.

VII. Annexes

A. Annexe n° 1 : guide d'entretien

Canevas du guide d'entretien

1ère partie : Présentation de l'objectif du sujet d'étude et modalité de l'entretien (enregistrement + anonymisation + consentement du patient)

2^{ème} partie quantitative : éléments anthropologiques

- Sexe
- Age
- Poids/Taille/IMC
- Depuis combien de temps êtes-vous suivi par votre médecin généraliste ?
Ancienneté dans le cabinet
- Actuellement, est ce que vous exercez une activité professionnelle ? si oui, laquelle ?
Situation socio-professionnelle

3^{ème} partie : questions générales sur le ressenti par rapport au poids

- Comment voyez-vous votre corps ?
Eléments positifs/négatifs ?
Comment le vivez-vous ? notion de souffrance ?
- Quel est votre sentiment par rapport à votre poids ?
Si plusieurs, classez-les par ordre de priorité
- Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous ?
Pas sur votre corps, mais en général ?

4^{ème} partie : la relation avec le médecin généraliste (MG)

- Pour revenir à votre MG, quelle est votre relation avec votre MG ?
Fréquence des consultations ? type de relation (de confiance) ? ancienneté ?
Avez-vous le sentiment d'être écouté, compris ?
Votre attitude avec lui est-elle libre ou retenue ?
A l'inverse, quelles sont les attitudes/comportement du MG ? empathie, écoute, consciencieux...

5^{ème} partie : le sujet du poids

- Comment voyez-vous le rôle du MG dans la PEC de votre surpoids ?
Qui doit aborder le sujet ?
Si c'est vous, comment avez-vous déjà abordé le sujet ?
Quels ont été vos craintes ou hésitations à aborder le sujet ?
Si c'est le MG, comment doit-il le faire ? et comment cela s'est passé ?
(dans les 2 cas) Comment l'avez-vous vécu ?
- Concrètement, que souhaitez-vous que le MG en face de vous fasse pour la PEC de votre obésité ?
- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer cette PEC ?

6^{ème} partie : Conclusion libre

- Avez-vous des choses à rajouter ? (Ce qui leur tient à cœur)

**LETTRE D'INFORMATION
DESTINEE AUX PATIENTS POUR
LA PARTICIPATION A UNE THESE EN SANTE**

Titre de la recherche :

Quelles sont les attentes des patients concernant la prise en charge de leur surpoids/obésité par le médecin généraliste ? Étude qualitative dans le département de l'Hérault

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste mon étude.

Vous pourrez prendre le temps de lire et comprendre ces informations afin de réfléchir à votre participation. N'hésitez pas à me demander des informations complémentaires s'il y a des choses que vous n'avez pas comprises ou que vous souhaitez préciser.

PRESENTATION

Je suis interne en médecine générale et effectue mon travail de thèse sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité en médecine générale et je m'intéresse particulièrement à vos attentes concernant cette prise en charge par votre médecin généraliste.

BUT DE L'ETUDE

L'objectif de cet entretien est d'étudier ce que vous pourriez attendre de votre médecin généraliste si vous souhaitiez qu'il vous aide à perdre du poids.

DEROULEMENT DE L'ETUDE

L'étude consistera en un entretien individuel d'environ 25-30 minutes lors d'un créneau horaire que nous aurons fixé au préalable en fonction de nos disponibilités respectives. Cet entretien fera l'objet d'un enregistrement vocal grâce à un dictaphone.

LEGISLATION - CONFIDENTIALITE

Toutes les informations recueillies pendant cette étude vous concernant seront traitées de façon **confidentielles et anonymisées**.

Toutes les données enregistrées seront **détruites** à la fin de l'étude.

Les résultats de l'étude pourront vous être communiqués en fin d'étude.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Etes-vous d'accord pour participer à cette étude ?

Investigatrice principale :

Mme CONTIERO-YVARS Alizée

Directeur de thèse :

Dr LADET Alexandre

C. Annexes n°3 : Entretien n°5 réalisé le 22 mai 2018 à 19H30

Patiente recrutée lors d'une consultation au cabinet de Fabrègues.

On a convenu ensemble à l'issue de cette consultation un rendez-vous le 22/05.

Nous avons réalisé l'entretien au cabinet après les consultations.

