

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Lucille AYRAUD**

Le 17 Septembre 2020

Compréhension des modalités de prise en charge de l'obésité et du  
surpoids en consultation de médecine générale dans les quartiers précaires  
de la ville de Montpellier

Projet de Formation à l'Éducation Thérapeutique sur l'Obésité en Milieu  
Précaire (FETOMP)

Directeur de thèse : Docteur Yannick BARNIER

**JURY**

Président :

Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Professeur Ariane SULTAN

Docteur Agnès OUDE ENGBERINK

Docteur Yannick BARNIER

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Lucille AYRAUD**

Le 17 Septembre 2020

Compréhension des modalités de prise en charge de l'obésité et du  
surpoids en consultation de médecine générale dans les quartiers précaires  
de la ville de Montpellier

Projet de Formation à l'Éducation Thérapeutique sur l'Obésité en Milieu  
Précaire (FETOMP)

Directeur de thèse : Docteur Yannick BARNIER

**JURY**

Président :

Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Professeur Ariane SULTAN

Docteur Agnès OUDE ENGBERINK

Docteur Yannick BARNIER

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020**  
**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean-Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François

BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean- Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

### **Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robert	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel

**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
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie

FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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 et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie

SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie – vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive



PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
TOUITOU Isabelle	Génétique
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
<b><u>PU-PH de 2ème classe</u></b>	
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
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
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

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	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Ophthalmologie
VILLAIN Max	Oto-rhino-laryngologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

### **1re classe :**

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

### **2ème classe :**

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÉ Laurent (Sociologie, démographie)

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES – Médecine Générale**

### **1re classe :**

LAMBERT Philippe

### **2ème classe :**

AMOUYAL Michel

## **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

## **PROFESSEURS ASSOCIES – Médecine**

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Éric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

## **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

### **MCU-PH Hors classe**

BADIOU Stéphanie

Biochimie et biologie moléculaire

BOULLE Nathalie

Biologie cellulaire

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
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### **MCU-PH de 1re classe**

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique ; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

**Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

**MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe**

COSTA David

**MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

## **Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

## **Praticiens Hospitaliers Universitaires**

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

# REMERCIEMENTS

Merci...

...au Professeur Philippe LAMBERT de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

...au Professeur Ariane SULTAN et au Docteur Agnès OUDE ENGBERINK d'avoir accepté de participer à ce jury, je vous en remercie sincèrement.

...au Docteur Yannick BARNIER pour m'avoir accompagnée tout au long de ce travail de thèse et pour ta relecture attentive et bienveillante.

...aux médecins qui m'ont chaleureusement accueillie dans leurs cabinets à l'occasion de mes différents stages en libéral. Un grand merci en particulier au Dr JOUET-PASTRE qui m'a fait découvrir la médecine générale lors de mon externat, au Dr JAUMES qui m'a fait entrevoir une autre facette de la médecine, au Dr CARDE qui tout en m'initiant aux thérapies cognitives et comportementales m'a fait découvrir la méditation de pleine conscience sous un autre angle.

...à tous les médecins et aux équipes qui m'ont tant appris au cours de mes études et qui ont participé à façonner le médecin que je suis aujourd'hui. Un grand merci à toute l'équipe du SSR Maladies de la nutrition et de Diabétologie du Grau du Roi pour ce dernier stage d'internat riche en enseignements et en bienveillance.

Un grand merci également aux médecins qui ont pris le temps de participer aux entretiens et sans lesquels ce travail de thèse n'aurait tout simplement pas pu voir le jour.

Merci...

...à toute l'équipe du cabinet de Fontaine, pour votre accueil chaleureux qui m'a donné envie de rester, je suis vraiment ravie de m'installer avec vous !

...à Nelson et Philippe d'exprimer et d'illustrer les bienfaits de la coopération kiné/médecin toujours avec humour.

...à Maëlane et toute sa bande pour les soirées « jeux/charcut/fromage » à l'Instant T.

...à Julie, Sarah, Salomé, Johanna ces longues études auraient été beaucoup moins drôle sans votre bonne humeur, c'est toujours un plaisir de se voir pour refaire le monde.

...à Géraldine pour nos folles aventures : l'ECN, notre départ dans le sud, ce premier semestre mémorable à Carcassonne, nos virées post gardes, nos débriefs et apéros à la coloc...

...à Alice tu es bien plus que ma co-interne du Grau du Roi ! Avoir pu échanger avec toi tout au long de ce travail de thèse a vraiment été précieux, merci de m'avoir reboostée quand la motivation n'était pas au top. J'adore discuter avec toi de nos vies, de nos pratiques de jeunes médecins ! Qui sait un jour peut-être organiserons-nous de nouveau des ateliers méditation/dégustation en pleine conscience ensemble...



...à Laureline, d'avoir toujours été là au fil des années, je suis heureuse d'arriver à te voir régulièrement malgré nos emplois du temps souvent chargés.

...à Claudette et Christian pour leur gentillesse et leur soutien. Un grand merci aussi à Caroline et Maceo pour leur bonne humeur. C'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous, je n'aurais pas pu rêver mieux comme belle famille !

...à mes grands-parents, à ceux qui m'ont vu grandir, et à celle que j'aurais tant aimé connaître...

...à Colette et Gérard vous êtes tellement plus que ma grand-tante et mon grand-oncle, merci de m'avoir toujours soutenue !

...à tous ceux et celles qui m'ont entourée et encouragée avec toute leur bienveillance : Glenda, Mireille...à ceux qui m'ont demandée régulièrement « Alors cette thèse ? » à qui je vais pouvoir dire que j'ai enfin fini et à tous ceux que j'oublie qui ont été présents à un moment ou à un autre...

...à ma famille, vous avez toujours été là pour moi, à me donner tout votre amour. Merci de croire en moi, d'avoir été là dans les moments difficiles et d'avoir su les dédramatiser avec humour ! Sans vous je ne serais pas arrivée jusque-là...

...Maman, merci pour ta tolérance à toute épreuve, pour ton amour inconditionnel, merci d'être toujours là pour moi tout simplement...

...Papa, merci de m'avoir transmis ton amour de la science, ton ouverture d'esprit, ton sens de l'humour et tant d'autres choses...

...Adeline je suis tellement fière de toi, tu t'épanouis de jour en jour. J'ai adoré grandir à tes côtés et j'adore notre complicité aujourd'hui.

...Tom, tu as beau mûrir un peu plus chaque jour tu resteras toujours mon petit frère. Je suis si fière de l'homme que tu deviens !

...Christophe, mon amour...ta constance et ton amour me portent. Merci de m'avoir soutenue et supportée pendant ces longs mois de thèse ! J'ai beaucoup de chance de me réveiller chaque jour à tes côtés...j'ai hâte de vivre notre prochaine aventure...

Rien de tout cela n'aurait été possible sans un savant mélange entre « *Il était une fois la vie* » et « *Grey's Anatomy* »...

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	16
TABLE DES MATIERES .....	18
ABREVIATIONS .....	22
A. INTRODUCTION .....	23
1. Définitions.....	23
2. Contexte épidémiologique mondial.....	24
3. Le cas de la France .....	24
4. Conséquences en termes de santé publique.....	25
5. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité.....	25
6. Précarité et obésité.....	26
a. Précarité .....	26
b. Le poids : puissant marqueur social.....	27
c. Aspect socio-économique et culturel de l'alimentation.....	27
d. Inégalités spatiales de santé .....	28
7. Problématique .....	29
B. MATERIEL ET METHODES.....	30
1. Présentation du projet FETOMP .....	30
2. Recueil de données au sein du projet FETOMP .....	31
a. Recrutement des médecins.....	31
b. Recueil des données.....	31
3. Choix de la méthode.....	32
4. Population de l'étude .....	32
a. Recrutement des médecins.....	32
b. Lieux d'exercice .....	33
5. Recueils des données .....	33

a.	Méthode de recueil des données .....	33
b.	Déroulement de l'entretien .....	34
6.	Analyse des données .....	34
a.	Retranscription.....	34
b.	Analyse des données.....	35
C.	RESULTATS.....	36
1.	Caractéristiques de la population.....	36
2.	Place du médecin généraliste.....	37
a.	Premier recours .....	37
b.	Rôle dans la prévention et l'éducation.....	37
c.	Suivi et motivation .....	38
d.	Limites du rôle du médecin généraliste .....	38
3.	Modalités de prise en charge.....	39
a.	Outils utilisés pour l'évaluation du surpoids et de l'obésité .....	39
b.	Examens complémentaires .....	40
c.	Aborder le sujet de l'excès de poids .....	41
d.	Enquête approfondie.....	42
e.	Importance de la motivation du patient et de la prise de conscience de la problématique du poids .....	43
f.	Conseils nutritionnels .....	44
g.	Conseils d'activité physique .....	45
h.	Place de la prise en charge psychologique .....	45
i.	Place de l'entretien motivationnel .....	46
j.	Prise en charge spécialisée.....	46
k.	Place de la chirurgie bariatrique .....	48
l.	Organisation du suivi.....	49
4.	Obstacles et difficultés rencontrés .....	50
a.	Du côté des médecins.....	50

b.	Du côté des patients .....	53
5.	Propositions d'amélioration.....	62
a.	Formation.....	62
b.	Prévention.....	63
c.	Améliorer la prise en charge spécialisée .....	65
d.	Maisons de santé pluridisciplinaires .....	65
e.	Développer les applications pour smartphones .....	66
6.	Ressenti des médecins.....	66
D.	DISCUSSION .....	69
1.	Forces et limites de l'étude .....	69
a.	Forces de l'étude .....	69
b.	Limites de l'étude.....	70
2.	Discussion autour des résultats .....	71
a.	Rôle du médecin généraliste .....	71
b.	Evoquer le sujet du poids.....	72
c.	Repérer l'excès pondéral.....	73
d.	Prendre en charge l'excès pondéral.....	74
e.	Importance de la place des femmes.....	82
f.	Alimentation et précarité.....	83
g.	Politique de santé publique et prévention .....	85
h.	Prévention et précarité .....	86
i.	Grossophobie.....	88
j.	L'obésité une maladie chronique ? .....	90
k.	Problématiques et pistes d'améliorations .....	91
E.	CONCLUSION .....	101
F.	BIBLIOGRAPHIE.....	104
G.	ANNEXES.....	111
1.	Annexe 1 : Guide d'entretien .....	111
2.	Annexe 2 : Questionnaire caractéristiques population .....	112

3. Annexe 3 : Phases de changement selon Prochaska et DiClemente.....	113
H. ENTRETIENS.....	114
Serment d'Hippocrate.....	115

# ABREVIATIONS

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CISP 2 : Classification internationale des soins primaires

CSO : Centre Spécialisé Obésité

ECOGEN : Eléments de la COnsultation en médecine GENérale

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

ETP : Education thérapeutique

FETOMP : Projet de Formation à l'Education Thérapeutique sur l'Obésité en Milieu Précaire

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporel

INCA : Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Programme National Nutrition Santé

QPV : Quartier Prioritaire de la Politique de la Ville

TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales

TT : Tour de Taille (exprimé en centimètres)

# A. INTRODUCTION

## 1. Définitions

Pour l'OMS, le surpoids et l'obésité « se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé » (1).

A partir de 1997, l'OMS commence à utiliser l'Indice de Masse Corporel (IMC) à des fins épidémiologiques. Il correspond au poids (exprimé en kilogrammes) divisé par le carré de la taille (exprimé en m<sup>2</sup>).

D'un point de vue épidémiologique, l'IMC considéré comme « normal » est compris entre 18,5 et 25 kg/m<sup>2</sup>, on définit ainsi le surpoids chez l'adulte par un Indice de Masse Corporel (IMC)  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, tandis que l'obésité correspond à un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>.

Il existe une classification des grades d'obésité en fonction de l'IMC :

- **Surpoids IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>**
- **Obésité classe I :  $30 < \text{IMC} < 34,9$  kg/m<sup>2</sup>**
- **Obésité classe II :  $35 < \text{IMC} < 39,9$  kg/m<sup>2</sup>**
- **Obésité classe III : IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>**

Même si un IMC supérieur à un certain seuil a une valeur en termes de sur-risque à l'échelle d'une population, tous les individus du groupe ne sont pas à risque : ce qui est vrai à l'échelle du groupe ne l'est pas nécessairement à l'échelle d'un individu.

Afin d'affiner le risque individuel un autre paramètre a été introduit : le tour de taille (TT) qui lui est mesuré en centimètres. Le tour de taille permet d'évaluer l'excès de graisse au niveau abdominal et notamment la graisse péri-viscérale qui est un facteur de risque important de complications cardiovasculaires et métaboliques indépendamment de l'IMC. Le tour de taille permet de définir la notion d'obésité abdominale. Chez les personnes d'origines caucasiennes l'obésité abdominale est définie par un TT  $\geq 94$  cm chez l'homme et  $\geq 80$  cm chez la femme.

Les causes de l'obésité sont multiples. La société de consommation et d'abondance dans laquelle nous vivons a entraîné ces dernières décennies de nombreuses modifications alimentaires avec une plus grande disponibilité des aliments à forte densité énergétique. Ces modifications alimentaires, associées à une augmentation de

la sédentarité du fait de nos modes de vie, ont contribuées à l'épidémie actuelle d'obésité.

Mais plus qu'un déséquilibre entre apports et dépenses énergétiques, la prise de poids relève de mécanismes complexes dont la prédisposition génétique, l'environnement, le stress, le sommeil, l'exposition à des toxiques et même la composition de la flore intestinale.

## **2. Contexte épidémiologique mondial**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'obésité est un problème de santé publique mondial (1).

En effet la prévalence de l'obésité dans le monde a quasiment triplé depuis 1975 et on estime qu'en 2016 dans le monde, 39% des adultes âgés de 18 ans et plus étaient en surpoids et que 13% étaient obèses. Cette épidémie est à l'origine d'une stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.

## **3. Le cas de la France**

La France n'est pas en reste, ainsi selon l'étude ObEpi de 2012, la prévalence du surpoids était de 32,3% et celle de l'obésité de 15% chez les adultes de plus de 18 ans (2). Cette étude ObEpi qui est réalisée tous les 3 ans depuis 1997, montre une augmentation de la prévalence de l'obésité chez l'adulte en France.

La prévalence de l'obésité en France est ainsi passée de 8% en 1997 à 15% en 2012. Elle est plus élevée chez les femmes (15,7% contre 14,3% chez les hommes) et l'augmentation de cette prévalence est également plus nette dans cette partie de la population, notamment chez les 18-25 ans. Même si l'augmentation de la prévalence de l'obésité se poursuit en France, on note une tendance significative à la décélération.

Au niveau régional, notons que dans le Languedoc-Roussillon le pourcentage d'adultes en situation d'obésité était de 14,4% en 2012, c'est-à-dire légèrement en dessous des chiffres nationaux (15%). Par ailleurs, on note une augmentation significative de la prévalence de l'obésité dans le Languedoc-Roussillon qui est passée de 11,1% en 1997 à 14,4% en 2012 (2).



## **4. Conséquences en termes de santé publique**

L'augmentation de l'IMC est un facteur de risque majeur pour de nombreuses maladies chroniques. Des associations statistiquement significatives entre l'obésité et l'incidence du diabète de type II, de nombreux cancers, des maladies cardiovasculaires, de l'asthme, des troubles musculosquelettiques tels que l'arthrose ont ainsi été observées dans de nombreuses études (3)(4)(5).

Certaines des complications de l'obésité, telles que le diabète de type II et les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de nombreux décès au niveau mondial. Ainsi selon l'OMS en 2016, 2,8 millions de personnes décèderaient chaque année du fait de leur surpoids ou de leur obésité (6).

Le surpoids et l'obésité augmenteraient également les incapacités liées à l'âge (7). Or la prise en charge des maladies chroniques et des incapacités à un coût financier majeur. Ainsi en 2002, le coût total annuel de l'obésité en France était estimé entre 2,1 et 6,2 milliards d'euros, autrement dit entre 1,5 % et 4,6 % de la dépense courante de santé en France (8). La prise en charge de l'obésité est donc un enjeu majeur de santé publique tant sur le plan médical que sur le plan économique et social.

C'est dans ce contexte que se sont développés des plans d'actions à l'échelle nationale tel que le Programme National Nutrition Santé (PNNS) (9) et le Plan Obésité (10) dont un des axes stratégiques est d'améliorer l'offre de soins et de promouvoir le dépistage de l'excès pondéral chez les adultes.

## **5. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité**

En 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) publiait ses recommandations pour la prise en charge médicale de premier recours concernant le surpoids et l'obésité de l'adulte. Dans ces recommandations, le médecin généraliste tient un rôle central dans la prévention et la prise en charge des situations de surpoids et d'obésité en tant que représentant du premier recours médical (11). C'est donc lui qui est en première ligne concernant le dépistage et le suivi des adultes en excès pondéral. Ainsi, une des mesures du Plan Obésité est de faciliter une prise en charge de premier recours adaptée par le médecin généraliste.

Le médecin généraliste a également un rôle important en termes de prévention et de suivi des maladies chroniques or l'obésité est une « maladie chronique qui connaît une tendance à l'aggravation avec le temps » (10). La grande majorité des médecins généralistes considèrent l'obésité comme une maladie chronique nécessitant une prise en charge précoce et à long terme. Ainsi 79% d'entre eux considèrent qu'il est de leur ressort de prendre en charge les personnes en situation d'obésité. Pourtant, plus de la moitié (58 %) se sentent peu ou pas efficaces lors de la prise en charge de ces patients (12). D'autres difficultés à la prise en charge nutritionnelle des personnes en surpoids semblent émerger de différentes études ayant interrogées des médecins généralistes. Il s'agit notamment du manque de motivation de certains patients et de leurs difficultés à suivre les conseils diététiques ou d'activité physique, mais également du manque de temps pendant les consultations ainsi que parfois l'insuffisance de formation des praticiens et le manque d'outils (13)(14).

Par ailleurs, c'est que ce n'est pas forcément le manque de connaissances théoriques du médecin qui pose le plus de difficultés. En effet, la situation socioéconomique du patient, semble, quand elle paraît sans issue, augmenter le sentiment d'incompétence du médecin dans le domaine de la prise en charge nutritionnelle (15).

## **6. Précarité et obésité**

### **a. Précarité**

On peut définir la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. » (16).

## **b. Le poids : puissant marqueur social**

Il existe un très net gradient social de l'obésité : il y a en effet une relation inversement proportionnelle entre le niveau de revenus du foyer, le niveau d'instruction et la prévalence de l'obésité. De plus, les disparités entre les catégories socio-professionnelles se creusent : l'augmentation de la prévalence de l'obésité touche toutes les catégories de revenus, mais elle est moins nette dans les catégories ayant un revenu supérieur (2).

## **c. Aspect socio-économique et culturel de l'alimentation**

Plusieurs travaux sociologiques, montrent qu'il existe en fonction des groupes sociaux et de leurs revenus une différence de perception de l'alimentation. Il en est de même pour la perception des prescriptions diététiques. Les catégories sociales les plus aisées sont dans une optique de prévention avec une vision à long terme de la santé et de l'alimentation. Elles ont également une vision plus contraignante de la corpulence à atteindre ainsi qu'une concordance entre leurs appétences et les impératifs diététiques. Dans les catégories sociales les plus modestes, les recommandations nutritionnelles sont connues, mais il existe une certaine distance vis-à-vis de ces normes de par les difficultés financières à s'y conformer. Dans les catégories les plus précaires, la priorité est donnée à l'abondance, au choix, les goûts alimentaires étant orientés par un souci d'intégration sociale. De plus, face au cumul des contraintes économiques et sociales l'alimentation devient un domaine de liberté. La santé est quant à elle vécue dans une optique à court terme et curative dans les populations les plus précaires (17).

De plus, les manières de manger varient énormément d'une culture à l'autre, et entre groupes sociaux au sein d'une même culture (18). Si les recommandations nutritionnelles via les campagnes de santé publiques ne tiennent pas compte des contraintes financières, des goûts et du style de vie des personnes visées et si elles sont vécues comme imposées alors ces campagnes de santé publiques risquent d'échouer, voire d'être contre-productives (17).

En février 2018, le Haut Conseil de la Santé Publique publie un avis concernant les objectifs et les pistes d'amélioration du PNNS pour les années à venir (2019-2023) notamment des objectifs prenant en compte les inégalités sociales de santé (19). Ainsi

depuis 2019, un des objectifs du PNNS est d'améliorer l'accès à une alimentation favorable pour la santé pour les personnes en situation de précarité alimentaire (20).

#### **d. Inégalités spatiales de santé**

Les causes des inégalités sociales de santé sont multiples et cumulatives (inégalités économiques, sociales et culturelles) (21). A cela s'ajoute les inégalités spatiales de santé en termes d'accès aux soins, du type de soin proposé : un médecin généraliste est par exemple souvent plus accessible qu'un médecin spécialiste et ce de façon plus marquée dans les populations précaires.

Il est également important de parler de « l'effet quartier », qui correspond à une séparation spatiale des groupes sociaux et culturels en fonction des quartiers d'une ville et qui s'apparente donc à une forme de ségrégation socio-culturelle (22)(23).

Or nous savons que la culture d'une personne joue un rôle important dans son rapport au corps et à la santé et par conséquent à l'alimentation et à l'activité physique (24). De plus il semble que les médecins généralistes voient leur pratique modelée par leur territoire d'exercice. Ainsi, les habitudes de santé des habitants et des professionnels, s'organisent jusqu'à devenir des normes propres au quartier d'exercice (23).