Nous nous sommes assis face à face au bureau, au calme.

Elle était à l'aise et contente de pouvoir m'aider dans mon étude.

Sexe : femme

Age : 48 ans

Poids : ne se pèse plus depuis 2-3 ans Taille 163 cm IMC : connaît le principe mais ne connaît pas le sien, pense qu'il est explosé, ne supporte plus l'idée.

Ancienneté : 20 ans

Situation : aide a domicile et auxiliaire de vie scolaire.

Comment voyez-vous votre corps ?

Euh comme un boulet (rises) quelque chose avec lequel j'ai du mal à vivre mais je suis obligé... Il se peut qu'il ait des émotions qui... (pleure pdt l'entretien). A la fois j'ai tiré un trait dessus dans un sens ou j'en ait assez de me battre et d'un autre côté euh il y a une part de moi qui essaye de faire des efforts mais mais je suis passée à autre chose car j'avais d'autres problèmes à gérer et ça c'était un problème que je ne pouvais pas gérer à cent pour cent. J'avais d'autres soucis dont il fallait que je gère donc là maintenant c'est... je ne me pèse plus, je ne fais plus de régime.

Actuellement je n'ai même plus le temps de faire du sport donc ... je sais que ma santé maintenant elle est entre parenthèse quoi. Mais j'avais autre chose à gérer et puis j'ai l'impression d'avoir trop lutté.

Donc euh basta quoi ! Mais je suis consciente de tout ce que ça représente, c'est trop lourd c'est insupportable à regarder dans le miroir je me supporte pas en photo d'ailleurs je refuse les photos enfin voilà quoi et puis en plus ça fait appel à des tas de souvenirs d'enfance parce que ma mère était en surpoids et du coup je me dis « merde, t'as quand même reproduit le schéma maternel et c'est une catastrophe car ta mère l'a très mal vécu » donc je suis plus forte qu'elle dans le sens où je vis je travaille, j'ai une vie sociale j'accompagne mes enfants à la plage, vous

voyez j'ai lutté et malgré tout je suis retombé dedans. Mais là je n'ai pas la force de lutter ce que côté la car j'ai autre choses à bagarrer que ça. Donc quand j'ai vu votre affiche je me suis dit tiens c'est peut-être pas mal d'en parler pour qu'on soit entendu des fois et que moi-même je m'écoute un peu plus de ce côté-là !!!

Quel est votre ressenti par rapport au corps ?

Bah plutôt négatif en ce moment

Il y a une notion de souffrance dans ce que vous me dites ?

Oh bah oui, c'est difficile (pleure) vous savez ce que c' quand vous voyez les gens en surpoids on ne peut pas s'habiller comme on veut, on se sent lourd tout le temps. On veut aller faire un peu de sport et ça devient beaucoup plus problématique parce qu'il faut charrier tout ce poids (soupire) c'est épuisant. C'est le cercle vicieux, le souffle est parti car plus de sport...et puis l'envie s'en va parce que parce qu'enfiler un maillot de bain... (soupire) je vais le faire car l'été arrive et je vais y aller mais... C'est difficile quoi ! j'y vais pour accompagner les enfants aller prendre un bain avec les petits mais il n'y a plus... voilà !

Quel votre sentiment par rapport à votre poids lui-même ?

Le poids..... Bah c'est insupportable aussi c'est trop c'est... C'est lourd et épuisant. Je commence à avoir mal aux genoux, je me traine alors que j'étais quelqu'un de plutôt tres active quoi. C'est voilà, tout est multiplié par le poids. Donc c'est encore plus pesant (rires) oui c'est le terme c'est pesant, ce poids la c'est deux fois plus pesant. Il est insupportable mais bon c'est comme ça !

Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous ?

Sur moi ou en général ?

Comme vous voulez....

(pleure) alors, c'était pas prévu ça.... que mon compagnon m'aime un peu plus physiquement mais ca ne sera pas moi... Je ferai partir tous ces kilos et je me donnerai encore plus musclée. Le top model je me fous mais en bonne santé et sans ces kilos.

Pour revenir au médecin généraliste qui vous suit, quelle relation vous avez avec lui ?