En 2014, un décret de la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine remplace les Zones Urbaines Sensibles (ZUS) et les Zones de Redynamisation Urbaine (ZRU) par les Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV). Les quartiers prioritaires de la ville sont définis selon l'INSEE comme « des territoires d'intervention du ministère de la Ville, définis par la loi du 21 février 2014. [...] ils ont été identifiés selon un critère unique, celui du revenu par habitant » (25). L'objectif étant de réduire les inégalités entre les territoires et d'améliorer les conditions de vie des habitants de ces QPV. A noter qu'une attention particulière est portée aux QPV dans la dernière version du PNNS (20).

Sur l'agglomération montpellieraine, on dénombre 12 QPV qui regroupent près de 52 400 habitants, soit 19,3 % de la population municipale. Il s'agit des quartiers de la Mosson, Aiguelongue, Cévennes, Celleneuve, Petit Bard Pergola, Vert Bois, Lemasson, Pompignane, Près d'Arènes, Pas du Loup - Val de Croze, Figuerolles et Gely (26).

## 7. Problématique

Dans les QPV l'accès aux soins peut constituer un obstacle majeur à la prise en charge de l'obésité (16) de par la répartition inégalitaire des médecins généralistes sur le territoire. De plus, nous savons que l'éducation, la culture et le lieu de vie d'une personne a un impact important sur son rapport au poids, à l'alimentation et à la pratique d'une activité physique ce qui peut compliquer les actions de prévention et plus globalement la prise en charge de cette personne en cas de surpoids ou d'obésité. Or, à ce jour relativement peu d'études se sont intéressées à la prise en charge de l'excès pondéral dans les milieux précaires. De plus lors de ma participation au recueil des données dans le cadre de l'étude FETOMP, j'ai pu remarquer que les consultations étaient souvent denses tant sur le plan médical que sur des aspects plus sociaux (éducation des enfants, travail...) ce qui laissait dans certains cas peu de place à la prévention et à la prise en charge de l'excès pondéral.

Par ce travail de thèse, j'ai souhaité comprendre les modalités de prise en charge des patients en situation d'obésité ou de surpoids en consultation de médecine générale dans les quartiers précaires de la ville de Montpellier. Et explorer le ressenti des médecins généralistes, exerçant dans ces quartiers, en évoquant avec eux les éventuelles difficultés rencontrées lors de la prise en charge de ces patients. Ainsi, j'espère pouvoir apporter des pistes pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de surpoids ou d'obésité dans les milieux précaires.

## **B. MATERIEL ET METHODES**

### **1. Présentation du projet FETOMP**

Le projet de recherche FETOMP (Formation à l'Education Thérapeutique sur l'Obésité en Milieu Précaire) est né d'un appel à projet de l'Agence Régionale de Santé Alsace (ARS) et de la ville de Strasbourg remporté par les départements strasbourgeois de médecine et de sciences humaines et sociales. Huit doctorants strasbourgeois en médecine générale se sont donc donnés pour objectif de faire un état des lieux de la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adulte dans les quartiers prioritaires de la ville (QPV) de Strasbourg.

Un travail observationnel en consultation "tout venant" au sein de cabinets de médecine générale dans les quartiers prioritaires de la ville (QPV) de Strasbourg a débuté en 2017. Au total, 398 consultations de patients adultes chez 13 médecins généralistes exerçant dans différents QPV de Strasbourg ont été observées par 8 internes en médecine générale sur une période de 8 mois entre 2017 et 2018. Grâce à ce recueil, les internes strasbourgeois ont pu travailler sur la question de la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adulte en milieu précaire.

La volonté de collaboration entre le département de médecine générale et celui de sciences humaines de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes a conduit leurs directeurs à associer les villes de Montpellier et Strasbourg dans ce projet. Le protocole de recherche a donc été repris à l'identique pour étendre l'étude à la ville de Montpellier. Afin de mener à bien ce projet, des internes ont été sélectionnés sur la base du volontariat par le biais de la Faculté de médecine de Montpellier via le Dr Yannick BARNIER.

C'est donc un groupe de 12 internes de médecine générale qui a repris le protocole à Montpellier. Afin de les former au protocole de recherche et au recueil de données, des partenaires Strasbourgeois : le Dr Léa CHARTON (chef de clinique assistante du DMG de Strasbourg) et le Dr Christian BONAHE (Directeur du département de science humaine et sociale de la faculté de médecine de Strasbourg) ont fait le déplacement à Montpellier en septembre 2018.

## **2. Recueil de données au sein du projet FETOMP**

### **a. Recrutement des médecins**

Initialement, tous les médecins exerçant en QPV à Montpellier ont été sollicités par téléphone, avec plusieurs rappels si nécessaire. Finalement, 12 médecins généralistes ont donné leur accord pour participer à ce projet. Une première rencontre a donc eu lieu avec un des investigateurs pour présenter le recueil de données et ses modalités. Tous les médecins rencontrés à leur cabinet ont été favorables concernant ce recueil de données au cours de leurs consultations. Ils n'ont par ailleurs pas été informés que les données spécifiquement recueillies concerneraient la prise en charge du surpoids et l'obésité, afin de ne pas biaiser l'orientation des consultations.

### **b. Recueil des données**

Les 12 internes du groupe de recherche FETOMP Montpellier ont débuté le recueil de données en Février 2019, par binômes, auprès de ces 12 médecins exerçants en QPV à Montpellier.

Le recueil des données nécessitait la présence en consultation d'un interne en tant qu'observateur ainsi que l'enregistrement audio de la consultation. Au sein du binôme, chaque interne avait un rôle précis. Un des internes était chargé avant la consultation d'accueillir le patient afin de lui expliquer les modalités de l'étude : le mode de recueil des données ainsi que le respect de l'anonymat et la possibilité d'effacer l'enregistrement sur simple demande. A l'issue de ces explications, le consentement oral du patient était recueilli. Ce temps permettait également de réaliser avec le patient un score évaluant la précarité : le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé). Le second interne était au côté du médecin lors de la consultation en simple observateur. Lors des consultations, il remplissait une grille ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale) afin de recueillir des informations générales sur le patient et de coder les moments clés de la consultation (motif de consultation, procédures utilisées, résultats de consultation, médicaments prescrits) selon la classification CISP 2 (Classification Internationale des Soins Primaires). Cet interne réalisait également un recueil qualitatif afin de noter les éléments non verbaux de la consultation et de compléter l'enregistrement audio.

Suite à cette consultation, les patients étant en surpoids et en situation de précarité étaient recontactés par téléphone avec leur accord, afin de parler ouvertement de leur ressenti lors de la consultation et notamment de leur vision du surpoids, de la prise en charge pondérale et de ses éventuelles attentes dans ce domaine.

Un code était attribué à chaque consultation permettant l'anonymisation des données. Les données anonymisées et codées étaient ensuite saisies et centralisées sur une base de données Google Drive dédiée au projet et auquel seuls les investigateurs avaient accès.

L'Accord du comité d'éthique avait été obtenu pour le projet FETOMP à Strasbourg et par conséquent il n'a pas été redemandé pour le projet FETOMP à Montpellier qui suivait la même méthodologie de recueil de données.

C'est donc au sein du projet FETOMP Montpellier que s'inscrit mon travail de thèse.

### **3. Choix de la méthode**

Afin de répondre au mieux à la question de recherche et à son paradigme compréhensif, j'ai fait le choix d'une méthode qualitative qui permettait de comprendre comment les médecins généralistes prennent en charge leurs patients en situation de surpoids ou d'obésité. Cette méthodologie permettait ainsi de recueillir leurs expériences personnelles dans ce domaine et leur ressenti quant à cette prise en charge.

Le but était de faire ressortir des thèmes et des problématiques qui n'auraient pas forcément été évoqués en se limitant à un questionnaire quantitatif. Le choix d'une méthode qualitative nous permettait une meilleure compréhension des déterminants de soins dans le cadre de la médecine de premier recours (27) (28).

### **4. Population de l'étude**

#### **a. Recrutement des médecins**

La population cible de notre étude était les médecins généralistes exerçant dans les QPV de Montpellier. Les médecins recrutés dans le cadre de l'étude FETOMP ont été contactés en priorité mais seul six d'entre eux ont répondu dans un premier temps.



Devant ce faible échantillon, et afin de recueillir davantage de données et ainsi atteindre la saturation des données, le recrutement a été élargi à tous les médecins exerçant dans les QPV de Montpellier. Grâce à une cartographie précises des QPV faites par l'ARS (26) et via le site internet des Pages Jaunes, j'ai contacté par téléphone les médecins généralistes exerçant dans ces quartiers : trois d'entre eux ont accepté de participer à mon étude et ils m'ont également permis grâce à leurs recommandations d'inclure deux autres praticiens. Le dernier médecin a été recruté directement car exerçant dans le même cabinet qu'un des médecins dont je venais faire l'entretien. Au total, 12 médecins généralistes ont donc répondu à ces entretiens, dont 6 qui avaient préalablement participés à l'étude FETOMP.

Le fait que mon recrutement ait eu lieu après celui réalisé dans le cadre du projet FETOMP, a permis de recruter de nouveaux médecins qui n'avaient pas répondu lors de la première phase de recrutement.

Les médecins ont ensuite été recontactés par téléphone ou par mail selon leur préférence afin de fixer ensemble la date et le lieu des entretiens. Il leur était précisé à ce moment que l'entretien avait une durée approximative de 30 minutes afin de leur permettre de s'organiser au mieux.

## **b. Lieux d'exercice**

Ces médecins exerçaient pour 8 d'entre eux dans le quartier de la Mosson qui est le QPV de Montpellier le plus important en termes de population (26) et les 4 autres médecins exerçaient dans le quartier des Cévennes.

## **5. Recueils des données**

### **a. Méthode de recueil des données**

Le recueil des données a été effectué, au cours d'entretiens semi-dirigés.

Les entretiens ont eu lieux entre le 4 novembre 2019 et le 13 décembre 2019, ils ont été réalisés au sein des cabinets dans lesquels exerçaient les médecins interrogés. Les entretiens ont été enregistré à l'aide d'un smartphone. Lors des entretiens semi-dirigés, je me suis appuyée sur un guide d'entretien élaboré au préalable (Annexe N°1).

## **b. Déroulement de l'entretien**

Dans un premier temps, les médecins ont été informés du sujet de l'entretien et de l'objectif de l'étude. Il leur a également été rappelé que ces entretiens étaient anonymes et leur accord pour l'enregistrement audio était recueilli.

Le guide d'entretien était composé de questions ouvertes, formulées de façon la plus neutre possible, afin de ne pas induire les réponses des médecins interviewés. Il a été rédigé grâce à l'aide de plusieurs documents de méthodologie (29) (30). L'objectif était de recueillir les informations permettant de répondre à la question de recherche et donc de comprendre la prise en charge du surpoids et de l'obésité par les médecins généralistes exerçant dans les QPV de Montpellier. Un autre objectif était d'explorer les difficultés rencontrées dans leur pratique ce qui permettait également de recueillir leur ressenti lors de cette prise en charge.

Pour finir, dans le cas des médecins n'ayant pas participé à l'étude FETOMP, une série de questions fermées leur étaient posées, afin de connaître leurs caractéristiques (âge, durée d'exercice, nombre de patients suivis, durée de travail hebdomadaire...) (Annexe N° 2).

Le guide d'entretien avait été validé par le directeur de thèse avant le début du travail de recueil. Certaines questions du guide d'entretien, ont nécessité une reformulation au fur et à mesure des entretiens afin d'améliorer leur compréhension. L'ordre des questions a pu varier d'un entretien à l'autre et selon les réponses du médecin afin de privilégier au maximum la spontanéité des médecins interviewés.

## **6. Analyse des données**

### **a. Retranscription**

Après l'anonymisation des entretiens, une retranscription mot à mot (verbatim) des entretiens a été réalisée sur un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word®).

Au total 12 entretiens ont été réalisés, leur durée moyenne était de 18 minutes et 31 secondes.

Les médecins étaient anonymisés selon un procédé simple : la lettre suivie du chiffre correspondant à l'ordre des entretiens (M1 pour le premier médecin interrogé et ainsi de suite...).

## **b. Analyse des données**

Après la retranscription des entretiens, j'ai procédé à un codage manuel de ces retranscriptions, afin de faire ressortir du contenu des entretiens, différentes thématiques autour de la question de recherche.

Une première lecture a permis l'émergence de thèmes principaux. Puis, une seconde lecture a permis le repérage de sous-thèmes dans lesquels les différents verbatims ont pu être classés. Un tableau réalisé avec un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word ®), permettait de classer les différents verbatims au sein des thèmes et des sous-thèmes.

Le but final de cette investigation approfondie était de répondre à la question de recherche en faisant émerger des hypothèses qui évoluaient au fur et à mesure des lectures. Les thématiques les plus récurrentes et celles paraissant les plus pertinentes au regard de la question de recherche ont ensuite pu être synthétisées, afin de répondre à la problématique posée (29) (31).

## C. RESULTATS

### 1. Caractéristiques de la population

Sur les 12 médecins interrogés 7 étaient des femmes et 5 étaient des hommes.

Ils avaient entre 30 et 61 ans, leur âge moyen était de 40,8 ans. Les trois quarts des médecins étaient mariés ou vivaient en couple et avaient des enfants.

Ces médecins exerçaient pour 8 d'entre eux dans le quartier de la Mosson et pour les autres dans le quartier des Cévennes, ils avaient donc tous un exercice en milieu urbain.

Ils exerçaient tous en libéral, dans des cabinets de groupe, et seul l'un d'entre eux avait en plus une activité de vacation en milieu hospitalier (en consultation de médecine interne).

Leur durée moyenne d'exercice était de 7,6 ans (30 ans pour le plus âgé d'entre eux et 1 an pour les deux plus jeunes installés).

En moyenne ils réalisaient 4955 consultations par an, au cours d'un travail hebdomadaire d'une durée moyenne de 40,8 heures.

Concernant leur formation en nutrition :

Trois des médecins se souvenaient avoir eu une brève formation initiale au cours de leurs études de médecine.

Un des médecins avait récemment suivi une FMC (Formation Médicale Continue) portant sur la nutrition et la prise en charge des personnes en excès pondéral.

Deux médecins parmi les plus jeunes avaient bénéficiés lors de leur internat d'un stage de deux mois dans le service d'Endocrinologie et de Nutrition du Pr Avignon au CHU Lapeyronie et avaient ainsi pu assister à des consultations de nutrition. Ces deux médecins avaient ainsi pu découvrir l'alimentation intuitive, autrement dit, une prise en charge axée notamment sur les sensations alimentaires (faim, satiété...) ainsi qu'une véritable pluridisciplinarité au sein de ce service hospitalier.

Quand il était demandé aux médecins interrogés une évaluation du pourcentage de patients en surpoids ou obèses au sein de leur patientèle, tous s'accordaient sur la difficulté d'une telle estimation mais en moyenne, ils estimaient qu'environ 42% de leur

patientèle était en situation de surpoids ou d'obésité. Cette estimation variait beaucoup d'un médecin à l'autre (de 15 à 75%), mais la moyenne estimée par les médecins se rapprochait des chiffres nationaux de prévalence du surpoids (32,3%) et de l'obésité (15%). (2)

## **2. Place du médecin généraliste**

Dans un premier temps j'ai interrogé les médecins sur ce qu'ils pensaient de la place du médecin généraliste dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité. Tous les médecins interrogés étaient d'accord sur l'importance de leur rôle dans la prise en charge de l'excès de poids. « *y a beaucoup de choses à faire autour du sujet du poids chez les adultes comme chez les enfants* » (M3).

### **a. Premier recours**

« *Je pense qu'on a une place très importante euh...on est le médecin de premier recours, de première ligne.* » (M3). Cette place privilégiée permet notamment de faire le dépistage du surpoids et de l'obésité : « *c'est-à-dire que c'est lui qui voit le premier qu'un patient est en surpoids, qu'il a besoin d'une prise en charge* » (M9). C'est donc souvent le médecin généraliste qui pose en premier le diagnostic de surpoids ou d'obésité. « *on est en première ligne du dépistage, d'orientation, de premier examen, de premier bilan, prise en charge et...enfin c'est les recos* » (M12), ce qui correspond aux recommandations de l'HAS de 2011 (11).

### **b. Rôle dans la prévention et l'éducation**

Le rôle du médecin généraliste est également « *essentiel, primordial, surtout dans la prévention et les conseils aux familles* » (M5), et notamment chez les enfants chez qui « *il y a un énorme enjeu* » (M3).

Le médecin généraliste a en effet un rôle d'éducation dans de nombreux domaines ce qui explique que la « *prévention des fois c'est plus dur, parce que [...] on voit d'autres choses et des fois ça passe un peu à la trappe* » (M8).

### **c. Suivi et motivation**

Le suivi est un élément essentiel en médecine générale, notamment dans le cadre des maladies chroniques telles que l'obésité.

Le poids est « *un des paramètres qu'on mesure régulièrement et qu'on doit suivre parce qu'il y a beaucoup de morbidités en fait associées au surpoids et à l'obésité* » (M3). Le suivi du poids est donc pour beaucoup de médecins, essentiel et notamment chez les enfants car « *on peut suivre l'évolution de leur courbe pondérale* » (M10). Pour d'autres « *la place du médecin c'est surtout de motiver, de préparer les patients* » (M6).

### **d. Limites du rôle du médecin généraliste**

Il existe cependant des limites à la prise en charge des patients par le médecin généraliste.

En effet, leur marge de manœuvre est limitée : « *on a que l'éducation et les conseils, on va pas aller l'opérer nous* » (M2).

Certains médecins rencontrent des difficultés à se positionner dans la prise en charge des enfants car « *on n'est pas les premiers à voir les enfants* » et donc « *beaucoup de pédiatrie [qui] nous passe un peu sous le nez parce qu'ils sont suivis par le pédiatre ou la PMI* » (M1).

De plus la prise en charge d'une maladie chronique telle que l'obésité « *fait intervenir une certaine responsabilisation du patient* », « *Parce qu'on ne peut pas être toujours derrière* » (M9).

Finalement le médecin « *donne des conseils, mais bon après...voilà...ce qui se passe à la maison c'est autre chose* » (M4). La prise en charge reste donc ponctuelle, se limitant souvent à l'enceinte du cabinet médical.

### 3. Modalités de prise en charge

#### a. Outils utilisés pour l'évaluation du surpoids et de l'obésité

Le premier outil évoqué par les médecins généralistes est le poids : les médecins interrogés disent tous peser leurs patients.

La moitié des praticiens interrogés évoquent spontanément une pesée systématique à chaque consultation, et ce quelque soit le motif de consultation.

La mesure du poids est initiée le plus souvent par le médecin, de façon plus ou moins imposée :

- « on les pèse à chaque consultation » (M4)
- « l'examen est des fois un peu systématisé, je propose souvent en fait la balance... » (M8)
- « je pèse les patients de toute façon, à chaque consultation » (M9)
- « Quand ils rentrent, direct sur la balance : je les pèse et ils ont les pétoches. » (M6)

Par ailleurs quand il s'agit d'une réévaluation et d'un suivi axé sur le poids, certains médecins ne réalisent pas de surveillance systématique du poids : « Après je les pèse pas forcément...vous voyez ? C'est vraiment, c'est plus eux, l'aspect qu'ils ont d'eux même en fait : est ce qu'ils trouvent qu'ils ont minci, est ce qu'ils trouvent que leur visage est plus fin ? » (M2).

La majorité des médecins interrogés évoquent l'IMC, qui pour certain est automatiquement calculé sur leur logiciel.

Par ailleurs la classification de l'obésité en grade selon l'IMC n'est que brièvement évoquée par un des médecins : « Ça je ne sais pas faire caractériser vraiment une obésité. A part dire voilà le grade par rapport à l'IMC, mais c'est tout » (M2).

Un des praticiens explique avoir observé un aspect particulier de la peau chez les patients ayant une consommation importante de produits sucrés : « la texture de la peau, c'est-à-dire que ceux qui boivent trop de coca, ils ont une peau particulière [...] elle est pas élastique vraiment, c'est comme s'il y avait des zones adipeuses ou...c'est

*une peau, j'ai du mal même à la décrire mais c'est évident d'une certaine manière. » (M5).*

La mesure du périmètre abdominal ou tour de taille ne fait partie du bilan d'évaluation de l'excès de poids que pour une minorité de médecins. Il est le plus souvent réalisé chez des patients déjà suivis dans le cadre de leur obésité ou ayant d'autres pathologies telles que le diabète :

- *« quand vraiment le patient vient pour ça, on fait la mesure du périmètre abdominal » (M8)*
- *« La mesure du périmètre abdo... [...] Je le fais plus, je pense à partir du moment où ils sont obèses » (M12)*
- *« le périmètre je le calcule jamais. Mais c'est à vu d'œil, voir est-ce qu'il y a surtout un gros ventre quoi. » (M7)*

#### Cas particulier des enfants :

Pour les praticiens évoquant la prise en charge des enfants, la pesée est systématique *« alors les enfants on les pèse à chaque fois » (M12).*

Elle est par ailleurs souvent complétée avec les courbes de croissance afin d'évaluer la vitesse de croissance, mais aussi d'illustrer la prise de poids de l'enfant :

- *« Pour les enfants quand j'ai le carnet de santé je montre la courbe d'IMC » (M3)*
- *« Si il y a une prise pondérale trop importante [...] là vraiment avec les enfants c'est assez facile on fait la courbe, je leur montre sur le carnet de santé, l'IMC » (M11)*
- *« chez les enfants y a pas que le poids, y a... Moi j'aime bien aussi voir la croissance [...]. Le chiffre du poids, il me traumatise moins je dirais chez les enfants » (M12)*

### **b. Examens complémentaires**

Les patients en surpoids ou obèses sont souvent suivis pour d'autres pathologies notamment cardiovasculaires ou endocriniennes et ont donc un suivi sur le plan biologique.



Mais dans le cas du diagnostic d'un surpoids ou d'une obésité isolée, un bilan sanguin est nécessaire afin de rechercher d'éventuelles étiologies ou complications à cet excès pondéral :

- « *après on fait un bilan quand même, un bilan sanguin, voir si y a d'autres pathologies associées type cholestérol, diabète* » (M4)
- « *Bon après y a toujours la biologie, une glycémie, une TSH si y a des signes...pour chercher d'autres... pour chercher une cause sous-jacente.* » (M12)

### **c. Aborder le sujet de l'excès de poids**

La majorité des médecins interrogés s'accordent à dire que l'excès de poids est rarement un motif de consultation en médecine générale.

Pour plusieurs médecins, la pesée semble être un moment clé pour aborder le sujet du poids :

- « *c'est vrai que c'est souvent le passage sur la balance, qui fait le, qui fait le déclencheur parce que c'est l'opportunité d'amener ce sujet-là* » (M12)
- « *de partir du chiffre, du poids puis de l'IMC ça me permet d'aborder le sujet* » (M3)
- « *même si ce n'est pas le motif de la consultation...et ben on en parle* » (M10)

Ainsi, la mesure du poids « *donne un angle de dialogue en fait, pour ouvrir le dialogue* » (M8), grâce à « *une question ouverte* » (M3). Cela peut également permettre une prise de conscience du patient et lui faire « *comprendre que ça peut aussi être un facteur aggravant de [sa] pathologie* » (M1).

De même, lorsque le motif de consultation est en rapport avec l'excès pondéral et ses complications ou son retentissement le médecin peut « *jouer du coup là-dessus* » (M2), cela peut permettre d'essayer de se « *rattacher à la plainte de départ* » (M12) du patient.

Les « *certificats* » médicaux sont aussi « *un moyen d'aborder le sujet* » (M3).

De façon générale, les praticiens n'expriment pas de crainte ou d'hésitation à l'idée de devoir évoquer le sujet du poids avec leur patient car : un médecin ne « *doit pas avoir*

de tabou » (M3), et sa « *mission en fait c'est de le dire* » pour le « *bien* » du patient. (M5).

De plus la relation de confiance entre le médecin généraliste et son patient permet au médecin d'aborder la question de la façon et au moment le plus adapté au patient :

- « *je connais les patients depuis un certain temps, je sais la façon dont on peut l'aborder* » (M11)
- « *Aucune crainte, aucune hésitation parce que c'est des potes* », « *je leur dis directement : c'est frontal* » (M6)
- « *en général, pas au début, plutôt vers la fin* » (M5)

Deux praticiens évoquent le cas particulier des enfants et des adolescents :

- « *Chez les enfants... c'est plus délicat je trouve à verbaliser que ce soit vis-à-vis des parents ou de l'enfant lui-même pour pas utiliser des mots qui peuvent stigmatiser ou vexer* » (M3)
- « *les patients adolescents, je sais qu'ils peuvent être assez...ils peuvent mal le prendre en fait donc on essaie de, d'en parler sans les brusquer* » (M10)

Un des médecins évoque sa crainte de ne pas savoir apporter de réponse à la problématique d'excès de poids du patient et de ne « *pas bien connaître exactement...comment prendre en charge* » (M7). Un autre médecin évoque la « *peur d'être intrusif* », de « *mettre ça [le poids] toujours au premier plan* » et trouve que c'est un « *peu délicat de parler* » du poids quand les patients sont seulement en surpoids car il n'a « *pas envie de blesser la personne en fait...pas envie de heurter la personne et qu'elle se braque* » (M2).

#### **d. Enquête approfondie**

La prise en charge du surpoids et de l'obésité nécessite au préalable de connaître le mode de vie du patient, tant sur le plan de ses habitudes alimentaires, que sur l'organisation de sa vie de façon plus générale.

Sur le plan des habitudes alimentaires, « *une enquête alimentaire* » (M12) est réalisée pour savoir ce que les patients consomment comme aliments, en quelle quantité, et « *repérer là-dedans ce qui est calorique* » (M1), les « *erreurs flagrantes* » (M11), de savoir s'ils grignotent.

Les patients sont généralement interrogés sur leur pratique d'une activité physique et sur la présence d'une activité extra-scolaire chez les enfants.

L'évaluation du moral est importante, un des praticiens évoque notamment le surmenage de certaines mamans : « *des mamans qui s'oublie un petit peu, qui s'occupent de dix mille choses qui sont surmenées, qui gèrent leur famille, qui gèrent parfois un boulot à côté et qui ont un peu de pression* » (M10).

Plusieurs médecins questionnent le patient sur l'histoire de sa prise de poids. En effet cela tient une place importante pour certains patients « *chez qui on sent [qu'il y a] une souffrance derrière* », « *qui ont eu une histoire de problème de poids ancienne.* » (M10).

Il faut également essayer de comprendre avec le patient ce qui a entraîné cette prise de poids, quel est le retentissement en termes de « *limitation fonctionnelle* » et quelles sont « *les comorbidités* » (M12) associées.

Cette « *étape d'analyse des problématiques* » est primordiale car elle permet de voir les « *choses qu'ils [les patients] pourraient corriger* » (M3).

### **e. Importance de la motivation du patient et de la prise de conscience de la problématique du poids**

Pour la majorité des médecins la motivation du patient est une composante essentielle à la prise en charge, elle doit donc être évaluée :

- « *il faut que ça vienne d'eux la démarche* », « *sinon c'est plus dur après de faire accepter le cheminement [...] le suivi* » (M2)
- « *essayer de les faire rentrer dans la boucle motivationnelle avant même de pouvoir les faire bouger sur l'alimentation* » (M12)
- « *quand c'est les patients qui sont demandeurs c'est plus facile de s'attacher à leur motivation à eux.* » (M12)

De même, avant toute prise en charge, le patient doit avoir pris conscience de son excès de poids et des conséquences que cela peut avoir :

- « *si la personne [...] elle voit pas les erreurs qu'elle fait et qu'elle a pas envie de les voir.....c'est, pour moi ça sert à rien* » (M2)
- « *comme pour toute prise en charge médicale c'est la conscience qu'ont les gens de l'importance de la prise en charge pondérale, du surpoids.* » (M11)

- « *j'essaie toujours de faire l'information minimale déjà, de constater ça de voir avec eux est-ce qu'ils en ont conscience ?* » (M7)

## **f. Conseils nutritionnels**

La plupart des médecins interrogés n'évoquent pas les régimes restrictifs dans leur arsenal thérapeutique :

- « *on ne leur fait pas faire de régimes* » (M1)
- « *de toute façon maintenant y a plus de régimes du tout* » (M10)

Ils semblent donc informés des risques liés à la pratique de régimes à visée amaigrissante publiés par l'ANSES en novembre 2010 (32).

Une partie des médecins évoque la notion de sensations alimentaires et essaient chez les adultes suivis de leur apprendre « *à reconnaître leur sensation de satiété, leur sensation de faim, vraiment d'éviter de manger parce qu'il faut manger* », à l'opposé des « *régimes hypocaloriques* » (M11).

Ce sont les conseils nutritionnels qui sont privilégiés dans la prise en charge, avec « *des petites techniques* » telles que « *prendre une petite assiette* », « *couper son assiette en quatre* » (M2), « *ne pas grignoter, essayer de faire 3 repas par jour, manger de tout en quantités adéquates* » (M7), « *manger des légumes* » (M8), « *de bien boire de l'eau, de prendre son temps pour manger, de limiter les écrans* » (M10).

Un des praticiens pour aider les parents s'appuie sur des « *brochures aussi, qui permettent de voir quel est le menu d'un enfant* », pour corriger les « *écarts alimentaires flagrants* » (M11). Le but étant d' « *essayer de limiter la prise de poids* » (M9) chez les adultes et de stabiliser le poids chez les enfants en pleine croissance, en essayant « *de faire passer des petits messages* » (M10).

Certains médecins ont pu lors de leur internat effectuer des stages dans des services hospitaliers spécialisés en nutrition. L'un d'entre eux « *reproduit le schéma* » appris lors de son stage (M2).

Une des praticiennes évoque que sans faire véritablement de « *l'éducation thérapeutique* », elle utilise tout de même cette « *trame* » lors de ses consultations et fait « *une sorte de contrat* » (M3) avec le patient.

## **g. Conseils d'activité physique**

Selon les quartiers, les patients sont orientés vers des différentes associations existantes qui proposent des activités physiques aux adultes et aux enfants le plus souvent de façon gratuite.

Concernant l'activité physique, le rôle du médecin réside dans sa capacité à faire des propositions, à ouvrir le dialogue, à donner des idées, « *à élargir l'horizon et montrer qu'y a des choses qui peuvent être adaptées* » (M3) : certaines associations notamment proposent une nounou pour s'occuper des enfants pendant la séance de sport des mamans.

Les patients, sont donc encouragés à pratiquer une activité physique au sein de ces associations de quartier.

Quand la problématique du surpoids est familiale, un des médecins propose « *de mettre en place des activités familiales* » (balades, vélo) (M11) afin d'impliquer toute la famille.

Au final, la prise en charge du patient est globale : le médecin « *les motive pour faire du sport* » (M6), leur donne des conseils hygiéno-diététiques, « *essaie de donner des clés* » (M8).

## **h. Place de la prise en charge psychologique**

La charge psychologique semble intégrée à la prise en charge globale du patient lors des consultations de médecine générale.

Un seul des médecins dit clairement que « *la seule chose qu'il [je] ne fais pas, c'est le psychologue ou le psychiatre.* », mais qu'il « *essaie de trouver une adresse* » (M6) malgré tout.

Un des médecins interroge tout de même le patient sur les « *émotions* » sous-jacentes à la prise alimentaire et recherche « *aussi au niveau du moral* » (M10) lors de l'interrogatoire.

Quand le patient est orienté vers une prise en charge spécialisée et notamment hospitalière, la prise en charge psychologique semble se faire au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

## **i. Place de l'entretien motivationnel**

Sans être évoqué explicitement, l'entretien motivationnel est utilisé par les médecins dans la prise en charge de leur patient en excès pondéral.

On le retrouve notamment au travers des différents entretiens :

- L'importance de l'empathie, de la valorisation du patient : « *déjà éviter le grignotage, on leur dit c'est super si vous faites ça* » (M7)
- L'accompagnement du patient dans la recherche de motivation intrinsèque en s'appuyant notamment sur les plaintes du patient, secondaires aux complications du surpoids telles que les douleurs articulaires.
- L'utilisation de questions ouvertes : « *Qu'est-ce que vous en pensez ?* » (M3)
- « *Essayer de les faire rentrer dans la boucle motivationnelle* » (M12)

Un des médecins se remet en question lors de l'évocation des difficultés de la prise en charge : « *Je suis peut-être mauvaise en entretien motivationnel* » (M12).

## **j. Prise en charge spécialisée**

Les médecins orientent leurs patients vers divers spécialistes : les endocrinologues, les médecins nutritionnistes, des chirurgiens digestifs quand une chirurgie bariatrique est envisagée.

Certains médecins proposent également à leurs patients de voir un diététicien, tout en évoquant l'absence de prise en charge des consultations de diététique et le coût important que cela peut engendrer pour les patients.

Souvent c'est suite à la demande du patient, que le praticien propose une prise en charge spécialisée :

- « *par contre chez les personnes qui sont vraiment très demandeuses, [...]et que bon moi je sais que j'aurais peur de pas avoir trop le temps et tout...je les envoie du coup à l'équipe du Pr Avignon...* » (M2)
- « *ceux qui sont en demande, on les envoie, on les oriente vers des nutritionnistes...* » (M4)

- « *quand je vois [...] qu'il y a une volonté au niveau du patient qui veut être pris en charge pour ce problème là...ça m'arrive d'adresser effectivement au spécialiste* » (M10)

Les médecins évoquent spontanément la nécessité d'une prise en charge spécialisée lorsqu'ils se sentent dépassés :

- « *quand on voit que ben on y arrive pas* » (M1)
- « *si on est dépassé, on envoie chez le spécialiste* » (M7)
- « *après dans les cas difficiles y a des consultations spécialisées pour ça.* » (M9)

Une part importante de médecins interrogés n'hésitent pas à adresser leurs patients dans les services hospitaliers spécialisés en nutrition afin de leur permettre de bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire :

- « *qui eux ont le temps de faire ça, puis y a des ateliers...* » (M1)
- « *j'envoie à l'hôpital, au CHU en service de nutrition-diabéto. Je sais qu'il y a des ateliers d'éducation thérapeutique, y a des choses assez pluridisciplinaires, de diététique, sport...* » (M3)
- « *quand après vraiment ils veulent un nom ça c'est vrai que je connais pas du tout de service précis...je les envoie en endocrinologie à l'hôpital et puis vu que l'hôpital ils ont tout...* » (M7)

De plus un des médecins évoque le poids que peut avoir « *la parole hospitalière* » (M11) par rapport à celle du médecin généraliste.

Certains médecins sont en étroite collaboration avec un spécialiste ou une équipe hospitalière : « *j'ai une endocrino, je travaille qu'avec une seule qui est très bien donc chaque fois quand je l'appelle elle est prête, c'est elle qui les prend en charge* » (M6).

Pour les praticiens, une prise en charge spécialisée est également le gage d'un suivi de qualité :

- « *si vous voulez vraiment un suivi moi je les envoie chez les spécialistes* » (M1)
- « *en thérapeutique, on est obligé quand même de les orienter vers des instituts spécialisés ou l'hôpital, hein pour un meilleur suivi* » (M4)

Néanmoins la prise en charge spécialisée n'est pas toujours la meilleure solution :

- Notamment sur le plan financier : « *en fait les diététiciens c'est pas remboursés donc, ici c'est vrai qu'on est assez vite limité pour ça.* » (M8)

- Certains spécialistes refusent les patients en surpoids sans comorbidité associée.
- Dans d'autres cas, la prise en charge est un échec car basée sur une restriction calorique sans considération pour les sensations alimentaires.

Certains médecins semblent pour certains se décharger de la prise en charge en adressant leurs patients aux spécialistes :

- « *bon après nous c'est facile (rire), on se décharge, on les oriente en endocrino* » (M1)
- « *un programme nutritif, donner des conseils très précis, un peu le rôle du nutritionniste et de la diététicienne* » (M7)
- « *on a un peu tendance à taper en touche quoi en disant : « ben on vous envoie vers un diététicien » » (M11)*

Chez les enfants l'attitude est plus consensuelle : lors de l'absence de résultat lors des premiers mois de prise en charge, leur médecin généraliste les adresse en consultation dans un institut spécialisé dans le surpoids des enfants.

- « *pour les enfants obésité, surpoids chez qui ça bouge pas du tout après les premiers mois de mise en place, on les adresse là-bas.* » (M3)
- « *chez les enfants j'ai quand même tendance à passer la main assez rapidement, à les adresser à l'Institut St Pierre ici, essayer d'avoir un rendez-vous spécialisé, parce que j'ai pas envie que ça m'échappe* » (M11)

## **k. Place de la chirurgie bariatrique**

La majorité des médecins évoquent la chirurgie bariatrique comme une prise en charge possible de leurs patients en situation d'obésité.

Cependant j'ai constaté une certaine opposition entre la prise en charge nutritionnelle et la chirurgie bariatrique tant du point de vue des patients que des médecins alors que ces deux approches sont complémentaires et indissociables y compris pour des patients en obésité grade III. De plus selon les recommandations HAS de 2011 (11) la chirurgie bariatrique est envisagée en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois

- « *des grosses obésités qui pour moi méritent de la chirurgie, je les envoie direct chez le chirurgien* » (M2)



- « *la chirurgie bariatrique, mais c'est aussi quelque chose que souvent les femmes demandent assez rapidement.* » (M3)
- « *Et après quand ils sont motivés, y en a beaucoup qui passent par la chirurgie. Voilà directement...et c'est vrai que la case nutritionniste tout ça ils oublient un peu.* » (M7)

Le rôle du médecin généraliste est donc de bien expliquer « *les tenants, les aboutissants* », d'orienter ses patients au bon moment, vers « *les équipes compétentes et qui prennent bien en charge les gens et qui ne les laissent pas tout seul après.* » (M3).

## **I. Organisation du suivi**

L'obésité est une maladie chronique. Lorsqu'une prise en charge nutritionnelle est initiée en consultation de médecine générale, un suivi régulier est nécessaire.

En majorité les médecins rencontrés s'accordent à dire qu'une consultation dédiée est souhaitable afin que cette problématique, ne soit pas noyée sous les divers motifs de consultation. Lorsque le diagnostic de surpoids ou d'obésité est posé à l'occasion d'une consultation de routine, le médecin généraliste peut donc proposer une prise en charge nutritionnelle spécifique lors d'une nouvelle consultation dédiée.

Les médecins interrogés évoquent deux cas de figures : soit ils laissent le soin au patient de prendre lui-même son rendez-vous permettant ainsi de le responsabiliser et de le rendre acteur de sa prise en charge, soit ils fixent ensemble à la fin de la consultation le prochain rendez-vous. Ainsi, les rendez-vous ne sont jamais imposés par le médecin.

- « *J'essaie de faire un truc en se disant on se revoit dans un mois mais vraiment pour le poids.* », « *je leur propose [...], prenez rendez-vous maintenant* », « *si la personne qui veut le faire elle le fait, celle qui le fait pas ben elle le fait pas...* » (M2)
- « *on se revoit au bout d'un mois, pour en discuter [...].on voit si ça marche...si y a des choses qui ont été possibles* » (M8)

Un des praticiens interrogés dit avoir moins d'hésitation à proposer un suivi lorsqu'il s'agit d'un enfant.

Dans le cas où une consultation de suivi, n'a pas pu être organisée, les praticiens profitent d'une nouvelle consultation pour réaborder le sujet :

- « *c'est moi du coup qui leur en reparle, même si ils viennent pour autre chose* » (M2)
- « *souvent on les voit tous les mois ou tous les 2 mois, pour les renouvellements de traitement donc on profite pour faire le point un peu sur l'alimentation* » (M4)
- « *au fur et à mesure de l'année, je peux y revenir dessus en fait* » (M5)
- « *Je relance les patients* » (M6)

Les renouvellements de traitement peuvent également être rapprochés afin de faire le point sur le poids de façon plus régulière. De même, les résultats d'un bilan biologique peuvent être l'occasion de suivre le poids d'un patient.

Dans certains cas, le patient n'est pas dans une dynamique de changement, et ne souhaite pas de consultation dédiée à la prise en charge de son excès pondéral. Le rôle du médecin généraliste sera donc de l'informer qu'une prise en charge est possible, et qu'il reste à sa disposition le cas échéant.

Pour un des médecins, envisager une consultation dédiée « *est totalement impossible* », le suivi « *se fait donc au fil des consultations* » (M9).

#### **4. Obstacles et difficultés rencontrés**

Les entretiens réalisés ont permis de relever deux grandes catégories d'obstacles à la prise en charge des patients en excès pondéral dans les quartiers prioritaires.

Avec d'une part les freins évoqués par les médecins et d'autre part les difficultés rencontrées par les patients pouvant limiter une prise en charge adéquate.

##### **a. Du côté des médecins**

###### **Manque de temps**

A l'exception d'un médecin, tous évoquent le manque de temps comme une problématique récurrente à leur prise en charge.

Ce manque de temps a des causes multiples :

En effet il semblerait que dans ces quartiers « *populaires* », les patients « *reviennent très, très, très régulièrement* » et que par conséquent, le *médecin* « *passé vraiment très peu de temps avec eux* » (M2) et il ne peut donc pas « *se permettre de faire que de la diététique ou de l'éducation thérapeutique* » (M3).

A cela s'ajoute la pénurie de médecins avec donc une surcharge de travail pour les médecins restants dont les salles d'attente sont pleines.

De plus au sein d'une consultation de médecine générale, les problématiques sont souvent multiples et l'excès pondéral est donc rarement mis au premier plan.

Un des médecins évoque également une « *charge administrative* », « *prépondérante* » (M1) qui se ferait au détriment de la prévention.

Or il se trouve que la prise en charge nutritionnelle est « *chronophage* », car « *faire passer le message en une demi-heure c'est pas possible* », il faut « *y revenir* » (M1).

Certaines notions comme les sensations alimentaires, ou la chirurgie bariatrique et ses indications peuvent prendre un temps supplémentaire à être expliquées.

De plus, « *motiver les gens pour qu'ils perdent du poids [...] est un travail qui prend beaucoup de temps* » (M6).