Je dirai presque amical. Bon je ne suis pas une adapte du rendez-vous médical ritualisé mais je la vois régulièrement pour mon renouvellement de traitement et sinon c'est juste quand ça ne va pas du tout... mais bon je l'apprécie (rires) c'est pas pour ça mais voilà tous les 6 mois je la vois.

Avez-vous le sentiment d'être écouté ?

(soupire) oui et non. A vous je peux le dire, oui parce que c'est quelqu'un qui me connaît bien et qui connaît les aléas de ma vie mais d'un autre côté des fois j'ai l'impression que cette personne me connaît trop enfin connaît trop ma vie et j'ai l'impression des fois qu'on écoute pas ma voix mais on écoute ma vie vous voyez.

Quand on me dit, quand j'ai pas le moral ou que je suis fatiguée, « bah je vais te prescrire une boîte de chocolats »... j'adore l'idée de la gentillesse mais c'est pas ça je j'attendais... c'est adorable, c'est rigolo, ça a fait rire la pharmacienne mais c'est pas ça, c'est pas ça. Et quand je viens et que je dis « ça ne va pas... » on qu'on me réponds : « bah regarde la calendrier, tu as vu.... ? C'est le mois qui ne va pas. » Mais non c'est pas ça, je ne vais pas transporter ce sac à dos là toute ma vie quand même... ?

Car j'ai une vie à poursuivre quand même.... donc des fois.... Alors je me dis « bon tu dois avoir raison, c'est dans ma tête » voilà et donc du coup les gens pensent que c'est dans ma tête donc je le pense aussi mais peut-être pas en fait.

A l'inverse comment est votre médecin traitant avec vous ?

Très très bien, très à l'aise très non je pense... si il y a peut-être cet espèce de prisme du je sais qu'il a des déboires familiaux et que la vie est pas simple donc voilà je mets peut-être un cache et je dis allé ca va aller...

D'un autre côté quand je vois un autre médecin et qu'il me dit « vous mangez trop » ou « vous... » alors voilà il faudrait trouver un juste milieu... entre celui qui vous casse en deux en vous disant : « mais vous passez votre vie à bouffer ou quoi ? » donc là ok, c'est bon je n'ai plus envie de te parler, c'est réglé, tu m'as étiqueté et tu crois que je passe ma vie à manger, sur un canapé en train de manger ok.

Et puis mon médecin qui me dit « non mais là t'as pas le moral et tout donc je ne vais pas te poursuivre avec tes problèmes de poids, fais du sport, vas te promener.... et ça ira mieux » Du coup moi je ne sais pas ou me situer entre les deux, vous voyez ? C'est toujours moi la coupable en fait, soit par ma vie soit par mon image.

Comment vous voyez le rôle du médecin traitant concernant la prise en charge de votre poids ?

Ca revient à ce qu'on disait, il faudrait trouver la troisième euh l'entre-deux... Euh... Parce que j'ai passé des examens, parce que mon médecin traitant m'a fait, je pense, tout ce qu'il y avait à faire à peu près... Un accompagnement peut-être un peu plus... Voilà entre les deux, pas celui qui vous tape sur les doigts en disant d'arrêter de manger et pas celui qui dit « bon écoute tu vois bien ça va mais c'est toi qui ne va pas... ». Je ne sais pas trop... Parce que moi je sais ce que c'est un régime, ma mère a été au régime toute sa vie donc on faisait cuire sans matière grasse, on faisait bouillir les légumes à la vapeur. Donc quand le médecin arrive on vous disant « bon je vais vous apprendre à vous alimenter !! » (souple) Bah non, je sais déjà ce qu'il faut faire, je sais tellement bien que j'en peux plus... Celui qui serait à la fois médecin et à l'écoute.

La prise en charge nutritionnelle à priori vous la connaissez donc vous ne recherchez pas ça de la part de votre médecin traitant ?

Elle est essentielle cette prise en charge là comme euh comme un coach qui vous dit voilà.... mais après la confiance doit s'installer c'est-à-dire que si je dis que j'ai mangé des légumes il faut que le médecin me croit et que non je n'ai pas mangé des boîtes de chocolats dès que je suis à la maison.... Donc et puis.... je ne sais après. Oui la prise en charge nutritionnelle elle est importante, mais je le sais ce qu'il faut manger ou pas (rires).

Et vous parliez tout à l'heure « d'accompagnement », qu'entendez-vous par ce terme ?

Accompagnement oui mais en fait je ne sais pas ce qu'il faudrait car je ne sais pas ce dont j'ai besoin pour euh pour perdre concrètement du poids enfin je le sais parce que je sais que si je faisais beaucoup de sport comme avant forcément à un moment donné il y aurait une perte mais je sais pas si à un moment donné le médecin ne peut pas intervenir euh... Je sais pas en fait, c'est flou dans ma tête... Être là en fait et dire « bon bah voilà, ou tu en es ? comment ça se passe ? comment je peux t'aider ? est-ce que... » un suivi, comme s'il n'y avait pas besoin d'attendre que j'arrive chez le médecin en disant « je n'en peux plus je suis fatiguée ». Oui, juste être là et dire « voilà, ou tu en es ? comment on fait ? comment tu vois les choses ? est-ce que tu crois que tu vas pouvoir faire les choses ? est-ce que je peux t'aider ? » ... je ne sais pas trop. Pas

être dans le fatalisme quoi. Pas dire « bon bah voilà, tu es comme ça, tu es comme ça, puisque tu ne fais rien pour, bah t'es comme ça ! ».

Nous donner un petit coup de pouce peut-être...je ne sais pas...

Selon vous, qui doit aborder le sujet en consultation ?

C'est délicat, car quand c'est une première consultation et que c'est un médecin qu'on ne connaît pas, je vous dit, on a toujours cette image ou on vous voit arriver, vous êtes en surpoids, et on vous dit « vous savez que vous êtes en surpoids ? » Bah oui je me vois tous les jours dans le miroir !! et vous savez, c'est un cauchemar ce que je vois donc ne me dites pas que je suis en surpoids mais dites-moi : « dites, au fait, quelqu'un vous aide pour votre problème de poids ? » Car il faut arrêter de se mentir, ça se voit qu'on est en surpoids.... donc nous demander plutôt : « oui, non ? vous avez envie d'en parler ou pas ? »

C'est vrai que c'est délicat car vous voyez on se sent toujours incriminé quand on est en surpoids car il y a l'image de « t'es une grosse vache qui ne fait rien que manger ! ».

Le dernier médecin du travail que j'ai vu ça a été ça, il m'a fait monter sur la balance et il a dit : « ohlalalala vous savez que ça ne va pas du tout, il vous faut maigrir ! ». Ok, merci ça me fait plaisir de le savoir je ne le savais pas avant de monter sur ta balance, maintenant je sais que je suis grosse ! au revoir !! Il ne m'a rien offert, il ne m'a rien ouvert il ne m'a rien proposer il m'a jugé ! Sauf que voilà, nous on se juge tous les jours déjà (pleure)... La sentence c'est tous les jours qu'on l'a, quand on se voit, qu'on doit s'habiller, quand on se douche, quand on voit les amis (pleure). Moi j'ai des enfants adorables mais il y a des enfants je sais que ça coince avec des mamans qui sont un peu forte ou... Moi les miens c'est vraiment, ils sont hyper-gentils même leurs amis sont gentils. Mais bon c'est gênant peut-être d'avoir une maman en surpoids.... Mais j'ai des souvenirs de quand j'étais jeune mon frère était odieux avec ma mère... donc c'était pas facile !

Donc le médecin, comment doit-il le faire ?

Bah je ne sais pas mais comme ça en disant : « est-ce que vous avez mis quelque chose en place pour vous aider euh voilà vous savez que votre poids ou votre IMC je ne sais pas, est ce que vous avez quelque chose en place avec votre médecin ou avec quelqu'un autre, un nutritionniste, un coach de vie ? Et bon c'est sûr que la personne peut peut-être mal le prendre, moi je le prendrai bien. Je le prendrai bien car je me dirai : « ah bah justement puisque vous en parlez c'est pas

terrible » ou « ça ne marche pas »... voilà. Parce que chaque fois que j'ai demandé a un médecin que j'ai dit « vous savez là j'ai pris du poids, ça ne va pas je prends du poids » bon beh il y a mon médecin traitant qui m'a dit : « non mais je t'ai toujours connu ronde » bah oui j'ai été enceinte trois fois déjà ! Il y en a un qui m'a dit : « chaque fois que tu croise un gros tu rentres le ventre ... ! » ok....