### **Manque de formation**

Lorsque la question de leur niveau de formation en nutrition leur était posée, la plupart des praticiens reconnaissent ne pas avoir eu de formation spécifique ou bien une formation insuffisante. Ils semblaient d'ailleurs déplorer cette situation, notamment concernant « *la prise en charge de l'obésité chez l'enfant* » (M7), qui pour eux est « *une problématique à part* » (M10). Seul un des médecins avait récemment suivi une formation dans le cadre de sa formation médicale continue.

Certains praticiens cependant s'intéressaient à la nutrition à titre personnel :

- « *je peux être intéressé [...] pour moi-même en fait, pour savoir ce que moi je mange* » (M5)
- « *j'ai pas de formation spécifique, après, ça m'intéresse donc, voilà* » (M12)

D'autres apprennent « *sur le tas* », utilisant des outils « *péch[és] à gauche à droite* » (M11), ou en navigant sur « *internet* » (M1).

La formation à la nutrition peut également être vécue comme une perte de temps, car il faudrait que les médecins prennent « *du temps en plus juste pour ça* » (M8), alors qu'ils sont « *déjà surchargés avec [leurs] consultations* » (M10).

Deux médecins évoquent le fait « *qu'on ne peut pas demander aux généralistes d'être très pointus sur tous les sujets* » (M9), ni de « *se former à tout* » (M12).

Un des médecins interrogés, juge « *qu'en proportion du nombre de patients qui sont concernés par ça [l'obésité] et du temps de formation on n'a pas un ratio qui doit être très, très, très rentable.* » (M12).

### **Prévalence importante de l'obésité**

En effet, la majorité des médecins interrogés évoquent la prévalence élevée de l'excès de poids au sein de leurs consultations et notamment chez les femmes et les enfants. Les estimations de cette prévalence varient beaucoup d'un médecin à l'autre mais il semble que les chiffres évoqués correspondent aux chiffres nationaux, même si dans la patientèle de certains praticiens plus de la moitié des patients seraient concernés par l'excès pondéral. Cela participe donc à la problématique du manque de temps.

Un des médecins insiste sur la « *banalisation* » (M2) du surpoids et de l'obésité dans les quartiers populaires, qui entraîne un problème de prévention et un retard diagnostic.

Le surpoids et l'obésité sont rarement isolés. En effet, l'augmentation de l'IMC est un facteur de risque pour de nombreuses maladies chroniques telles que le diabète, la dyslipidémie ou l'arthrose. Finalement, ce sont les complications liées au surpoids et à l'obésité qui souvent, passent au premier plan, quitte à « *négliger parfois la prise en charge vraiment du surpoids en soi* » (M11).

### **Absence de consultation dédiée**

Il semble assez rare que le motif de consultation initial soit la prise en charge d'un excès pondéral :

- « *des fois, les gens viennent pour ça, mais souvent non* » (M8)

Les consultations dédiées à la prise en charge nutritionnelle sont rares :

- *la prévention* « *passe...un peu à la trappe* » (M8)
- « *ça vient en parallèle d'autre chose* » (M11)
- « *c'est un peu noyé dans la consultation* » (M1)

- « au détours d'une discussion entre deux trucs, on parle du poids » (M2)

### **Rémunération des médecins**

La problématique financière du côté des médecins, n'est évoquée que par deux d'entre eux.

- « parce que à 25 euros la consultation on peut pas faire une heure [...] 25 euros, t'es obligé d'en faire 3-4 par heure sinon tu t'en sors pas », « c'est vrai que ça rentre en ligne de compte aussi » (M1)
- « je me suis formée en éducation thérapeutique, mais aujourd'hui la consultation à l'acte de médecine générale me permet pas de le mettre en pratique » (M3)

Inversement un autre médecin pense que « la problématique c'est pas d'être mieux payé parce que on est déjà payé pour notre travail et c'est pas ça le souci. » (M12).

### **Problématiques liées à la prise en charge spécialisée**

En débutant dans sa pratique libérale, parfois le fait de ne pas connaître de spécialistes ou de réseau pour adresser ses patients, peut constituer une difficulté supplémentaire :

- « je connais pas du tout de service précis... » (M7)

Le délai de prise en charge par les spécialistes peut également être long voir compliqué : « l'accès aux spécialistes est pas toujours facile » (M9).

A cela s'ajoute les difficultés propres au patient et notamment « l'éloignement géographique » (M3) qui peut limiter l'accès aux spécialistes qui n'exercent pas dans le quartier où réside le patient.

## **b. Du côté des patients**

Au fil des entretiens avec les médecins, plusieurs difficultés rencontrées par les patients ont été évoquées. Dont certaines, en lien avec leurs conditions de vie au sein des quartiers prioritaires de la ville.

### **La précarité**

Pour une grande partie des médecins interrogés, les difficultés financières ont un impact évident sur l'alimentation de leurs patients :

- « *Y a une problématique financière c'est sûr* » (M10)
- « *On a quelques patients [...] qui s'alimentent quand même au Secours Populaire, au Restos du Cœur* » (M12)

Finalement, un seul des praticiens interrogés ne pense pas que la problématique financière soit la première à mettre en avant.

Une notion est également régulièrement évoquée par les médecins. Il s'agit du fait qu'avoir une alimentation équilibrée coûte cher :

- « *manger équilibré...ça, ça revient un peu cher quand même...* », « *Certaines familles ne peuvent pas manger équilibré* » (M1)
- « *c'est plus difficile de les faire manger sainement entre guillemets après, parce que ça coute plus cher* » (M2)
- « *Et voilà ils n'ont pas les moyens pour avoir un repas équilibré. Il faut savoir qu'il y a des enfants ici qui ont un seul repas et c'est un repas déséquilibré le soir* » (M6)
- « *Les gitans ils mangent n'importe quoi parce qu'ils n'ont pas les moyens* » (M6)

De plus, on ressent une certaine opposition entre le fait d'acheter des produits frais, avec une notion d'inaccessibilité et les aliments industriels ultra transformés auxquels les patients semblent avoir plus facilement accès :

- « *la personne qui vit dans un milieu précaire, elle ira pas...faire son p'tit marché, pour acheter des petits légumes tout biens, tout trucs...vous voyez*» (M2)
- « *dans ce quartier essentiellement, le pouvoir d'achat est faible, donc ils vont beaucoup plus vers de la junk-food, des choses qui sont industrielles ou de mauvaise qualité, que de prendre des bons produits, bien sûr* » (M5)
- « *les familles, vont pas aller acheter les produits frais bios...voilà ils achètent ce qu'ils trouvent dans les magasins et les moins chers et c'est pas forcément ce qui est le plus sain* » (M10)
- « *quand on est plus précaire on a moins peut-être les moyens de s'alimenter d'une bonne manière... on est plus dans la malbouffe entre guillemets.* » (M9)
- « *Il suffit d'aller dans les supermarchés du quartier, c'est pas achalandé comme le supermarché là où je fais mes courses quoi. Y a énormément de produits transformés, beaucoup de trucs fluos, enfin...c'est pas les fruits et légumes qui sont mis le plus en valeur* » (M12)

Même si l'accès aux produits frais semble plus compliqué dans les quartiers populaires, il est également possible que certaines croyances participent au déséquilibre alimentaire. Ainsi, certains patients auraient tendance à penser qu'ils « *ne peuvent pas manger mieux, que ça leur coûterait plus cher* », alors que leur médecin pense au contraire que « *c'est pas forcément en payant plus cher qu'on mange mieux* » (M12).

Au cours des entretiens, on retrouve cette notion que les problématiques d'ordre financier peuvent également limiter l'accès à une prise en charge spécialisée adéquate :

- « *ici clairement les gens ne peuvent pas se payer la diététicienne* » (M3)
- « *ce qui va les freiner à aller voir les diététiciens c'est les finances* » (M4)
- « *les suivis avec les diététiciennes c'est bien plus compliqué, parce que dès que c'est pas remboursé...c'est pas possible* » (M7)

On retrouve également dans une certaine mesure cette problématique financière en ce qui concerne la pratique d'une activité physique : « *certains vont vous dire y il l'obstacle financier, pour inscrire les enfants au sport* » (M3). Même si, de nombreux praticiens évoquent spontanément les associations de quartier qui proposent des activités physiques gratuites aux enfants, comme aux adultes.

## **La culture**

La culture joue un rôle important dans la prise en charge nutritionnelle des patients. Ainsi, les différences culturelles entre médecins et patients peuvent compliquer la prise en charge.

### **Habitudes alimentaires**

Chaque culture possède des habitudes alimentaires qui lui sont propres.

Cela peut parfois compliquer la prise en charge du médecin qui aura du mal à évaluer les prises alimentaires et à « *proposer des alternatives* » (M11) dans une culture qui n'est pas la sienne. Les communautés les plus souvent citées lors des entretiens sont les communautés gitane et magrébine.

Dans les habitudes alimentaires, les plus fréquemment évoquées par les médecins généralistes on retrouve :

- Les produits sucrés : « *du thé avec du sucre, des dattes* », « *du miel, des biscuits au miel* » (M1), « *la pâtisserie* », « *les boissons sucrés* », (M6), « *toute boisson c'est du coca* » (M5).
- Les matières grasses : « *pain avec de l'huile d'olive* » (M1), « *des chips* », des « *mauvaises graisses* » (M5).
- Les féculents : « *beaucoup de semoule, beaucoup de pain* » (M11)
- La « *tendance à grignoter* » (M7), avec « *rarement des repas réellement assis* » (M11).
- L'absence de portion : « *on mange dans le plat* » (M3), la préparation de « *grosses marmites* » (M11)

Par ailleurs, les praticiens en citant ces exemples ne semblent pas faire de différence, ni établir de hiérarchie entre ce qui peut être considéré comme de la junk food (chips...) et les plats qui relèvent plutôt de la culture du patient (semoule, dattes...).

De plus ces habitudes alimentaires, peuvent être différentes une partie de l'année notamment quand les patients retournent « *au pays* » (M4) ou lors des fêtes religieuses.

Une large majorité des médecins interrogés évoquent la difficulté à modifier ces habitudes alimentaires : « *faire changer les habitudes du jour au lendemain c'est pas évident...* » (M4) car « *ce sont des habitudes de vie, les gens [...] y continuent à manger pareil toute leur vie* » (M1).

Un praticien évoque même « *une sorte de schéma extrêmement familial et difficile* », « *avec beaucoup d'implications* » et qui ne se limite pas seulement à la nourriture (M5). En outre, ces habitudes étant souvent familiales, on peut difficilement changer l'alimentation d'un seul membre de la famille. De plus, les hommes ne cuisinant pas le plus souvent dans ces communautés, il faut intégrer leur femme dans le processus de changement si l'on veut espérer modifier leurs prises alimentaires.

### **Barrière de la langue**

Près de la moitié des médecins évoquent la barrière de la langue comme un obstacle supplémentaire à leur prise en charge :

- « *avec le biais de la langue tout ça, c'est compliqué* » (M1)
- « *si tu envoies un courrier et que les gens savent pas lire le français ben ça sert à rien* » (M3)



- « *y a beaucoup de nouveaux arrivés, d'Italie, d'Espagne ... qui maîtrisent pas la langue* » (M6)
- « *le vocabulaire s'applique pas aux mêmes choses, donc on se comprend pas toujours* » (M11)

### **Représentation**

Plusieurs médecins évoquent les différences de représentations et de croyances en fonction des cultures en ce qui concerne le corps et notamment la corpulence.

Ces représentations variant d'une culture à l'autre, cela peut être source d'incompréhension entre le médecin et le patient :

- « *les gitanes sont dépressives si elles sont minces.* » (M1)
- « *Y a beaucoup de croyances et puis c'est très personnel [...] c'est un peu subjectif* » (M8)
- « *ce qui est un peu paradoxal, c'est que ici, y a certains patients qui pensent que c'est bien d'être en surpoids [...] pour être en bonne santé il faut beaucoup manger et il faut avoir un poids pas trop bas sinon on est plus fragile.* » (M9)

Ces croyances sont également très présentes en ce qui concerne les enfants et peuvent donc retarder le diagnostic de surpoids :

- « *je vais avoir plus facilement des mamans et des papas qui vont venir consulter parce que leur enfant ils le trouvent plutôt chétif ou plutôt mince que pour un problème de surpoids* » (M10)
- « *Tous les jours j'ai des parents qui me disent « ben non, il mange pas assez, il est trop maigre ». [...] et ça j'ai l'impression que c'est typique aux quartiers populaires* » (M2)

### **Religion**

Une minorité des praticiens évoquent la religion comme à l'origine de potentielles difficultés dans la prise en charge de leurs patients sur le plan pondéral.

Est notamment cité l'activité physique pour « *des femmes voilées* » chez qui la pratique de la natation va se révéler « *impossible* », ou qui devront trouver une salle de sport uniquement « *féminine* » (M3).

De plus, l'alimentation peut être « *souvent plus riche, au moment du ramadan, des fêtes* » (M3).

Un des médecins évoque longuement la cantine scolaire. En effet, souvent elle représente une chance pour les enfants vivant dans un milieu défavorisé de bénéficier au moins d'un repas équilibré dans la journée. D'après lui et du fait des « *convictions religieuses* », il n'y a « *pas de musulman* » qui va laisser son enfant manger « *la viande non casher* ». (M6). Cela peut donc favoriser une alimentation déséquilibrée chez les enfants dans le cas où aucune alternative n'est proposée pour les apports protéiques.

### **Education des enfants**

Une partie des médecins, relèvent que la problématique de l'excès pondéral est souvent familiale. Avec notamment « *des familles en surpoids* » et cette notion que « *quand les parents ont une certaine hygiène de vie, ben cette hygiène de vie elle est transmise aux enfants* » (M9) et que certaines erreurs alimentaires « *sont un peu des habitudes familiales* » (M12).

De plus les praticiens évoquent une certaine « *fatalité* » des patients concernant leur surpoids : « *c'est comme ça, je suis grosse, mes parents le sont, tout le monde l'est dans ma famille* », « *c'est génétique* » (M11).

Finalement, les patients accepteraient « *un peu l'obésité de leur enfant comme quelque chose de familial* », d'« *héréditaire* » (M11).

Une partie des médecins interrogés relèvent le problème de l'accès des enfants aux produits sucrés avec notamment :

- Des enfants « *habitué[s] à boire des sodas, à manger des bonbons* » (M4).
- « *beaucoup d'enfants qui ne boivent plus d'eau* » et « *ne boivent que du coca* » (M5)

Certains médecins estiment que la problématique est plus globale :

- « *c'est les tracasseries, le train-train du quotidien qui fait aussi qu'il y a la malnutrition* », « *c'est pas évident de faire face aux désirs des enfants et apprendre à leur dire stop* » (M4)
- « *pour calmer les enfants, pour tout ça : le bonbon c'est facile, la petite friandise c'est facile.* » (M10)

Pour un des médecins, le fait pour les parents de donner accès à ces produits sucrés peut venir d'un « *besoin de faire plaisir à leurs enfants* », « *comme si le parent se dédouanait de sa culpabilité ou de quelque chose de cet ordre-là [...] Peut-être qu'il ne*

*peut pas lui donner autre chose et donc il estime que c'est ça qu'il doit lui donner »* (M5).

### **Activité physique**

Si l'offre en termes de proposition d'activité physique semble plutôt riche dans les quartiers dans lesquels les médecins interrogés exercent, avec notamment de nombreuses associations sportives accessibles gratuitement, il semble persister des difficultés concernant l'accès à ces activités physiques.

Du fait en partie des problèmes de mixité sociale : *« il se trouve que c'est plus une communauté qui y va et qui en bénéficie », « c'est beaucoup fréquenté par les Marocains, les activités physiques de la mairie. Et les gitans ils y vont pas du tout ! »* (M12).

### **Travail physique**

Certains hommes ont un travail qui les sollicite beaucoup sur le plan physique : il apparaît que le travail peut dans ces cas-là être un frein à la pratique d'une activité physique :

- *« non j'ai pas le courage, je travaille beaucoup et j'ai pas le temps, je fais déjà du sport dans mon métier physique »* (M3)
- *« ils ont pas forcément l'idée de se dire "ça va me faire du bien pour, pour mon corps quoi, de bouger" »* (M8)
- *« les adultes sont plus actifs parce qu'ils bossent, ils bossent dur certains quand ils travaillent »* (M5)

Parfois la problématique est culturelle : chez les *« patients maghrébins c'est pas forcément dans la culture des hommes »* (M11) de pratiquer une activité sportive.

Cela peut entraîner des difficultés supplémentaires pour le praticien : *« amener les patients à l'activité physique c'est pas du tout évident »* (M3).

Même si un des médecins constate que *« y a une volonté... »*, et que *« quand même les femmes »*, *« de plus en plus »*, font *« un peu de gym »* (M4).

### **Sédentarité des enfants**

Il faut également noter que la sédentarité des enfants dans ces quartiers est très importante. En effet, dans certaines communautés, les activités physiques des enfants sont très limitées pour de multiples raisons :

- « *les gitans, les enfants font rarement du sport en dehors de l'école, c'est pas des enfants qui sont inscrits dans des clubs et c'est pas qu'un problème financier, c'est que les enfants sont toujours collés aux parents donc c'est... Les mamans ne lâchent pas les gamins* » (M11)
- « *ils passent du temps devant la télé, les écrans* » (M11)

### **Défaut d'éducation à l'alimentation**

Une partie des médecins déplorent lors des entretiens, le manque de connaissance de leurs patients dans le domaine nutritionnel :

- « *ils savent pas en fait les gens [...]ce qu'est un corps gras, du sucre, du gras, des protéines* » (M1)
- « *la mauvaise information, je dirais, globalement, des gens sur la nourriture* », « *ce manque de culture alimentaire, d'information [...] fait des ravages* » (M5)
- « *ils ont moins conscience de ce qui est bon pour le corps au niveau de l'alimentation* » (M7)

Un des médecins souligne en particulier le rôle primordial de l'école dans l'éducation à l'alimentation : « *le problème en France c'est l'alimentation. L'alimentation, l'école ne fait pas son travail. Alors qu'il faut commencer ça très tôt.* » (M6).

Parfois, ce sont les capacités de compréhension du patient qui semblent être un frein la prise en charge nutritionnelle : « *leur niveau intellectuel il est un petit peu...vous voyez, le QI il est un petit peu bas* » (M6). Les médecins sont confrontés parfois à des difficultés de compréhension de « *consignes mêmes simples* » (M11) avec l'impression que parfois « *l'info elle passe pas totalement* » (M1).

### **Motivation**

La motivation du patient conditionne la majeure partie de sa prise en charge.

#### **Prise de conscience**

La majorité des médecins rencontrés s'accordent à dire que dans un premier temps la prise de conscience du patient est essentielle et conditionne le reste de sa prise en charge.

Il faut tout d'abord que les patients prennent conscience de leur excès pondéral, de l'incidence que cela peut avoir sur leur état de santé et notamment comme facteur

aggravant d'autres pathologies. Le plus souvent, c'est le médecin qui prend l'initiative de la prise en charge, il va donc chercher les patients « *sur un terrain où eux [n']étaient pas* » (M12), leur surpoids n'étant « *pas forcément un problème à leurs yeux.* » (M11).

De plus, il peut y avoir une forme de déni chez le patient qui n'est pas prêt ou qui n'a pas forcément envie de prendre en charge son surpoids.

Il est nécessaire que le patient ai pris conscience du potentiel danger pour sa santé, qu'il l'ait intégré pour être moteur et acteur de sa prise en charge.

### **Volonté**

La majorité des praticiens évoquent également la question de la volonté du patient :

- « *il faut que le patient soit volontaire pour le faire sinon y a aucun intérêt.* » (M2)
- « *Y a des gens chez qui une parole suffit et y en a d'autres ça fait 20 ans que je leur serine la même chose et rien n'y fait* » (M5)

Un des médecins illustre cette notion de l'importance de la motivation et de la volonté du patient par la phrase suivante : « *chaque personne est un obstacle pour elle-même* » (M2).

### **Observance**

Comme dans toute pathologie chronique, il s'agit d'une prise en charge au long cours dans laquelle l'observance du patient est essentielle.

La question de la prise en charge pondérale fait intervenir une certaine « *responsabilisation du patient* » (M9).

Or, les médecins le déplorent, peu de patients « *jouent vraiment le jeu...* » (M2) en suivant les conseils donnés. Certains patients font même « *des choses complètement anarchiques* » (M11).

Or une fois passée la porte du cabinet médical, la marge de manœuvre du médecin se retrouve extrêmement réduite. Il est en effet très difficile pour le médecin de savoir ce qui se passe en dehors du cabinet :

- « *ce qui se passe à la maison c'est autre chose* » (M4)
- « *j'ai pas les leviers pour influencer sur ce qui se passe réellement une fois que la porte est fermée* » (M5)
- « *On n'est pas derrière à savoir si ils font vraiment ce qu'on leur dit de faire, pour essayer de perdre du poids.* » (M9)

## Suivi

Afin d'accompagner au mieux le patient, il est important que celui-ci soit suivi régulièrement afin de pouvoir être guidé par son médecin tout au long de la prise en charge.

Malheureusement la plupart des médecins évoquent les difficultés de suivi et la perte de motivation des patients : « *la population elle est particulière ici, ils ne sont pas disciplinés, parfois je les vois tous les mois, parfois je les vois une fois tous les 6 mois* » (M6).

D'après l'expérience des médecins, souvent, « *les choses stagnent* » (M3), les patients « *reprennent leurs vieilles habitudes* », ils « *craquent* » (M1) et au final c'est « *un peu l'échec ou le yoyo.* » (M3).

## 5. Propositions d'amélioration

Au cours des différents entretiens, les médecins ont évoqué des pistes d'améliorations qui pourraient selon eux, si elles étaient mises en place, les aider au quotidien dans leur pratique et dans la prise en charge de leurs patients.

### a. Formation

Tout d'abord, plus de la moitié des praticiens interrogés ont évoqués la possibilité d'améliorer la formation des médecins généralistes à la prise en charge pondérale :

- « *je pense vraiment qu'il faut que nous, on soit mieux formés, ça c'est la première chose.* » (M11)
- « *peut-être se former un peu plus* » (M10)

Un des médecins estime que cela lui permettrait d'apporter « *plus d'éléments de réponse* » (M4) aux patients et ainsi de mieux leur faire passer les messages et les informations.

Une formation dédiée lors de la formation initiale semblerait plus adaptée car plusieurs médecins évoquent le manque de temps qui souvent limite leurs possibilités de formation continue.

Deux des médecins rencontrés expriment le souhait d'être mieux formés à la prise en charge de l'obésité pédiatrique et à ses spécificités car pour eux il s'agit d'une « *problématique à part* », à laquelle ils ne sont « *pas du tout formés* » (M7).

Selon eux, cela leur permettrait d'« *être plus à l'aise* » (M10) dans la façon d'aborder le sujet et dans les réponses à apporter à l'enfant et à ses parents.

Un des praticiens qui avait pu bénéficier d'un stage de consultation dans le service de Diabétologie et Nutrition dirigé par le Pr Avignon souligne qu'il n'aurait jamais entendu parler de la notion de sensation alimentaire s'il n'était pas passé dans ce stage.

Plusieurs autres médecins estiment que ce serait « *un avantage, un bénéfice pour les patients* » (M4) que leurs médecins soient formés à l'alimentation intuitive afin de « *lutter contre les régimes restrictifs* » et leurs « *conséquences* » (M3).

De plus, le manque de motivation des patients étant selon les médecins un frein important à la prise en charge, il semble important aux yeux de plusieurs praticiens de renforcer leur formation à l'entretien motivationnel, à l'éducation thérapeutique ainsi qu'à la prise en charge psychologique.

Cela permettrait selon eux de :

- « *remettre le patient au centre... qu'il se saisisse de ce qu'il peut faire* » (M3)
- « *susciter la motivation* » (M12)
- « *les motiver à changer...et ça y a un moment où des fois on est un peu limité, parce qu'on est pas formé* » (M7)
- Pouvoir « *les aider, les soutenir* » (M11)

## **b. Prévention**

La majorité des médecins interrogés estiment que la prévention du surpoids et de l'obésité est insuffisante en France, notamment au sein des quartiers dans lesquels ils exercent.

Un des médecins pense qu'il « *faut mettre les sous pour la prévention...* » (M1).

Un autre estime que « *l'Etat ne fait rien pour ça et après ça lui coûte mille fois plus cher.* » (M6) évoquant notamment le coût élevé pour la société de la prise de charge des personnes en situation de surpoids ou d'obésité (nutritionniste, suivi spécialisé,

chirurgie bariatrique...), mais également des complications de l'excès pondéral :  
« hypertension », « diabète à 35 ans, 40 ans » (M6).

Si un des praticiens insiste sur le fait que c'est aux médecins de prendre « *vraiment le temps de faire ça et de le développer en consultation* » afin de pouvoir « *jouer en amont des maladies* » (M7). Un autre estime que ce n'est pas uniquement à son niveau que la prévention doit être faite, mais « *au niveau des politiques ou des industriels.* », il pense également que « *le maire, ou les députés, enfin les gens locaux, pourraient faire beaucoup...* » car pour lui une action locale aurait plus d'impact « *qu'une décision de l'académie de médecine* » (M5).

Les moyens d'améliorer la prévention sont multiples et se situent à plusieurs niveaux :  
Cela peut passer par le fait de « *sensibiliser les parents...très tôt* » (M4).

Mais également en utilisant le biais de l'école et de la cantine car « *la prévention elle commence à l'école* » (M6) et il faut « *vraiment jouer sur la prévention [...] à l'école, la cantine* » (M4) ou par le biais des mamans qui fréquentent les associations de femmes dans les quartiers au sein desquels des informations sur la nutrition pourraient être données.

Certains médecins évoquent la possibilité de faire un « *travail en profondeur dans les quartiers* » (M6), en réalisant des campagnes d'affichage sur « *des panneaux publicitaires* » ou sous forme de « *tracts* » ou grâce à des « *actions au marché* » (M5).

Pour d'autres médecins il faudrait d'avantage informer les patients de la possibilité d'être pris en charge sur le plan nutritionnel chez leur médecin généraliste.

Cela pourrait par exemple permettre de mettre en place des consultations dédiées à l'alimentation et à la prise en charge de l'excès pondéral :

- « *Peut-être au niveau de la CPAM qu'ils mettent des affiches, de la publicité pour ça. Pour dire que c'est une pathologie et qu'on peut les aider* » (M7)
- « *quand ils [les patients] viennent pour le dépistage du frottis ou un autre dépistage. Ben là dépistage obésité/facteurs de risques cardiovasculaire, ça serait bien* » (M7)
- « *Peut-être que si y avait une campagne nationale, ça bougerait, ça sensibiliserait un peu plus les gens, ça bougerait un peu plus les choses* » (M12)



Plusieurs médecins évoquent également les associations déjà en place dans le quartier et qui permettent à la population « *d’assister à des activités, à des ateliers qui portent sur des thèmes différents et en particuliers certains sur l’alimentation* » (M11). Mais ces ateliers s’adressent spécifiquement aux patients diabétiques. Les médecins évoquent donc la possibilité d’organiser sur le même concept « *des ateliers de [...] cuisine* » (M1), « *pour faire passer les messages* » (M10) aux patients en situation de surpoids ou d’obésité.

Cela permettrait ainsi de palier en partie à l’insuffisance d’éducation à l’alimentation des patients.

### **c. Améliorer la prise en charge spécialisée**

Une des autres pistes évoquées par les médecins réside dans l’amélioration de la prise en charge spécialisée de leurs patients en situation de surpoids ou d’obésité.

Pour cela, il est notamment possible de faciliter l’accès aux spécialistes, avec « *plus de prise en charge spécialisée* » afin de pouvoir « *déléguer cette problématique-là auprès de professionnels qui ne font que ça* » (M9).

Cela peut se faire en réduisant les délais de rendez-vous et en facilitant le lien avec les hôpitaux. Evitant ainsi que les patients ne décrochent une fois le processus de changement engagé : « *qu’on puisse avoir des gens qui puissent leur donner des conseils, qui soient disponibles, des diététiciens, médecins... mais avec un contact assez rapide.* » (M11).

Comme nous avons pu le constater, l’argent, peut dans bien des situations constituer un frein important à la prise en charge. Pour limiter cela, certains médecins proposent tout simplement un remboursement des consultations de diététiques. Un des généralistes interrogés, propose également de faciliter la prise en charge de l’activité physique par la Sécurité Sociale.

### **d. Maisons de santé pluridisciplinaires**

Deux praticiens évoquent les avantages que pourraient apporter les maisons de santé pluriprofessionnelles tant sur le plan de la prévention, que sur celui de la prise en charge spécialisée.

Cela pourrait selon eux permettre « *plus de facilité [à] faire de la prévention* » (M1), « *d'enlever la barrière financière pour les patients* » (M3).

Un « *protocole axé sur l'obésité* » (M3) pourrait ainsi être mis en place avec :

- « *des consultations d'éducation thérapeutique* » (M3)
- « *une diététicienne et financer par la maison de santé les consult' diététiques* » (M3)
- « *des éducateurs d'activité physique adaptée qui pourraient aussi être rémunérés par la maison de santé et qui pourraient offrir des séances d'activité physique aux patients* » (M3)

Le tout, dans l'environnement géographique proche du patient autrement dit : « *à l'échelle du quartier* » (M3).

Ainsi, tous les acteurs (associations de quartier, pharmaciens, médecins généralistes), seraient mobilisés et pourraient aller dans le même sens : « *la clé elle est là* », « *pour les patients comme pour les médecins* » (M3).

### **e. Développer les applications pour smartphones**

Une des médecins qui s'est formée à l'alimentation intuitive évoque la possibilité de développer des « *applications sur les téléphones mais qui soient contrôlées par les médecins* », précisant que nombre de ses patients utilisent déjà des applications pour faire des « *régimes hypocaloriques* ».

Pour elle le démarrage de l'application pourrait se faire avec le médecin, puis les patients pourraient de façon très « *simple* » et très intuitive renseigner « *leur activité physique* », les aliments « *qu'ils ont mangés* » et en « *quelle quantité* ». (M11)

Selon elle, cette application pourrait aider le médecin dans sa prise en charge et notamment lors des consultations, parce qu'il est difficile et chronophage d'évaluer précisément les prises alimentaires.

## **6. Ressenti des médecins**

Face à ces nombreuses problématiques tant du côté des patients, que sur le plan de la prise en charge médicale, les médecins expriment leur ressenti, parfois lors des entretiens, et souvent après l'arrêt de l'enregistrement.

Certains praticiens exprimaient un sentiment d'isolement dans leur pratique :

- « *en médecine générale, on est un peu seuls, c'est ça le problème* » (M1)
- « *suis persuadée que tout seul on y arrive pas* » (M3)

A la fin des interviews, certains médecins exprimaient le souhait de connaître les réponses de leurs confrères que j'avais déjà rencontrés, en exprimant leur volonté en quelque sorte de s'étalonner et de comparer leurs prises en charge.

Certaines fois, il ressortait une forme de dépréciation de leur travail, il était également exprimé une difficulté à trouver sa place au sein de la prise en charge :

- « *moi j'aimerais plus m'impliquer* » (M7)
- « *je pense que je suis un bon représentant de la mauvaise prise en charge de l'obésité malheureusement, parce que j'arrive pas à les faire maigrir* » (M1)
- « *c'est un peu comme être face à un mur, parce qu'au final...C'est pas moi qui vais changer toutes leurs croyances* » (M8)
- « *on a l'impression d'être impuissant* » (M10)

J'ai parfois ressenti un certain découragement devant l'ampleur de la tâche qu'une des médecins qualifiait de « *très vaste chantier* » (M12) :

- « *prendre en charge c'est un bien grand mot...* » (M1)
- « *on essaie de faire passer le message comme on peut* » (M10)
- « *Ben, personnellement j'ai l'impression qu'en fait...ça marche pas* », « *que ça patine, que ça n'avance pas...* » (M2)
- « *c'est compliqué je trouve, je trouve que c'est frustrant, c'est on a l'impression de pas faire du bon boulot et ça, ça fait partie des choses qui me dérangent.* (M11)

Parfois, c'est une certaine forme de colère face à l'absence d'action des politiques locales qui ressortait des entretiens. Colère souvent associée à une part d'inquiétude face à l'avenir et à la santé des populations suivies :

- « *C'est des quartiers qui sont abandonnés* » (M6)
- « *Je vois le désastre alimentaire que c'est* » (M5)
- « *Y va avoir des soucis de santé plus tard* » (M1)
- « *Là déjà y a des problèmes mais ce sont des générations, on prépare des générations de diabétiques, hypertendus* », « *ils sont en train d'hypothéquer pour le futur* » (M11)

Cependant, de rares praticiens évoquent leurs succès de prise en charge et refusent de se montrer défaitistes :

- « *des fois ça fonctionne, on arrive quand même ici dans ce cabinet, à bien éduquer les patients et on voit quand même des retours de pertes de poids significatives. Y a quand même du positif* » (M9)
- « *je pense qu'il y a quand même beaucoup d'obésité et de surpoids sur lesquels on peut faire quelque chose. Les obèses pour lesquels on peut rien faire malgré toutes les méthodes du monde, y en a mais je pense c'est à la marge par rapport à tous nos patients obèses...»* (M12)

# D.DISCUSSION

## 1. Forces et limites de l'étude

### a. Forces de l'étude

A ce jour, il existe de nombreuses publications traitant de la prise en charge du surpoids et de l'obésité en médecine générale. Parmi ces publications on notera la thèse de Mathieu Burger réalisée à Strasbourg « *Connaissances, opinions et prise en charge des patients adultes obèses ou en surpoids par les médecins généralistes occidentaux* » qui est une revue de la littérature (33). Cependant, nombre de ces travaux sont des études quantitatives ou portant uniquement sur l'obésité infantile et peu se sont intéressées aux quartiers précaires. Or, c'est dans ces quartiers précaires que la prévalence du surpoids et de l'obésité est la plus élevée (2). L'originalité de ce sujet réside donc dans le fait qu'il s'agit d'une étude qualitative réalisée par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant au sein de quartiers précaires.

Les quartiers précaires ont fait l'objet de nombreuses études sociologiques. Cependant, ce n'est pas en tant que sociologue que j'ai réalisé ce travail mais plutôt dans une posture hybride d'apprentie chercheur mais aussi de futur médecin généraliste. Cela a probablement permis de limiter en partie l'impression de jugement que pourrait ressentir un médecin qu'un sociologue vient interroger sur sa pratique. Ainsi, le fait d'être un futur médecin a pu favoriser une certaine liberté de parole chez les praticiens interviewés. Ce qui, combiné à un guide d'entretien dans lequel les questions ouvertes étaient majoritaires a permis de recueillir l'expérience souvent très riche des praticiens interrogés : leur prise en charge en pratique mais également leur ressenti.

Concernant le recrutement des médecins généralistes, celui-ci s'est finalement fait en deux temps : dans un premier temps l'ensemble des médecins avaient été contacté par les Docteurs Barnier et Rieu-Clotet et seule une partie d'entre eux avaient accepté d'accueillir des internes en consultation. Lorsque quelques mois plus tard j'ai contacté ces mêmes médecins afin de réaliser les entretiens, de nouveaux praticiens ont donné leur accord, enrichissant ainsi l'échantillon initial. Par ailleurs, le fait que les médecins interrogés n'aient eu connaissance du thème exact de l'entretien que quelques minutes

avant le début de celui-ci a probablement permis une certaine spontanéité dans les réponses. En effet, à l'instar des consultations observées en aveugle pour le projet FETOMP, lors de la première prise de contact je les avais uniquement informés que mon travail de thèse portait sur l'exercice de la médecine générale dans les quartiers précaires sans évoquer le sujet du poids.

Lors de mon internat, j'ai effectué un stage dans un centre de suite et réadaptation prenant en charge des personnes en situation d'obésité. Puis, lors de mes remplacements j'ai pu réaliser des consultations de médecine générale dans des quartiers précaires en périphérie de Grenoble. Cela m'a sensibilisé je pense à la prise en charge des patients en situation de surpoids ou d'obésité et aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes au cours de cette prise en charge particulière. Ainsi, j'espère avoir su retranscrire le plus fidèlement possible le ressenti des médecins qui m'ont reçu en entretien.

## **b. Limites de l'étude**

Il existe plusieurs biais dans le cadre de cette étude.

Nous pouvons dans un premier temps évoquer le **biais de recrutement** des médecins interrogés. En effet, de nombreux médecins ont été contactés que ce soit dans le cadre de mon travail de thèse ou plus généralement au sein de l'étude FETOMP et seule une minorité a finalement pris le temps de répondre à mes entretiens. On peut donc supposer que les médecins généralistes ayant donné leur accord pour la réalisation des entretiens se sentaient plus concernés et avaient davantage envie de s'exprimer sur les particularités de leur exercice en milieu précaire. De plus, les médecins interrogés sont issus de seulement deux des douze QPV de Montpellier : La Mosson pour huit d'entre eux et Les Cévennes pour les quatre autres. Par conséquent, et même s'il s'agit des QPV les plus densément peuplés, les médecins interrogés ne sont pas représentatifs de tous les médecins généralistes exerçant dans les QPV montpellierains.

Par ailleurs, étant peu rompue à l'exercice de l'entretien semi dirigé il existe inévitablement un **biais d'intervention**. En effet, lors de la réalisation des entretiens, même si j'ai essayé de garder une attitude neutre afin de permettre aux médecins interrogés de se confier le plus librement possible, il est évident que certaines de leurs réponses peuvent avoir été orientées par la formulation de mes questions. De plus,

mon statut particulier de futur médecin généraliste se trouve à la fois être un atout car il a pu favoriser des réponses plus personnelles au sein d'une discussion entre médecins. Et en même temps cela m'incluait en quelque sorte dans l'objet de recherche, diminuant de ce fait ma neutralité.

En ce qui concerne l'analyse des entretiens, aucune triangulation lors de l'analyse des données n'a pu être réalisée d'où un potentiel **biais d'interprétation**. Cependant, même si aucune triangulation à proprement parlé n'a été réalisée, ce travail de thèse est issu d'un projet collectif et collaboratif ayant permis des échanges et une véritable réflexion entre pairs. Cette réflexion réalisée au préalable ainsi que les recherches bibliographiques effectuées en amont, ont en partie permis de limiter ce biais d'interprétation et de contrebalancer d'éventuelles opinions sur le sujet, acquises au préalable lors de mes stages et remplacements.

Il aurait également pu être intéressant de réaliser des entretiens de groupe ou focus group et ainsi profiter de l'interaction entre les différents médecins pour nuancer et enrichir des informations recueillies. Mais cela aurait probablement été difficile en termes d'organisation au vu des emplois du temps chargés des médecins interrogés.

## **2. Discussion autour des résultats**

Douze internes en médecine ont participé au projet FETOMP sur Montpellier, l'une d'entre eux ; Elise Gounaud, a réalisé un travail de thèse consistant à décrire les procédures de consultation mises en place par les médecins généralistes pour les patients en surpoids ou obèses. Pour cela, elle s'est appuyée sur les données recueillies en consultation dans le cadre du projet FETOMP. Or, sur les douze médecins interviewés pour mon travail de thèse, six avaient participé au projet FETOMP. Son travail de thèse montrait que près de 46% des patients vus en consultation étaient en surpoids ou obèses, ce qui était assez proche de la moyenne des estimations (42%) faites par les médecins de mon échantillon.

### **a. Rôle du médecin généraliste**

Tous les médecins interrogés considèrent qu'ils ont un rôle majeur à jouer dans la prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité. Ils ont également un rôle de coordination dans la prise en charge. Cependant s'ils délèguent ou adressent à un

spécialiste c'est principalement selon leurs dires parce qu'ils estiment ne pas avoir assez de temps et parfois pas les compétences nécessaires pour prendre en charge de façon optimale leurs patients. Cette contradiction entre le **rôle primordial des médecins généralistes** dans la prise en charge de l'obésité et leur **sentiment d'inefficacité** est retrouvée dans plusieurs études quantitatives dans lesquelles les médecins interrogés se jugent pas ou peu efficaces dans leur prise en charge. Cette volonté de soigner leur patient associé au sentiment d'efficacité personnelle limité est notamment retrouvé dans la revue de la littérature de Mathieu Burger (33). Les causes de ce sentiment d'inefficacité sont multiples et sont imputables aux médecins mais également aux patients (12)(13). Au fil des entretiens, j'ai pu ressentir que le fait de ne pas arriver à prendre en charge de façon suffisamment efficiente leurs patients en situation de surpoids ou d'obésité était ressenti comme une souffrance et un échec par de nombreux médecins.

Au cours d'un entretien, un des médecins évoque une notion importante : la **banalisation du surpoids et de l'obésité**, secondaire selon lui à la prévalence importante de l'excès pondéral dans les quartiers précaires. Cette banalisation n'est pas sans conséquence, puisqu'elle peut retarder la prise en charge mais également la prévention. Ce d'autant plus qu'à cette banalisation peut s'ajouter la fatalité des patients concernant l'excès pondéral et une tolérance plus grande à l'excès pondéral de leurs enfants que l'on retrouve dans certaines cultures (17). La banalisation du surpoids peut donc entraîner un retard à la prise en charge et limiter l'efficacité des actions de prévention. A cela s'ajoute le fait que l'obésité étant une maladie chronique, de nombreux patients ne voient pas d'urgence à envisager une prise en charge. De plus, les populations les plus modestes sont parfois dans une logique curative plus que préventive ce qui peut entraîner une forme de résistance avec un rejet des recommandations. En effet, les recommandations, notamment celles concernant l'alimentation peuvent être vécues comme imposées et sont parfois très éloignées de la réalité quotidienne des populations précaires (17).

## **b. Evoquer le sujet du poids**

Dans le cadre du projet FETOMP, Alice Vuillot a réalisé une thèse d'exercice qui enrichit les données que j'ai pu recueillir notamment en ce qui concerne la façon dont le sujet du poids est abordé en consultation de médecine générale dans les quartiers prioritaires de Montpellier. Elle montre que dans plus de 60% des cas, c'est le médecin



qui aborde le sujet lors de la pesée ou de façon plus directe, puis que la discussion peut se poursuivre sur les variations pondérales et le mode de vie du patient (34). Cela correspond aux déclarations des médecins de notre étude qui disaient prendre l'initiative de peser leur patient car c'était pour eux une bonne façon d'aborder le sujet du poids. D'ailleurs, la majeure partie des médecins interrogés n'évoquaient pas de difficulté particulière à aborder ce sujet avec leur patient, même si certains parlaient néanmoins de la peur de blesser ou de stigmatiser notamment les patients les plus jeunes.