Et alors après on me dit : « bon alors on va recommencer les batteries de tests pour rechercher quelque chose... » Et puis après j'arrive à ce stade là ou ça recommence il n'y a rien derrière.... De nouveau on ne m'écoute pas... et on tout le monde est surpris en me disant : « tu n'as pas de sucre, pas de cholestérol, t'as pas... bah je ne comprends pas ! ». Bah c'est pas compliqué je ne mange pas comme une grosse vache, quand je te le dit crois moi ! Et du coup ça s'arrête là. Donc quand j'arrive chez le médecin pour parler de mon poids, chaque fois je vais au procès ! (pleure)

Donc on certes on doit se débrouiller seule mais est-ce que le médecin il n'est pas un peu là pour tendre la main à ce moment-là. Dire : « écoute, on va essayer un truc » et pas juste dire : « bah tu ne vas pas bien » et point.

Donc vous vous en avez déjà parlé, comment l'avez-vous fait ?

En disant « j'ai pris du poids, je lutte contre le poids et je n'y arrive pas ! » « Au secoure quoi ! » c'est vraiment ça !

Concrètement qu'attendez-vous du médecin qui prendrait en charge votre poids ?

S'il y avait un moyen, un moyen de conjurer la prise de poids automatique qui qui... s'il y avait un moyen de la freiner juste le temps que je respire et que je recommence à me prendre en charge... C'est pas possible que ça aille si vite, que j'ai pas la main dessus. Que je gonfle comme ça.

Voilà, je ne sais pas, je ne demande pas un traitement médical parce qu'il n'y en a sûrement pas mais ce que je veux, je ne sais pas... un moyen de souffler quoi. De ne pas être seule face à ça. Je sais qu'il n'y a pas de solution miracle, il y a juste que parfois c'est tellement rageant de se dire : « mais c'est pas possible quoi ».

Je plaisante des fois avec ma famille en disant : « vous voyez, vous, l'éclair au chocolat vous, vous la mangez, vous ne prenez pas de poids, moi je le regarde et je prends du poids ! » donc dégage l'éclair car c'est même pas la peine...

C'est épuisant de devoir dire « non moi je ne peux pas » dans les repas avec la belle-famille ou on te ressert trois fois parce que toi t'es en surpoids... Mais non, non. Moi je mange ma salade, mes haricots verts et zut ! Il y a des clichés quoi !

Donc oui que le médecin me dise quand j'en peux plus : « écoute on va essayer un truc sur une semaine, deux semaines on va voir ».

Qu'est-ce que tu penses si on fait un truc comme ça ? pour amorcer quelque chose qui te soulage un peu. Mais tu n'es pas toute seule je t'écoute, je sais que ça ne va pas. » Voilà, c'est ça et puis surtout ne plus juger quoi.

C'est ça qu'il faut essayer de changer chez les médecins, ne pas croire, on n'est pas forcément comme ça a toujours tout manger. Et c'est surtout une souffrance de s'entendre incriminer comme ça. Et après le mode d'emploi on ne l'a pas, on ne sait. Quand j'étais plus jeune je savais que si j'avais deux, trois kilos de trop l'été j'allais nager, courir, sauter et les trois kilos ils dégager en quinze jours... Sauf que arrivé à 48 ans et avec l'emploi du temps que j'ai et avec tout le reste ça ne marche plus du tout. C'est même l'inverse.

Voilà.

Donc les suggestions pour améliorer quelles sont-elles pour vous ?

Être écouter, ne pas juger. Et être accompagner avec un suivi vraiment, je sais pas mais presque même à l'américaine et envoyer un message de temps en temps (rires) non mais j'exagère mais vous voyez ce que je veux dire, parce que moi je suis pas le genre de personne ou... je ne vais pas chez le médecin systématiquement donc voilà !

Alors peut-être que j'irai plus régulièrement en disant : « tiens regarde ma feuille, là qu'est-ce que tu en penses, j'ai perdu du poids. C'est pas mal, on fait quoi, tu en pense quoi ? quelles sont les nouvelles tendances ? »

S'adapter à la personne et l'écouter vraiment quoi vous voyez. Un échange car on en est à un point quand on est comme ça que le premier régime qui passe, le premier truc à la mode ou la première gélule à 500^F le flacon qui ne sert à rien mais où on est persuadé que ça va marcher parce qu'on va tellement pas bien... Alors je suis tombée dans le panneau une ou deux fois...et en fait non ! on fait de nouveau le yoyo. Et on est plus meurtri après car les kilos reviennent encore plus fort et on est fatigué. Donc si le médecin dit : « écoute ne fait pas ça tu vas t'épuiser pour rien.