De nombreux témoignages de personnes en situation de surpoids ou d'obésité montrent les discriminations dont elles sont victimes au quotidien, notamment lorsqu'en consultation leur poids est évoqué en dehors de toute demande de leur part ou pour une pathologie sans lien avec celui-ci (rhinopharyngite...). Il serait donc légitime de s'interroger sur la meilleure façon d'aborder le poids en consultation de médecine générale. L'objectif n'étant en aucun cas de culpabiliser le patient mais plutôt à l'aide d'une attitude empathique de susciter une prise de conscience et pourquoi pas d'aborder avec lui la façon dont il perçoit son poids afin d'adapter ensuite sa prise en charge.

Au final, si la relation de confiance entre le patient et son médecin généraliste permet d'évoquer le sujet du poids sans trop de difficulté, la prise en charge s'avère souvent plus complexe.

### **c. Repérer l'excès pondéral**

Dans les recommandations de l'HAS concernant la prise en charge médicale du surpoids et de l'obésité de l'adulte datant de septembre 2011, il est préconisé « de repérer systématiquement à la première consultation puis régulièrement le surpoids et l'obésité chez les patients consultant en médecine générale ». « Le médecin généraliste doit peser régulièrement et au mieux à chaque consultation tous les patients. » (11).

D'après les observations collectées lors des recueils pour le projet FETOMP et analysée par Elise Gounaud : 35% des patients obèses ou en surpoids étaient effectivement pesés en consultation, contre 16% des patients présentant un poids considéré comme normal. Ces valeurs diffèrent de ce que j'ai pu recueillir lors de la réalisation des entretiens. En effet tous les médecins interrogés déclaraient peser leurs patients et la majorité déclarait le faire de façon systématique. Il semble donc que les

médecins généralistes soient bien informés des recommandations sans toutefois totalement les respecter en pratique.

De même, l'IMC ne semble pas calculé de façon systématique, contrairement aux recommandations de l'HAS. Et lorsque que celui-ci est calculé de façon automatique par les logiciels médicaux, c'est principalement dans une optique de comparaison aux IMC antérieurs et non nécessairement pour connaître le grade de l'obésité. En effet, un seul des praticiens interrogés évoque les différents grades de l'obésité.

En ce qui concerne le tour de taille ou périmètre abdominal qui selon les recommandations du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), doit être utilisé pour les patients ayant un IMC inférieur à 35 kg/m<sup>2</sup>, il semble que dans la pratique cette mesure soit réalisée pour les patients ayant une obésité importante et consultant pour cela ou ne soit tout simplement pas réalisée par les médecins généralistes. Autrement dit, le risque cardiovasculaire ou métabolique des patients n'est pas correctement évalué.

Nos résultats vont dans le même sens que d'autres études qui analysent la prise en charge du surpoids et de l'obésité en médecine générale et dans lesquelles on retrouve que l'IMC n'est pas calculé de façon systématique et que la mesure du tour de taille n'est réalisée que pour moins de la moitié des patients (12).

Il est important de noter que les différents grades d'obésité ont été initialement utilisés pour faciliter l'analyse des données épidémiologiques et non pour classer les individus. Ces grades définissent des groupes à risque à l'échelle d'une population, cependant ce qui est vrai à l'échelle du groupe ne l'est pas nécessairement à l'échelle d'un individu et il est donc important de considérer le risque individuel. Néanmoins, le fait de connaître le grade d'une obésité via le calcul de l'IMC peut avoir un intérêt notamment concernant les indications de recours à la chirurgie bariatrique.

#### **d. Prendre en charge l'excès pondéral**

Une fois l'excès pondéral objectivé, se pose la question de la prise en charge. Or, même si les recommandations de l'HAS sur la prise en charge médicale de premier recours du surpoids et de l'obésité chez les personnes adultes (11) sont précises elles peuvent dans certains cas être difficiles à mettre en place en pratique.

## **Objectifs thérapeutiques**

Concernant les objectifs de prise en charge en termes de pourcentage de poids à perdre, ils sont peu évoqués par les médecins interrogés, mais aucun ne semble recommander de perte pondérale importante et rapide. Conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, ce qui est le plus souvent visé chez les patients en surpoids sans comorbidité, c'est de prévenir une prise de poids supplémentaire. Pour les patients en situation d'obésité ce qui est évoqué en priorité c'est la qualité de vie, le bien être des patients ainsi que la diminution des comorbidités et des complications. Pour rappel, l'HAS fixe comme objectif une perte pondérale de 5 % à 15 % par rapport au poids initial et considère la stabilisation du poids comme un objectif intéressant pour les personnes en situation d'échec thérapeutique (11).

## **Prise en charge nutritionnelle**

Selon l'HAS, dans les 6 à 12 premiers mois, la prise en charge peut être faite par le médecin généraliste seul (11). Or, la majorité des médecins interrogés semblent rapidement déléguer la prise en charge de leurs patients aux endocrinologues, diététiciens ou nutritionnistes et ce d'autant plus que le patient leur semble motivé. Le plus souvent, c'est le manque de temps et de formation qui justifie cette démarche.

Les conseils thérapeutiques évoqués par les médecins lors des entretiens se rapprochent de ce qui est retrouvé dans d'autres études. En 2005 l'étude réalisée en région PACA par A. Bocquier et son équipe montrait que si la quasi-totalité des médecins généralistes délivraient des conseils nutritionnels courants (diminuer la consommation de matières grasses, de sucre et de boissons caloriques, ne pas manger en dehors des repas, augmenter la consommation de fruits et de légumes), plus d'un tiers d'entre eux ne pratiquaient que rarement une éducation alimentaire (12). Les médecins de notre étude évoquent assez spontanément les conseils nutritionnels qu'ils donnent à leurs patients, tout en soulevant le problème du manque de connaissance des patients sur l'alimentation en générale. Cela se traduisait lors des entretiens par un sentiment d'impuissance évoqué par les médecins généralistes devant l'ampleur de la tâche. En effet avant de réaliser une prise en charge nutritionnelle, il semble indispensable de faire le point sur les connaissances du patient, sur ses habitudes alimentaires mais également sur ses croyances et ses tabous alimentaires qui peuvent varier d'une personne à l'autre, mais aussi d'une culture à l'autre.

## Régimes amaigrissants

En novembre 2010, un rapport de l'ANSES a évalué les risques liés à la pratique de régimes à visée amaigrissante, il en ressortait que ces régimes pouvaient notamment induire des carences d'apports, une perte de la masse musculaire ainsi qu'une diminution de la masse minérale osseuse (32). De plus, la perte de poids entraîne une baisse du métabolisme de base. Cette baisse est à l'origine d'une reprise pondérale à l'arrêt de la restriction calorique et du fameux « effet yoyo ». En outre, lorsque que ces régimes se soldent par des échecs à répétition, cela peut être à l'origine de troubles dépressifs, de troubles du comportement alimentaire et de perte de l'estime de soi.

Au final, en privilégiant les informations cognitives extérieures, au détriment de la reconnaissance de l'état interne, on tend à court-circuiter les signaux physiologiques de faim et de satiété. De plus, sur le plan comportemental, la restriction cognitive et la perturbation du comportement alimentaire qu'elle induit aggrave très souvent le problème pondéral. La perte pondérale doit donc être encadrée au sein si possible d'une prise en charge pluridisciplinaire et doit s'associer à une activité physique régulière (11).

Aucun des praticiens interrogés n'évoque un régime amaigrissant en particulier. Cependant, certains praticiens semblent être limités dans la prise en charge de leurs patients en excès pondéral par le fait qu'ils estiment ne pas avoir le temps, ni les connaissances nutritionnelles nécessaires pour établir des menus hebdomadaires qui selon eux sont essentiels à la prise en charge pondérale. De plus, certaines pratiques alimentaires sont considérées par les médecins comme délétères dans le cadre de la prise en charge nutritionnelle des personnes en excès pondéral. Il semble en effet exister une forte opposition entre les « bons aliments » (légumes biologiques) et les « mauvais aliments » (pain, dattes, huile d'olive, chips, pâtisseries) qui sont spontanément cités par les médecins. Or, comme le montre également d'autres études (12) (35) même si les médecins ne parlent pas explicitement de régimes et ne semblent pas interdire à leurs patients la consommation de ces « mauvais aliments », ils recommandent toutefois de limiter fortement leur consommation. Or, cette restriction cognitive peut être à l'origine de perturbations du comportement alimentaire et de troubles des conduites alimentaires (32). Certains praticiens semblent heureusement sensibilisés à l'alimentation intuitive via des stages lors de leur internat ou de leur formation médicale continue.

Il est essentiel de continuer à déconstruire les idées reçues des patients et des médecins en ce qui concerne les régimes restrictifs afin d'en limiter les conséquences à type de troubles du comportement alimentaire ou de troubles psychologiques.

### **Place des sensations alimentaires**

Il ressort de nombreux entretiens, le fait qu'il est difficile pour une personne extérieure (ici le médecin) de modifier des habitudes alimentaires ancrées depuis de nombreuses années. Et ce d'autant plus que ces habitudes varient selon la culture, l'éducation, et les croyances de chaque personne (ici les patients) : il semble compliqué d'imposer des normes diététiques même indicatives de « *ce qu'il faut et ce qu'il ne faut pas manger, pour "bien" manger* » comme l'explique Claude Grignon. Ces interdits alimentaires présentés sous forme de recommandations peuvent d'un point de vue sociologique sembler arbitraires et donc être relativisés (36). De plus, comme l'indique un des médecins au cours de son entretien : les patients ont parfois du mal à se plier à des recommandations émanant de sociétés savantes ou d'institutions qui leur paraissent trop éloignées de la réalité de leur quotidien. Il faut également rappeler que les pratiques alimentaires (courses, préparation des repas, prises alimentaires) sont soumises aux aléas de la précarité et que nourrir sa famille peut donc être une source de stress pour les mères qui en ont souvent la charge. De plus, même si les mères ont connaissance des recommandations nutritionnelles, elles ne les appliquent pas forcément car celles-ci sont souvent éloignées des réalités du quotidien et ne sont pas toujours compatibles avec le fait de faire plaisir aux enfants avec des aliments qu'ils aiment (37). Ainsi, comme le dit également Claude Grignon : « *la connaissance des caractéristiques sociales des patients n'est sans doute pas dépourvue d'intérêt pratique ; elle permet de mieux adapter à chaque cas les prescriptions médicales relatives à l'hygiène de vie et au régime alimentaire, de les rendre plus réalistes et plus acceptables, plus faciles à observer et à suivre durablement* ».

Toutes ces recommandations nutritionnelles visent à obtenir un équilibre alimentaire, c'est-à-dire à couvrir sans excès les besoins énergétiques, ainsi que les besoins en micronutriments. Or, cela nécessite de déterminer un besoin énergétique, qui varie d'un jour à l'autre, d'une personne à l'autre, d'une situation à l'autre et qui est donc difficile à évaluer. Ainsi, à l'échelle individuelle la meilleure façon de répondre correctement à ses besoins énergétiques, serait d'être à l'écoute de ses sensations alimentaires pour réguler finement la quantité d'aliment consommée :

- La sensation de **faim** se traduit par une sensation physique désagréable, mais non douloureuse au niveau de l'aire gastrique. Cette sensation traduit que le corps a besoin d'un apport en énergie et qu'il faut donc que la personne s'alimente.
- La sensation de **satiété** correspond à l'absence de faim que l'on ressent à la fin du repas.
- La sensation de **rassasiement** correspond à la diminution de la sensation de faim au cours du repas lors de la consommation de différents aliments, on parle dans ce cas de rassasiement sensoriel spécifique à chacun des aliments consommés.
- La sensation de **plaisir** quant à elle est apportée par la prise alimentaire et diminue au cours du repas, parallèlement à l'apparition du rassasiement.

Toutes ces sensations sont physiologiques, mais elles peuvent être inhibées par des informations extérieures : repas à heure fixe, taille des portions, recherche de la diversité alimentaire et de l'équilibre à chaque repas, peur d'avoir faim... L'idéal serait donc de s'appuyer sur les signaux internes autrement dit sur les sensations alimentaires plutôt que sur les signaux externes afin de savoir quand arrêter de manger (38). Pour cela, il faudrait idéalement manger au calme, à table, lentement. Une des médecins les plus formée à la prise en charge nutritionnelle le recommande d'ailleurs à ses patients.

En ce qui concerne la recherche de l'équilibre alimentaire en micro et macronutriments, et le respect des Apport Nutritionnels Recommandés, cela pourrait s'envisager à l'échelle d'une semaine et non pas à l'échelle d'une journée (39).

La notion de sensation alimentaire est accessible et compréhensible par le plus grand nombre. Elle peut s'adapter à l'alimentation d'un patient quelque soit son origine ethnique, ses habitudes alimentaires et ses spécificités individuelles. De plus, cela est moins contraignant sur le plan organisationnel et financier qu'un régime restrictif car n'obligeant pas à suivre un menu précis. En écoutant ses propres sensations, le patient devient donc acteur de sa prise en charge et ne se limite pas à manger ce qui lui est recommandé par un professionnel de santé. Toutefois, même si on sait que la qualité de l'alimentation a moins d'impact que sa quantité il reste essentiel d'informer les patients à propos des bases de l'alimentation santé et de leur donner quelques repères nutritionnels.

Il faut donc trouver le juste équilibre entre informer les patients sur les différentes classes d'aliments, leur intérêt nutritionnel mais aussi sur les aliments ultra-transformés, sans pour autant interdire certains aliments et risquer de créer des restrictions cognitives.

### **Place de l'activité physique**

La pratique régulière d'une activité physique fait partie des grands axes de prise en charge du Plan Obésité (10). La Haute Autorité de Santé recommande la pratique d'au moins 150 minutes (2h30) par semaine d'activité physique d'intensité modérée (40). Cette activité physique peut même être prescrite par le médecin généraliste. Mais comme le précise l'HAS « *elle doit être réaliste et réalisable, et répondre au mieux aux objectifs et aux préférences du patient et aux ressources en activité physique de son environnement, afin d'assurer une meilleure adhésion sur le long terme* ».

Pourtant, là aussi le médecin se heurte souvent à la réalité du terrain : difficulté d'accès aux équipements sportifs, mode de vie sédentaire, culture...et ce malgré le fait que de nombreux aménagements soient déjà en place dans les différents quartiers de Montpellier pour faciliter l'accès à l'activité physique (garde d'enfant, associations sportives gratuites).

Comme pour toute modification thérapeutique du mode de vie, il est essentiel que le patient soit acteur de ce changement, il ne s'agit pas de lui imposer telle ou telle activité physique, mais bien de l'accompagner dans sa démarche, de l'aider à envisager le changement même s'il est minime initialement. Pour accompagner le patient dans sa démarche, il est nécessaire que les médecins soient formés à la prescription d'Activité Physique Adaptée (APA). Ainsi, comme préconisé par l'HAS, il est recommandé d'évaluer de façon systématique le niveau d'activité physique du patient, de suivre l'évolution de sa condition physique et de sa tolérance à l'exercice pour adapter la prescription. Il s'agit de proposer le plus souvent possible des programmes personnalisés, notamment en fonction des paramètres propres à la pathologie du patient et à son environnement pour ainsi favoriser une adhésion optimale et durable. Lors des entretiens, j'ai ressenti que les médecins rencontrés avaient la volonté d'adapter les propositions d'activité physique aux patients et à leur mode de vie (enfants à charge, horaires d'école, travail physique, quartier de résidence). De plus, il m'a semblé qu'ils étaient tout particulièrement préoccupés par le peu d'activité physique réalisée par les enfants en dehors de l'école et ce d'autant plus que des études

montrent qu'une pratique régulière d'activité physique pendant l'enfance et l'adolescence prédit le niveau de pratique de pratique d'activité physique du futur adulte et que certains bienfaits de cette activité physique se prolongent jusqu'à l'âge adulte, indépendamment du degré d'activité de ce dernier (41).

Dans le cadre de la Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024, des maisons sport-santé vont être déployées sur l'ensemble du territoire en priorisant les quartiers prioritaires de la ville : ces structures auront pour objectif d'informer, de sensibiliser sur l'intérêt de la pratique sportive, de faire le point sur la condition physique, la motivation de la personne et son rapport à l'activité physique et sportive afin de l'orienter vers une offre adaptée et à proximité de son lieu de vie (41).

Une récente étude française tend à montrer qu'il existe chez les adolescents en surpoids ou obèses une association entre le manque d'activité physique (fréquence, durée...) et leur statut socioéconomique défavorisé, mais cette association n'est pas retrouvée de façon significative pour les activités sédentaires (42). Ce qui renforce encore l'idée de favoriser la pratique d'une activité physique dans les quartiers précaires et ce, dès le plus jeune âge.

### **Prise en charge psychologique**

Comme l'ont montré d'autres études (43), les médecins généralistes interrogés ont tendance à orienter leur prise en charge sur l'aspect nutritionnel et sur l'activité physique plutôt que sur l'aspect psychologique.

En pratique, la prise en charge psychologique peut s'effectuer grâce à une thérapie de soutien ou à l'aide des thérapies cognitives et comportementales. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont fait preuve de leur efficacité dans la prise en charge de l'excès pondéral seules ou associées à une prise en charge nutritionnelle adéquate (44). Leur efficacité réside davantage dans la compréhension et la modification des comportements alimentaires participant à la prise de poids et au mal-être du patient (compulsions, restrictions cognitives...) que dans la perte pondérale stricte. De même, des techniques issues de l'éducation thérapeutique telles que l'entretien motivationnel ont une place privilégiée dans la prise en charge.

Certaines études plus récentes sans pour autant valider l'efficacité de la méditation de pleine conscience (mindfulness en anglais) dans la prise en charge pondérale, montrent



un intérêt notamment dans le cadre des compulsions alimentaires et de l'alimentation émotionnelle (45)(46).

Or, toutes ces approches ont en commun de nécessiter une formation spécifique. Cependant, leur utilisation ne se limite pas à la prise en charge de l'excès pondéral. En effet, que ce soit pour la gestion du stress avec la méditation de pleine conscience et les TCC ou pour l'aide au sevrage tabagique avec les techniques d'entretien motivationnel, ces approches peuvent être utilisées de façon quotidienne en médecine générale. Ainsi, si certaines facultés proposent aux futurs médecins généralistes lors de leur formation initiale des cours ou des diplômes universitaires pour ces différentes approches, il serait intéressant que ces formations soient proposées de façon homogène dans l'ensemble des facultés, afin de garantir une connaissance minimale et d'y sensibiliser les futurs praticiens.

Dans d'autres études une des difficultés rencontrées par les médecins généralistes était l'existence de troubles psychiatriques ou de troubles du comportement alimentaire compliquant la prise en charge (13). Au cours de nos entretiens une minorité de médecins ont évoqué la place de l'alimentation émotionnelle dans la prise pondérale et par ailleurs aucun n'a évoqué les troubles du comportement alimentaire (hyperphagie boulimique...) à proprement parler. Se pose alors la question du dépistage de ces troubles en médecine générale, ainsi que de façon plus globale de la prise en charge psychologique des patients.

Pour une prise en charge optimale le médecin doit donc donner à son patient des conseils nutritionnels, l'encourager dans la pratique d'une activité physique régulière et il doit également lui apporter un soutien psychologique. L'ensemble de cette prise en charge peut parfois être considérée comme chronophage par les médecins et paraître compliquée à organiser sur une plage de consultation classique de 15 à 20 minutes. Il semblerait donc que les recommandations de l'HAS se heurtent à la réalité des consultations de médecine générale.

### **Chirurgie Bariatrique**

Les indications de la chirurgie bariatrique ont fait l'objet d'une recommandation de l'HAS en 2009. Ces recommandations précisent qu'au-delà des critères d'IMC et de comorbidités, la chirurgie n'est recommandée qu'en « *deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois* » (47). Or, les indications de prise en charge chirurgicale chez

l'adulte semblent mal connues des médecins généralistes : cette notion ressort dans plusieurs entretiens. En effet, une grande partie des médecins interrogés semblent faire une nette distinction entre les patients en surpoids qu'ils vont prendre en charge sur le plan nutritionnel et ceux avec une obésité importante qui sont adressés directement au chirurgien. Or la chirurgie bariatrique ne doit pas être considérée comme une solution miracle, elle nécessite une prise en charge préopératoire pluridisciplinaire (diététicien, psychologue, dentiste, cardiologue...) ainsi qu'une information préalable des patients sur la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme. La chirurgie, doit être associée à des modifications comportementales sur le plan alimentaire sous peine d'échec. De plus elle est soumise à une « *décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaire* » (47).

Néanmoins, il ressort des entretiens que la chirurgie bariatrique est proposée en priorité aux patients qui semblent les plus motivés. Cette notion est essentielle car quelque soit le type de chirurgie envisagée, il y a un risque non négligeable de complications y compris à long terme. De plus, pour être efficaces ces chirurgies nécessitent un engagement du patient sur le long terme pour permettre une perte de poids tout en assurant une bonne couverture des besoins nutritionnels. La place du médecin traitant est donc centrale dans cette prise en charge que ce soit pour faire entrer son patient dans la filière chirurgicale au moment le plus opportun ou pour le suivi sur le long terme. Cependant, le patient doit rester acteur de sa prise en charge afin d'être le plus motivé et le plus impliqué possible dans celle-ci.