N'écoute pas les charlatans tu vas te faire du mal écoute moi.

Allé on va... je sais que tu sais ce qu'il faut faire mais on va le faire à deux si tu veux.

On va partager la tâche, c'est-à-dire que tu vas suivre ça et je suis avec toi. » Et puis après :

« Alors qu'est-ce que tu en pense ? Ça marche ? Ça marche pas ? Est-ce que tu es arrivé à faire un peu d'activité physique ? je ne te mets pas la pression mais est-ce que tu permets qu'on partage... ».

Voilà, après c'est lourd pour un médecin parce que c'est un coaching, c'est du temps et je sais que vous n'en avez pas trop....

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Euh non, j'en ai déjà dit pas mal (rires)

D. Annexes n°4 : codification ouverte entretien n°5

Euh comme un boulet (rires) : a une vision contraignante de son corps

avec lequel j'ai du mal à vivre : ressenti négatif du corps

j'en ait assez de me battre : résiliation de la perte de poids

c'est insupportable à regarder dans le miroir : vision négative de son corps

je me supporte pas en photo d'ailleurs je refuse les photos : insatisfaction corporelle

ça fait appel à des tas de souvenirs d'enfance : enfance difficile lié au poids, conditionnement, habitude dans l'enfance

Bah plutôt négatif : ressenti négatif du corps

on ne peut pas s'habiller comme on veut, on se sent lourd tout le temps : a des difficultés à s'habiller, ne trouve pas des vêtements qui lui conviennent, difficultés morales

ça devient beaucoup plus problématique parce qu'il faut charrier tout ce poids (soupire) c'est épuisant : difficultés physiques et morales

C'est difficile quoi ! : relation compliquée avec son corps, souffrance physique et morale

Le poids..... Bah c'est insupportable aussi c'est trop c'est... C'est lourd et épuisant : ne supporte plus son poids, il devient un handicap, difficultés physiques et morales quotidiennes

tout est multiplié par le poids : le poids trop lourd rend le quotidien difficile

en bonne santé et sans ces kilos : insatisfaction corporelle

Je dirai presque amical : bonne relation avec le médecin, relation d'amitié

je l'apprécie (rires) : a des sentiments bienveillants

oui parce que c'est quelqu'un qui me connaît bien : se sent écouté

j'ai l'impression des fois qu'on n'écoute pas ma voix mais on écoute ma vie vous voyez : parfois ne se sent pas vraiment écouté

Très très bien, très à l'aise : a un bon feeling avec son médecin traitant

c'est réglé, tu m'as étiqueté et tu crois que je passe ma vie à manger, sur un canapé en train de manger ok : les médecins catégorisent rapidement les personnes en surpoids

Un accompagnement : souhaite de l'aide sous forme de compagnonnage

moi je sais ce que c'est un régime, ma mère a été au régime toute sa vie : connaît les règles diététiques

Donc quand le médecin arrive on vous disant « bon je vais vous apprendre à vous alimenter !! »

(soupire) Bah non, je sais déjà ce qu'il faut faire, je sais tellement bien que j'en peux plus... : ne recherche pas de prise en charge diététique

Celui qui serait à la fois médecin et à l'écoute : a besoin d'écoute de la part du médecin
la confiance doit s'installer : la relation de confiance est importante pour elle
Être là en fait et dire « bon bah voilà, ou tu en es ? comment ça se passe ? comment je peux t'aider ? est-ce que... » un suivi, comme s'il n'y avait pas besoin d'attendre que j'arrive chez le médecin en disant « je n'en peux plus je suis fatiguée » : veut être épauler par le médecin
Nous donner un petit coup de pouce peut-être : en demande d'aide
on a toujours cette image ou on vous voit arriver, vous êtes en surpoids, et on vous dit « vous savez que vous êtes en surpoids ? » Bah oui je me vois tous les jours dans le miroir !! et vous savez, c'est un cauchemar ce que je vois donc ne me dites pas que je suis en surpoids mais dites-moi : « dites, au fait, quelqu'un vous aide pour votre problème de poids ? » Car il faut arrêter de se mentir, ca se voit qu'on est en surpoids.... donc nous demander plutôt : « oui, non ? vous avez envie d'en parler ou pas ? » : le patient obèse ou en surpoids a conscience de son excès de poids, il recherche plutôt une aide et pas la simple constatation de son excès de poids
on se sent toujours incriminé quand on est en surpoids car il y a l'image de « t'es une grosse vache qui ne fait rien que manger ! » : sentiment de culpabilité par la société, les autres avec stigmatisation
« ohlalalala vous savez que ça ne va pas du tout, il vous faut maigrir ! ». Ok, merci ça me fait plaisir de le savoir je ne le savais pas avant de monter sur ta balance, maintenant je sais que je suis grosse ! au revoir !! Il ne m'a rien offert, il ne m'a rien ouvert il ne m'a rien proposer il m'a jugé ! Sauf que voilà, nous on se juge tous les jours déjà (pleure)... La sentence c'est tous les jours qu'on l'a, quand on se voit, qu'on doit s'habiller, quand on se douche, quand on voit les amis (pleure) : les professionnels ne s'impliquent pas, ils font des constatations de l'excès de poids et le patient le ressent comme un jugement
« est-ce que vous avez mis quelque chose en place pour vous aider euh voilà vous savez que votre poids ou votre IMC je ne sais pas, est ce que vous avez quelque chose en place avec votre médecin ou avec quelqu'un autre, un nutritionniste, un coach de vie ? » : amorces pour aborder la question du poids, souhaite une approche centrée sur la prise en charge elle-même
Et puis après j'arrive à ce stade là ou ca recommence il n'y a rien derrière.... : regrette que les professionnels ne proposent pas de prise en charge au long court
Et du coup ça s'arrête là : absence de prise en charge entamée par le médecin une fois que la notion d'excès de poids est remarquée

est-ce que le médecin il n'est pas un peu là pour tendre la main à ce moment-là. Dire : « écoute, on va essayer un truc » : rôles du médecin traitant d'aide, conseil et suivi

De ne pas être seule face à ça : avoir un allié avec soi pour la prise en charge du poids

C'est épuisant de devoir dire « non moi je ne peux pas » dans les repas avec la belle-famille ou on te ressert trois fois parce que toi t'es en surpoids... Mais non, non. Moi je mange ma salade, mes haricots verts et zut ! Il y a des clichés quoi ! : justifications permanentes devant la société pour faire tomber les clichés sur les gens en surpoids

que le médecin me dise quand j'en peux plus : « écoute on va essayer un truc sur une semaine, deux semaines on va voir » : écoute et action de la part du médecin dans la prise en charge

« Mais tu n'es pas toute seule je t'écoute, je sais que ça ne va pas. » Voilà, c'est ça et puis surtout ne plus juger quoi : être à l'écoute, donner son aide et ne plus juger les patients

Et c'est surtout une souffrance de s'entendre incriminer comme ça : souffrance psychique

Être écouter, ne pas juger. Et être accompagner avec un suivi vraiment : a besoin d'une écoute, d'un accompagnement avec un suivi et ne pas être jugé

S'adapter à la personne et l'écouter vraiment quoi vous voyez : souhaite que le médecin s'adapte et écoute son patient

mais on va le faire à deux si tu veux. On va partager la tâche, c'est-à-dire que tu vas suivre ça et je suis avec toi. » Et puis après : « Alors qu'est-ce que tu en pense ? Ça marche ? Ça marche pas ? Est-ce que tu es arrivé à faire un peu d'activité physique ? je ne te mets pas la pression mais est-ce que tu permets qu'on partage... ».Voilà, après c'est lourd pour un médecin parce que c'est un coaching, c'est du temps et je sais que vous n'en avez pas trop.... : A besoin de suivi régulier avec le médecin tout en sachant que cette tâche est difficile pour le médecin

E. Annexe n°5 : grille pour le codage axial

Codage axial

Image négative du corps
Difficultés physiques et handicap
Difficultés morales

Pression de la société et de son entourage
Habitudes dans l'enfance
Idéal de poids et corps idéal
Insatisfaction corporelle