### **e. Importance de la place des femmes**

Dans ses recommandations pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité, l'HAS évoque le fait d'associer le ou la partenaire ainsi que l'entourage proche du patient à la démarche thérapeutique (11). Cela semble être encore plus pertinent pour les populations vivant dans des quartiers précaires. En effet plusieurs praticiens ont souligné la place singulière des femmes dans ces quartiers, en tant que mère et épouse. Il semblerait que ce soit elles qui soient le plus souvent en charge de l'approvisionnement en denrées alimentaires et de la confection des repas, quitte d'ailleurs à cuisiner plusieurs menus pour satisfaire toute la famille (48). La vie de famille et son organisation sont très ritualisées et notamment la préparation des repas à travers lesquels les femmes peuvent témoigner leur amour à leur famille, grâce aux

choix des plats proposés et en limitant les privations au maximum (49). Leur rôle est donc central dans l'éducation et la santé notamment des enfants (23).

Un des médecins évoquait une association de femmes au sein de laquelle des actions de prévention étaient menées, autour des violences conjugales notamment...Ce type d'association pourrait donc servir de lieu d'information sur l'alimentation. La problématique d'excès pondéral étant souvent familiale, l'éducation à l'alimentation des mères aurait un retentissement sur l'ensemble de la famille et donc dans une certaine mesure, pourrait favoriser la prévention du surpoids chez les enfants.

Il est important de noter comme le soulignent plusieurs médecins de notre étude que dans certaines populations, un poids faible notamment chez un enfant peut être assimilé à une faiblesse et à un mauvais état de santé. Les parents et donc les mères auraient donc plutôt tendance à valoriser un léger excès pondéral chez leurs enfants, signe de bonne santé. Là aussi il semble essentiel d'explorer les croyances des familles afin d'adapter au mieux le discours de prévention.

## **f. Alimentation et précarité**

En juin 2017 l'ANSES publiait les résultats de l'étude INCA 3 (Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires) (50). Cette étude avait pour objectif d'étudier les habitudes alimentaires, les modes de consommation et les modes de vie de 5800 français. Cette étude n'est pas particulièrement axée sur les personnes vivant en milieu précaire, cependant elle met en avant des disparités sociales en termes d'alimentation et de sédentarité. Au niveau de la tendance générale de l'alimentation, on retiendra l'insuffisance de consommation de fibres et l'augmentation de la consommation d'aliments transformés. Cependant, il semble qu'il y a moins de consommation de boissons sucrées et plus de consommation de fruits et légumes dans les populations ayant un niveau d'étude plus élevé : les comportements en termes d'alimentation étant donc plus proches des recommandations dans ces populations. Par ailleurs, les résultats de cette enquête correspondent avec les problématiques relevées auprès des médecins de notre étude et notamment la consommation de boissons et de produits sucrés de façon quotidienne chez certains enfants, ainsi que leur sédentarité.

Les choix alimentaires des personnes modestes sont guidés par plusieurs déterminants :

- Déterminants économiques : les populations précaires ont une alimentation de moins bonne qualité nutritionnelle, avec une faible consommation de fruits, de légumes, de poisson et une consommation importante de céréales raffinées et de produits gras et/ou sucrés. En effet, plus un aliment possède une bonne qualité nutritionnelle, moins il apporte de calories et plus il est cher. En effet l'étude menée en 2003 par N. Darmon et A. Briand montre que pour respecter les apports nutritionnels conseillés il faut un minimum de 3,5 € par jour or, les personnes vivant sous le seuil de pauvreté n'ont en moyenne que 2,5-3 € par jour alloué à leur budget alimentaire (51).
- Déterminants psycho-sociaux : les personnes soumises à de fortes contraintes budgétaires cherchent avant tout à maintenir une alimentation qui soit socialement acceptable plutôt que conforme aux recommandations nutritionnelles (51).
- De plus, dans les catégories sociales les plus modestes, bien manger c'est manger des aliments bons au goût, en quantité et pouvoir avoir accès à un grand choix d'aliments. Le repas doit être un moment de plaisir au cours duquel la privation et les recommandations nutritionnelles n'ont pas leurs places. De plus, dans les milieux les plus populaires l'intégration sociale passe par la consommation des produits issus de l'industrie agroalimentaire et donc des aliments transformés qui permettent de garder une place au sein de la société de consommation dont ces populations-là se sentent parfois exclues (17)(22)(36).

A cela s'ajoute les croyances en termes d'alimentations qui varient d'une culture à l'autre. Les croyances des patients étant parfois renforcées par celles des médecins sur le prix et l'accessibilité de certains aliments.

Une étude de 2015 montre également que les messages de prévention positifs chez des personnes peu informées en nutrition sont plus efficaces que les messages négatifs. Autrement dit, il vaut mieux communiquer sur les atouts nutritionnels de certains aliments plutôt que sur les effets délétères de certains autres (52)(53).

De plus, comme le montre l'article d'Angélique Savall de 2017 (49) qui explore les difficultés rencontrées par des femmes dans le quartier de la Mosson concernant l'adaptation de l'alimentation au sein de la famille dans le cadre du diabète dont elles sont atteintes ; les prescriptions alimentaires médicales sont difficiles à mettre en œuvre dans l'environnement familial car souvent cela recouvre un champ bien plus grand que celui de l'alimentation. Cela va dans le même sens que le praticien qui évoquait en entretien «

*une sorte de schéma extrêmement familial et difficile* », « *avec beaucoup d'implications* » (M5) qui rendait plus complexe la modification des habitudes alimentaires.

Il est donc essentiel de prendre en compte les croyances alimentaires, l'accessibilité des aliments sur le plan financier, mais aussi les éventuels schémas familiaux afin d'adapter les messages de prévention aux populations ciblées.

## **g. Politique de santé publique et prévention**

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé définit la prévention comme ayant « *pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident.* ». En 2008, un rapport adressé au Ministère de la Santé de la Jeunesse des Sports et de la Vie Associative évoquait la problématique de la disparité territoriale des politiques de prévention sanitaire, ce rapport mentionnait le fait que le système de santé français était principalement centré sur le curatif, dressant selon lui « *une artificielle frontière entre le curatif et le préventif* ». De plus, ce rapport soulignait le fait que les médecins généralistes étaient « *encore insuffisamment impliqués dans la prévention* » (54). Pourtant, le médecin généraliste de par son accès relativement aisé est un acteur essentiel de la prévention même si dans le cadre de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique, la participation active du patient est indispensable notamment quand il s'agit de modifier son mode de vie. Le rôle du médecin généraliste sera d'informer le patient sur les risques et de l'accompagner dans le changement, sans pour autant décider à sa place ; le patient restant de ce fait autonome et acteur du changement. Pour que la prévention soit efficace, il faut donc que le médecin ait le temps et la formation nécessaire pour accompagner son patient et que le patient de son côté soit dans une dynamique de changement.

Lors des entretiens lorsque la question « *Quelles seraient vos suggestions pour vous aider dans la prise en charge des patients en excès de poids ?* » était posée, la plupart des réponses étaient en rapport avec la prévention et son amélioration. La mise en place d'une prévention efficace reste donc une préoccupation importante pour les médecins généralistes. Les pistes d'amélioration évoquées étaient sensiblement les mêmes que celles retrouvées dans d'autres études (55). Ainsi, si sans surprise le fait de disposer de plus de temps et de bénéficier d'une formation adéquate étaient cités,

l'organisation de campagnes d'information adressées au grand public était également évoquée par plusieurs médecins. Une des médecins prenait comme exemple la campagne de 2017 sur le mal de dos : "Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement" qui avait été efficace pour sensibiliser les patients à la prévention des lombalgies chroniques et proposait une campagne similaire sur la prise en charge pondérale.

Au niveau national, des plans tels que le PNNS proposent plusieurs axes de prévention concernant la nutrition. Cependant, du fait des inégalités territoriales et du manque de coordination entre les différents acteurs de la prévention, la mise en œuvre de ces dispositifs est encore trop souvent inégalitaire et trop peu efficace surtout dans les populations les plus fragiles (56). Or, devant le pourcentage de patients en surpoids ou obèses dans les populations précaires et le coût pour la collectivité de la prise en charge des complications secondaires à l'excès pondéral ne serait-il pas dans l'intérêt de l'Etat de favoriser la prévention ?

## **h. Prévention et précarité**

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, dans les populations les plus précaires, la santé est vécue à court terme, dans une optique curative et non pas préventive (17).

Plusieurs études montrent qu'il existe des inégalités sociales en termes de prévention et ce dès le plus jeune âge (57)(58). L'étude INCA 3 quant à elle montre que le temps passé devant les écrans pour les enfants a augmenté de 20 minutes par jour entre 2006-2007 et 2014-2015 et que la sédentarité des enfants est plus importante quand le niveau d'étude de leur représentant légal est bas : 25% si le parent est à Bac+4 contre 52% pour un niveau collègue (50).

La santé d'une personne à l'âge adulte étant en partie déterminée par son environnement socio-culturel (habitudes, conditions de vie) pendant son enfance, c'est donc dès cette période qu'il faut mettre en œuvre les mesures de prévention et d'éducation à la santé. L'école semble être le lieu privilégié pour cela car commun à tous les enfants. Depuis la rentrée scolaire 2019, des petits déjeuners sont ainsi proposés dans l'ensemble des écoles du réseau d'éducation prioritaire et notamment dans les QPV (59). Cela permet de participer à la réduction des inégalités alimentaires mais également d'apporter une éducation nutritionnelle aux enfants (catégorisation des aliments, équilibre alimentaire, besoins nutritionnels, lutte contre le gaspillage

alimentaire). Depuis la rentrée scolaire 2018, ce sont les étudiants en santé (médecin, kinésithérapeute, pharmacie...) qui dans le cadre de leurs études participent au service sanitaire en proposant des activités de prévention (addiction, nutrition, promotion de l'activité physique...) dans les populations les plus fragiles socialement et notamment dans les établissements scolaires (60). Ce type de dispositif a une place essentielle dans la prévention du surpoids et de l'obésité au sein des jeunes générations et doit donc se multiplier.

Plusieurs études montrent qu'il existe un lien entre le marketing pour les produits alimentaires peu sains et les préférences alimentaires des enfants (61)(62), il semble donc pertinent de limiter l'exposition des enfants et adolescents aux publicités pour des aliments non sains. Or, même si l'OMS dans le cadre du plan d'action de lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020) a « identifié la restriction du marketing alimentaire comme un levier d'action pour prévenir les maladies nutritionnelles », la France est en retard dans ce domaine. En effet la loi Gattolin « relative à la suppression de la publicité commerciale dans les programmes jeunesse de la télévision publique » n'est entrée en vigueur qu'au 1er janvier 2018 et elle ne s'applique qu'à la télévision, or les enfants et les adolescents passent de plus en plus de temps devant d'autres écrans (ordinateurs, smartphones). Ainsi, sans être dans une logique interdisant certains aliments considérés comme peu sains, il faut donner les moyens aux populations de s'informer sur la composition des aliments consommés et faire en sorte que les enfants évoluent dans un environnement avec moins de sollicitations publicitaires. Cela semble d'autant plus important dans les populations les plus précaires car les enfants y sont plus sédentaires et passent plus de temps devant les écrans. Plusieurs outils peuvent guider le consommateur : le Nutri-Score qui informe de façon simple sur la qualité nutritionnelle d'un produit, ou le site internet « [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr) ». Il est donc essentiel que les médecins soient informés de la disponibilité de ces outils afin d'en faire bénéficier leurs patients et notamment les parents, car selon un des médecins interrogé les familles n'ont pas toujours accès à ces informations. Pourtant, les habitudes de consommation des parents, jouent un rôle important sur les futurs choix alimentaires des enfants.

Depuis 2019, le quatrième Programme National Nutrition Santé (PNNS 4) semble avoir pris en considération l'importance de la prévention et on y retrouve ainsi des objectifs tels que « Réduire la pression marketing » ou « Mieux manger en situation de précarité alimentaire ». Si le développement des programmes de santé publique peut jouer un

rôle dans la prévention du surpoids et de l'obésité, il semble également important de ne pas négliger la part de responsabilité de l'industrie-agroalimentaire dans le développement du surpoids chez les plus jeunes notamment du fait de la production de produits alimentaires à faible valeur nutritionnelle.

Lors de nos entretiens, la prévention de l'obésité infantile semblait préoccuper de façon importante les médecins. D'ailleurs sa prise en charge est plus systématique avec un parcours de soin mieux défini, du moins mieux connu des médecins (centres spécialisés de second recours...) que pour les adultes. Cependant, les médecins reconnaissaient également que la prise en charge pédiatrique présentait des spécificités auxquelles ils ne se sentaient pas toujours bien formés.

## **i. Grossophobie**

Les discriminations concernant les personnes en situation de surpoids ou d'obésité sont présentes dans de nombreux domaines (emploi, vie quotidienne...) et y compris celui de la santé : on peut alors parler de grossophobie médicale. Les préjugés et stéréotypes concernant les personnes en situation d'obésité sont nombreux y compris au sein du personnel soignant. Les personnes en situation d'obésité sont souvent considérées comme manquant de volonté, incapables de se contrôler, non compliantes aux traitements et aux conseils donnés (33)(63).

En 2005 une étude menée par le Pr A. Avignon et J.F. Thuan, montrait que trois quarts des médecins interrogés reconnaissaient avoir une attitude négative envers les personnes obèses (64). Une étude téléphonique réalisée par A. Bocquier en PACA en 2005 montrait qu'environ 30 % des médecins interrogés avaient émis une opinion négative sur les personnes obèses considérées comme « *plus paresseuses et manquant de volonté par rapport aux personnes ayant un poids normal* », et que plus de la majorité d'entre-eux étaient pessimistes quant à la capacité de ces personnes à perdre du poids et maintenir cette perte (12) : sentiment que l'on retrouve dans certains entretiens de notre étude.

Cette stigmatisation a d'importantes conséquences concernant la prise en charge des personnes obèses. Tout d'abord, il a été montré que les personnes en situation d'obésité bénéficieraient de moins de dépistage de cancers et que certains médecins auraient tendance à rapporter toutes les problématiques du patient à son poids. De plus, les médecins feraient preuve de moins de patience, auraient moins envie de



donner des conseils et prescriraient plus d'examen complémentaires à leurs patients en situation d'obésité, ce qui finalement n'est pas sans conséquences sur la qualité des soins. Certains patients renoncent même à consulter des médecins par peur d'être jugés négativement. Depuis quelques années, plusieurs associations telles que « Gras Politique » dénoncent ces comportements au travers de témoignages de patients ayant subi des violences médicales.

L'HAS recommande donc que le médecin mesure l'impact de ces discriminations. Il est également recommandé que le praticien prenne en compte les préoccupations liées à l'image corporelle, l'estime de soi et la représentation de la maladie lors de la prise en charge d'un patient en surpoids (11), permettant ainsi la prise en charge du patient en tant qu'individu et donc de façon plus globale.

Dans notre étude, la majorité des médecins interrogés semblait plutôt à l'aise pour aborder le sujet du poids avec leurs patients et disait le faire avec tact et bienveillance. Cependant, d'autres évoquaient leurs difficultés parfois à évoquer cette problématique notamment avec les adolescents ou avec les patients en surpoids de peur de les culpabiliser, de les vexer ou par crainte que celui-ci ait l'impression que son excès pondéral est en permanence mis au premier plan. En effet, ce que reprochent certains patients à leur médecin, c'est le fait de rapporter tous leurs symptômes à l'excès pondéral. Or, même si certaines pathologies sont aggravées par l'excès pondéral, cela ne doit pas dispenser le médecin de proposer une prise en charge adaptée à la pathologie et pas uniquement axée sur la perte de poids.

Dans la littérature, il est montré que les médecins considèrent que l'échec de la prise en charge est en majorité dû au manque de motivation et de compliance des patients (64). Par ailleurs, une étude montre que les patients s'estiment plus motivés que ce que leur médecin perçoit (65). Dans notre étude également, pour la majorité des médecins le manque de motivation, de compliance et d'observance des conseils donnés sont évoqués comme autant d'obstacles à la prise en charge. Le fait que certains patients ne soient pas conscients d'être en surpoids et surtout le fait qu'ils semblent ignorer les conséquences que cela peut avoir sur leur santé représente également un frein important à la prise en charge selon les médecins interrogés. Toute la difficulté résidant dans ce cas à amener le patient à en prendre conscience.

Des études montrent aussi que les médecins auraient tendances à minimiser certaines causes « externe » de l'obésité (génétique, environnementales, psychologique...) et à

mettre en avant les causes impliquant la responsabilité individuelle du patient : manque d'activité physique, suralimentation, alimentation riche en graisses (65)(66)(67). Ce phénomène est en partie retrouvé lors de nos entretiens. Cependant, certains médecins évoquent spontanément les difficultés psychologiques et les situations de stress décrites par leurs patientes comme ayant favorisé leur prise pondérale. De plus, d'autres causes d'échecs liées notamment à la précarité financière et à la souffrance sociale et psychologique sont fréquemment évoquées par les praticiens.

Au final, j'ai ressenti que du fait des conditions de vie précaires et des différences culturelles la part de responsabilité du patient dans les difficultés de prise en charge était en quelque sorte diminuée du fait de ses conditions de vie difficiles, mais aussi par le manque de temps en consultation, le manque de formation des médecins et parfois même le fait que certains QPV soient des déserts médicaux. Comme si finalement le médecin prenait sa part de responsabilité dans les difficultés lors de la prise en charge du surpoids et de l'obésité et que le patient n'était donc pas considéré comme le seul responsable de la réussite ou de l'échec de sa prise en charge

Il est également important de souligner que depuis plusieurs années, les lignes commencent à bouger dans la société et le milieu médical avec des associations telles que le G.R.O.S (Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids) en France qui sensibilise les praticiens à une prise en charge globale et bienveillante des personnes en difficulté avec leur poids (68) et le mouvement Health At Every Size (HAES) né aux Etats-Unis dans les années soixante qui dissocie poids et mode de vie sain. Ainsi, même le mouvement « Body Positive » malgré un versant marketing discutable, aura permis d'évoquer l'acceptation de soi et d'interroger sur les normes sociales autour du poids et du corps. Du côté de la santé publique, on notera que dans le dernier PNNS (20), un des objectifs évoqués est de « *Promouvoir la variété des images corporelle* », afin de permettre « *une représentation plus positive des personnes en situation d'obésité dans les médias* » et ainsi limiter la stigmatisation de cette partie de la population.

## **j. L'obésité une maladie chronique ?**

La Haute Autorité de Santé ainsi que d'autres instances définissent l'obésité comme une maladie chronique car elle connaît une tendance à l'aggravation avec le temps (10) et du fait des complications dont elle peut être à l'origine. On pourrait dans ce cas

considérer l'obésité comme un facteur de risque et non forcément comme une pathologie à part entière. Cependant, dans les deux cas une prévention ainsi qu'une prise en charge peuvent s'avérer nécessaires.

Il paraît également important d'évaluer les conséquences psychologiques que peut avoir l'annonce d'une maladie chronique à une personne qui par ailleurs ne sent pas malade. Ainsi dans son article publié dans *Anthropologie et Santé* en 2017, S. Carof évoque le fait que les patients obèses sans comorbidité ne s'estiment pas malades alors qu'inversement les soignants ont du mal à imaginer qu'une personne obèse ne soit pas malade (67). De plus, en 2005 une étude qui interrogeait des médecins généralistes montrait que pour 90 % d'entre eux « *l'obésité est une maladie* » (12).

Cette différence de perception entre le médecin et son patient peut en partie expliquer le sentiment d'impuissance et d'échec décrit par certains médecins de notre étude à essayer de traiter un patient qui ne se considère pas comme malade et qui n'est donc pas dans une optique curative. En outre, cela peut expliquer que l'excès pondéral seul, soit rarement un motif amenant le patient à consulter.

## **k. Problématiques et pistes d'améliorations**

Les difficultés les plus fréquemment décrites dans les études (13)(33)(69)(70) portant sur la prise en charge des patients en situation de surpoids ou d'obésité sont :

- Le manque de temps.
- Le manque de formation des médecins.
- Le manque d'outils.
- L'absence de prise en charge des consultations de diététiques.
- L'absence de cotation en médecine générale pour une consultation dédiée à la prise en charge nutritionnelle.
- Le manque d'observance et de motivation du patient sur le plan nutritionnel, mais également concernant les conseils d'activité physique et de prise en charge psychologique.
- Absence de prise de conscience du patient de la problématique et des conséquences de l'excès pondéral.
- La sédentarité.

- La mauvaise coordination des soins, avec des délais de consultation spécialisé parfois longs.
- La complexité de la pathologie.

Ces difficultés correspondent aux problématiques évoquées par les médecins de notre étude, même si dans notre cas, l'aspect financier semble revêtir une place plus importante du fait de la situation de précarité des quartiers dans lesquels les médecins exercent.

La problématique de la conception du poids normal et de la relation au corps qui varient d'un patient à l'autre et d'une culture à l'autre (70), n'est décrite que dans peu d'études. Or, plusieurs praticiens l'évoquent dans notre étude comme une difficulté supplémentaire.