Acceptation sous forme de résignation de l'obésité ou du surpoids

Relation de confiance
Attitude libre du patient

Médecin généraliste doit aborder la question du poids

Touche la sphère intime
Les échecs des régimes antérieurs sont un obstacle au fait d'en parler
Manque de temps et de connaissances du médecin
Manque d'intérêt de la part du professionnel

Si la question du poids est abordée il n'y a pas de proposition derrière : sentiment d'abandon

La constatation du surpoids/obésité seule (ou sans solution), lors de la consultation, est ressentie comme un jugement voire un échec et participe à la stigmatisation des patients obèses ou en surpoids

Faire preuve de tact et s'adapter au patient
Différentes amorces (notamment la prise en charge du poids)
Faire le lien avec la santé

Être dans le « non-jugement »

Recherche d'un allié à l'écoute

Organiser une consultation dédiée avec un suivi

Orienter le patient si besoin

I. Ressentis du corps et du poids par le patient en situation d'obésité ou de surpoids

- Souffrance morale et physique
Image négative du corps
Difficultés physiques et handicap
Difficultés morales

- Pression socio-culturelle
Pression de la société et de son entourage
Habitudes dans l'enfance
Idéal de poids et corps idéal
Insatisfaction corporelle

- Acceptation sous forme de résignation de l'obésité ou du surpoids

II. Ressentis du patient concernant la prise en charge du poids en consultation de médecine générale

- Relation médecin-patient
Relation de confiance
Attitude libre du patient

- Médecin généraliste doit aborder la question du poids

- Le poids est un sujet difficile à aborder
Touche la sphère intime
Les échecs des régimes antérieurs sont un obstacle au fait d'en parler
Manque de temps et de connaissances du médecin
Manque d'intérêt de la part du professionnel

- Si la question du poids est abordée il n'y a pas de proposition derrière : sentiment d'abandon

- La constatation du surpoids/obésité seule (ou sans solution), lors de la consultation, est ressentie comme un jugement voire un échec et participe à la stigmatisation des patients obèses ou en surpoids

III. Attentes des patients

- Manières d'aborder la question du poids
Faire preuve de tact et s'adapter au patient
Différentes amorces (notamment la prise en charge du poids)
Faire le lien avec la santé

- Une consultation dédiée
- Un allié à l'écoute
- Un suivi régulier
- L'orientation si besoin

Serment

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

VIII. Résumé

Introduction : L'obésité est considérée comme un problème de santé publique majeur par l'OMS. Malgré cela, la prévalence de l'obésité est en augmentation d'année en année et nos patients souffrent de cette obésité. Les médecins généralistes sont les premiers interlocuteurs de ces patients, mais n'abordent la question du poids avec eux que très rarement. La prise en charge du poids est même, des fois, jugée « mission impossible » tellement les difficultés à aborder le sujet et le manque de connaissances sont importants.

Matériel et méthode : L'objectif de notre étude est de recueillir le ressenti et les attentes des patients concernant la prise en charge de leur obésité/surpoids en consultation de médecine générale. Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens semi-dirigés. Onze entretiens ont été réalisés pour accéder à saturation des données, et tous ont été individuels et anonymes.

Résultats : Les patients de notre étude évoquent la notion de souffrance tant morale que physique par rapport à leur obésité/surpoids. Parallèlement à cela, ils entretiennent une bonne relation avec leur médecin traitant. Dans ce contexte ils souhaitent un accompagnement de la part de leur médecin généraliste s'articulant autour de quatre étapes : une consultation dédiée, un allié à l'écoute, un suivi régulier et une orientation si besoin. Pour lutter contre leur stigmatisation croissante lors des consultations, les notions de tact, empathie, adaptation et bienveillance sont essentielles.

Conclusion : Notre étude montre des attentes bien précises de la prise en charge du poids surtout centrée sur l'accompagnement et la bienveillance. Le médecin généraliste est le professionnel de santé privilégié pour la prise en charge du poids. Il reste encore des recherches à effectuer sur le sujet pour aboutir à des conduites à tenir plus pratiques au quotidien.

Mots clés : *Obésité, surpoids, médecine générale, attentes, patient, qualitative, Hérault*