### **Manque de temps**

Les causes du manque de temps en consultation sont multiples. Tout d'abord, les quartiers précaires sont davantage concernés par la diminution de la démographie médicale, les médecins restants sont donc surchargés. De plus d'après l'étude ECOGEN une consultation de médecine générale dure environ 16 minutes et comporte en moyenne 2,6 motifs de consultation (71). Or, d'après H. Falcoff la durée des consultations est inversement associée à la charge de travail et au niveau socio-économique local.

De même, pour son travail de thèse Alice Vuillot a analysé près de 392 consultations, et elle montre que le sujet du poids est abordé dans 37,3% des consultations et que le temps accordé au poids au cours de ces consultations varie de 2 à 607 secondes avec une médiane de 40 secondes sachant que le temps de consultation total médian était lui de 18 minutes (34). Ainsi, s'il est possible d'aborder le sujet du poids en consultation avec un patient, il semble moins facile d'initier une prise en charge satisfaisante lors de cette même consultation.

Une solution évoquée par une partie des médecins serait l'organisation de **consultations dédiées**. Ces consultations pourraient être proposées au patient directement par le médecin généraliste en fin de consultation, informant ainsi le patient qu'une prise en charge est possible s'il le désire. De même, une campagne de prévention et d'information pourrait être intéressante afin d'informer les patients que leur médecin généraliste peut les accompagner et les conseiller sur la santé, le poids et

l'alimentation. Le but étant d'informer le patient des possibilités de prise en charge tout en le laissant acteur et donc décisionnaire de celle-ci.

Pour pallier au manque de temps, il est également possible de déléguer au moins en partie la prise en charge à d'autres acteurs de santé. Si les endocrinologues, nutritionnistes, diététiciens sont largement cités, soulevant par ailleurs la problématique de l'absence de prise en charge des consultations avec les diététiciens, aucun des médecins n'a évoqué le dispositif ASALEE (Action de santé libérale en équipe) (72). Pourtant, à ce jour il y a 10 infirmiers et infirmières ASALEE pour 39 médecins généralistes dans le département de l'Hérault.

**Le dispositif ASALEE** a été créé en 2004, il a pour objectif d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine libérale. Ainsi certaines activités des médecins généralistes tel que les dépistages ou le suivi de certaines pathologies chroniques sont déléguées à un infirmier ou à une infirmière formés à la santé publique. Ce protocole de coopération pluriprofessionnelle est financé par la sécurité sociale. Pour le patient les consultations sont donc gratuites et les éventuelles difficultés financières ne sont par conséquent pas un frein à la prise en charge.

Ces infirmiers et infirmières, vont lors de consultations durant 45 minutes avoir le temps d'explorer l'origine de la prise de poids (habitudes alimentaires, manque d'activité physique, facteurs psychologiques). De plus, ces professionnels sont formés à l'éducation thérapeutique (ETP) : initialement une évaluation du patient est donc réalisée afin par la suite d'adapter le programme d'éducation thérapeutique au patient et d'organiser un suivi régulier. Sur le plan pratique, les consultations ont le plus souvent lieu sur le lieu d'exercice du médecin généraliste ou parfois au sein de maisons de santé pluridisciplinaires.

Des évaluations de l'efficacité du dispositif ASALEE ont été réalisées notamment chez des patients diabétiques de type 2 et elles montrent une réelle efficacité de la coopération médecin/infirmier (73).

Ce dispositif ASALEE représente donc un bon exemple de ce que pourrait être la collaboration entre les différents acteurs de santé permettant ainsi d'assurer la prévention, le dépistage, le traitement, le suivi des maladies chroniques telles que l'obésité mais également l'éducation à la santé.

Lors des entretiens, un des médecins évoquait un projet de **maison de santé pluriprofessionnelle** qui proposerait à l'échelle du quartier une prise en charge globale

du patient en surpoids ou obèse grâce à différents intervenants (médecin, pharmacien, infirmier, diététicien, enseignant en activité physique adaptée...). Cette coopération entre professionnels de santé médicaux et paramédicaux permettrait un meilleur suivi des patients et permettrait à davantage de patient de bénéficier d'éducation thérapeutique. Cela permettrait également de limiter le frein financier à la prise en charge notamment en ce qui concerne les consultations avec les diététiciens.

Selon l'ARS en octobre 2019 en Occitanie, 151 maisons de santé labellisées étaient déjà ouvertes et 54 projets de maison de santé pluriprofessionnelles étaient en cours de réalisation (74).

Ces maisons de santé pluriprofessionnelles seraient une piste pour améliorer la prévention et le dépistage des maladies chroniques. Elles pourraient ainsi regrouper et centraliser les différentes actions déjà en place dans les quartiers prioritaires de Montpellier, citées par les médecins lors des entretiens (associations de femmes, activités physique gratuites, ateliers nutrition axés sur le diabète).

### **Manque de formation**

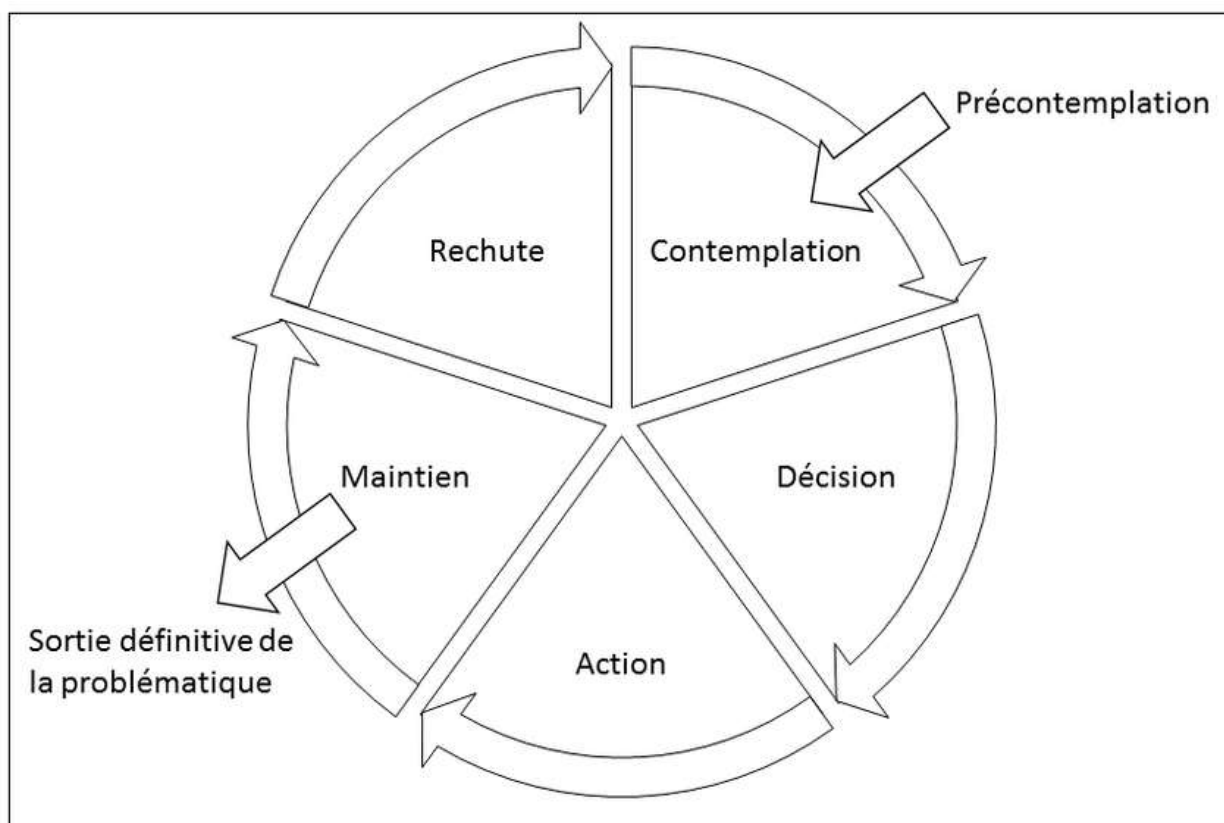
Selon l'HAS, « *Tous les professionnels de santé impliqués dans la réalisation d'interventions de prise en charge du poids devraient avoir des compétences appropriées et avoir suivi une formation spécifique.* » (11). Pourtant, la majorité des médecins interrogés dans notre étude, tout comme dans d'autres études, souhaitent se former davantage à la prise en charge des patients en surpoids ou obèses (12) car ils reconnaissent leur manque de connaissance dans le domaine et se sentirait plus à l'aise pour aborder le sujet avec une formation adéquate (33). En outre, certains estimaient avoir des connaissances générales sur le sujet, apprises lors de leur formation initiale mais notaient un décalage entre les connaissances théoriques et ce qui leur serait réellement utile en pratique. Or, si les médecins ont la possibilité de mettre à niveau leurs connaissances via l'offre de Formation Médicale Continue, plusieurs des médecins que j'ai pu rencontrer soulèvent le problème du temps que ces formations prennent. Temps, qui devant des agendas déjà bien remplis est le plus souvent pris au détriment de leur vie personnelle et notamment de leur vie de famille.

### **Place de l'éducation thérapeutique**

Selon l'OMS, « *l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une*

*maladie chronique* » (75). Les objectifs étant d'aider les patients et leurs proches à mieux connaître et comprendre la pathologie, ses complications potentielles, le suivi nécessaire avec pour but l'amélioration de la santé du patient et de sa qualité de vie (76).

Dans le Plan Obésité, l'ETP est la pierre angulaire de la prise en charge de l'obésité (10). En effet, plusieurs études ont montré une efficacité significative de l'ETP dans les maladies chroniques dont l'obésité sur la perte de poids et son maintien à long terme (77). De plus, une étude montre l'efficacité sur le plan médico-économique de l'éducation thérapeutique avec une réduction importante des dépenses de santé chez des patients obèses après un programme d'ETP (78). En 2014, le groupe de concertation et de coordination des centres spécialisés de l'obésité a ainsi proposé un référentiel pour la pratique et l'organisation de l'ETP dans le cadre de l'obésité (79) et ce afin d'intégrer pleinement l'ETP à la prise en charge de l'obésité. Le but étant de remettre le patient au centre la prise en charge, de lui permettre de puiser dans ses ressources pour être acteur du changement tout en étant entouré par des professionnels de santé qui pourront l'orienter, le guider. Ainsi, une meilleure formation à l'éducation thérapeutique des médecins généralistes pourrait les aider dans la prise en charge de leurs patients en situation d'obésité notamment, en favorisant la prise de conscience du patient de cet excès pondéral et des conséquences néfastes que celui-ci peut avoir sur sa santé et en les accompagnant au changement. Pour cela le soignant doit justement identifier où le patient se situe dans sa capacité à changer, c'est-à-dire son stade de motivation qui est notamment illustré dans « le modèle trans-théorique » de Prochaska et Di Clemente (Annexe 3).



Cette approche, pourrait aider le médecin à se positionner et à adapter ses propositions de soins en fonction du stade motivationnel où se situe son patient.

De même, une formation systématique à l'**entretien motivationnel** pourrait permettre aux médecins une communication collaborative avec leurs patients afin d'explorer l'ambivalence ressentie face au changement et à renforcer la motivation au changement des patients. Cela permettrait également d'améliorer l'alliance thérapeutique entre le médecin et son patient.

Dans les quartiers précaires, la culture, les moyens financiers, les croyances et la religion parfois peuvent être autant de freins à la prise en charge d'un patient. Il est donc essentiel de prendre en compte l'environnement social du patient, sa vie quotidienne, mais également sa connaissance de sa pathologie afin d'adapter au mieux le programme d'ETP (76). Cette approche holistique de la personne en situation d'obésité semble particulièrement adaptée aux spécificités de l'exercice en milieu précaire car plus proche du mode de vie du patient. L'ETP modifie ainsi le modèle de la relation soignant-soigné (78) permettant de passer d'un modèle paternaliste à un modèle humaniste centré sur la personne dans sa globalité. C'est d'ailleurs un des objectifs du projet FETOMP.



## Difficultés de suivi

### **Place des outils informatiques**

Lors des entretiens une des médecins a évoqué l'utilité que pourrait avoir une application ou un site internet qui ferait le lien entre patient et médecin. Elle avait noté l'utilisation par ses patients d'applications mobiles en tout genre proposant entre autres des régimes. Cette praticienne proposait plutôt un outil sur lequel les patients pourraient renseigner au préalable leur mode de vie (type d'alimentation, activité physique...) afin de faciliter ensuite les consultations. En effet, selon elle il est parfois difficile d'évaluer correctement au cours de la consultation quels aliments sont consommés, quelles activités physiques sont réalisées. De plus, maintenir le suivi entre deux consultations pourrait être intéressant pour accompagner au mieux le patient dans ses modifications thérapeutiques de mode de vie. D'autres médecins ont par ailleurs évoqué le manque d'outils aidant à la prise en charge notamment nutritionnelle.

Or en 2015, un carnet de santé en ligne sécurisé a été développé par le Pr A. Avignon (responsable de l'équipe Nutrition-Diabète au CHU de Montpellier) et le Dr V. Attalin (médecin dans l'Unité Transversale de Nutrition du CHU de Montpellier) : il s'agit d'AVIITAM qui a justement pour but d'améliorer la prise en charge des patients en situation de surpoids ou d'obésité. La plateforme AVIITAM se présente sous la forme d'un site internet sur lequel les patients vont pouvoir remplir leurs données de santé avant de venir en consultation chez leur médecin généraliste ou nutritionniste. L'objectif étant de « *faire gagner du temps aux médecins généralistes tout en améliorant la prise en charge dans le cadre des maladies chroniques.* » (80). Les fonctionnalités de ce carnet sont nombreuses avec entre autres, des questionnaires scientifiques pour évaluer la santé du patient et qui peuvent être remplis par le patient en amont des consultations, mais aussi des recommandations de bonnes pratiques professionnelles destinées au médecin lors de ses consultations, ainsi qu'une liste des « ressources » (salle de sport, professionnels de santé...) disponibles pour le patient. Ce carnet permet également le suivi du patient entre deux consultations.

Des outils adéquats gratuits existent donc mais ne semblent pas suffisamment utilisés, et ce alors qu'ils pourraient apporter une solution aux problématiques évoquées par les médecins rencontrés notamment en termes de gain de temps, d'aide au suivi des patients. Alors, comment déployer de façon efficace ce type de dispositif afin de toucher un plus grand nombre de médecins et de patients ?

## **Améliorer la coordination et la coopération avec les spécialistes**

Lors des entretiens quelques médecins regrettent l'accès parfois compliqué aux spécialistes pour plusieurs raisons : délai de prise en charge long, méconnaissance des spécialistes disponibles aux alentours. Toujours dans l'objectif d'un meilleur suivi, il est essentiel que le médecin généraliste puisse adresser plus facilement et de façon plus rapide ses patients aux spécialistes et qu'en retour les spécialistes puissent contacter aisément le médecin généraliste afin de compléter le suivi si nécessaire. Il est je pense rassurant pour les patients de savoir que leur médecin généraliste peut facilement contacter le médecin spécialiste qui le suit et ainsi, qu'il puisse ressentir la collaboration entre les différents acteurs de sa prise en charge. De plus, la création d'un annuaire unique regroupant les différentes ressources dont les spécialistes en nutrition pourrait être créé par département ou région afin de faciliter le recours aux spécialistes.

### **Autres pistes d'amélioration**

#### **Consultations dédiées**

Une majorité de médecins regrettent l'absence de consultations dédiées et ce regret est partagé dans plusieurs travaux sur les attentes des médecins généralistes en termes de prise en charge de l'obésité. La création de consultations dédiées et donc mieux adaptées en termes de temps permettrait en partie de résoudre la problématique du manque de temps et pourrait surtout améliorer la satisfaction des médecins qui auraient moins l'impression de passer à côté ou de négliger la prise en charge de l'excès pondéral.

Pour ce qui est de la rémunération du médecin, seul deux des praticiens interrogés l'évoquent clairement. Ce qui semble plus préoccuper les médecins, c'est véritablement l'absence de consultation dédiée et le fait que les patients ne semblent pas pour la plupart informés que leur médecin généraliste est le premier recours concernant la prise en charge nutritionnelle. Cependant, il est possible que le terme « consultation dédiée » sous-entende : « rémunération dédiée » chez certains praticiens. Dans le cas où la problématique financière n'est pas un frein, rien n'empêche le praticien d'organiser son planning afin de prévoir des plages de consultations plus longues dédiées à la prise en charge nutritionnelle.

## Parcours de soin dédié

Malgré le fait que les situations de surpoids et d'obésité soient fréquemment rencontrées par les médecins généralistes et que le suivi des patients en médecine générale soit régulier, les médecins s'accordent à dire que la prise en charge des patients obèses ou en surpoids n'est pas satisfaisante. Avec des patients vus régulièrement mais paradoxalement l'impression pour les médecins de « *passer à côté* » de la prise en charge pondérale. Comme nous avons pu le voir, les causes sont multiples. **La feuille de route obésité 2019-2022** présentée fin 2019 par le Ministère des Solidarités et de la Santé a justement pour objectif un parcours de soin dédié et une prise en charge plus globale et mieux coordonnée entre les différents acteurs permettant ainsi un meilleur suivi (81).

Cette feuille de route propose entre autres les points suivants :

- L'utilisation du Dossier Médical Partagé pour y inscrire systématiquement le poids et la taille du patient lors des consultations.
- La création par les Centres Spécialisés Obésité (CSO) de référentiels et d'annuaires répertoriant les ressources disponibles (médecins, spécialistes, associations...) permettant aux professionnels de santé une orientation précoce afin d'organiser une prise en charge adaptée, coordonnée et personnalisée pour chaque patient.
- Le développement des programmes d'éducation thérapeutique
- Un encadrement plus strict de la chirurgie bariatrique via notamment une autorisation de l'ARS délivrée aux établissements selon différents critères, assurant ainsi au patient une information préalable et un suivi de qualité. La feuille de route prévoit également une réunion de concertation pluridisciplinaire, organisée par le CSO avant toute chirurgie bariatrique. Un rôle plus important serait également donné aux médecins traitants en pré et post opératoire.

Autre point important, la feuille de route Obésité évoque le fait d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité en adaptant le parcours de soins à la situation socio-économique du patient. La création de forfait est ainsi envisagée, permettant la prise en charge des consultations diététiques et du suivi psychologique. Un tel forfait permettrait de lever un frein important à la prise en charge cité par de nombreux médecins : le frein financier. Cette feuille de route prévoit aussi la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique en priorité dans les quartiers les plus

défavorisés, en s'appuyant notamment sur les associations de quartiers. Ce point-là semble particulièrement adapté aux quartiers dans lesquels les médecins interrogés exercent, car de nombreuses associations y sont déjà présentes et pourraient donc servir de lieu d'accueil pour ces programmes d'ETP.

Pour ce qui est de la formation des médecins, la feuille de route Obésité prévoit une meilleure formation initiale et continue que ce soit en matière de chirurgie bariatrique, d'éducation thérapeutique ou plus largement de prise en charge, en évoquant les conséquences, les représentations sociales de l'obésité.

Finalement, il semble que la feuille de route Obésité lancée depuis 2019 apporte des réponses à un nombre important de problématiques notamment organisationnelles évoquées par les médecins généralistes interrogés (orientation des patients vers les équipes compétentes, suivi...). Elle est également susceptible d'apporter une réponse à la problématique de la prise en charge financière des consultations de diététiques.

### **Groupe d'échanges de pratiques**

Chacun des médecins interrogés a une prise en charge qui lui est propre, selon ses connaissances, son expérience. La plupart des médecins à la fin de leur entretien ont demandé à savoir comment leurs consœurs et leurs confrères prenaient en charge les patients en excès pondéral. Selon moi, il ne s'agissait pas de juger les pratiques de leurs confrères mais plutôt de pouvoir comparer et prendre du recul sur leur propre pratique afin d'améliorer leur prise en charge. C'est dans cette optique-là que l'organisation de groupes de pairs pourrait être utile, afin de permettre aux praticiens d'échanger sur leur pratique, leurs difficultés et de rompre ce sentiment d'isolement évoqué par un des médecins rencontrés.

## E. CONCLUSION

De par leur prévalence, le surpoids et l'obésité sont des enjeux majeurs de santé publique à fortiori au sein des populations les plus précaires où, l'épidémie est plus marquée encore. Dans notre étude, malgré les multiples difficultés rencontrées, les médecins généralistes semblaient en majorité conscients et attachés à leur rôle essentiel dans l'accompagnement des personnes en situation de surpoids ou d'obésité. Comment les aider au mieux dans cette prise charge ? A l'échelle de la médecine générale cela commence notamment par le fait de donner aux médecins les outils et les connaissances nécessaires à cette prise en charge complexe. Notre travail a montré que bien souvent le patient est considéré du fait de son manque de motivation comme un frein aux soins proposés par le médecin. Or, l'obésité est une maladie chronique mais surtout elle est plurifactorielle. Ainsi, même si la volonté du patient est indispensable comme dans toute prise en charge thérapeutique, ignorer les causes internes de l'obésité indépendantes du patient telles que la génétique ou le métabolisme et les causes externes telles que l'environnement social et la culture revient à négliger une partie importante de la prise en charge. Il semble donc indispensable de recentrer la prise en charge autour du patient afin que celui-ci soit davantage acteur de ses soins. Et viser ainsi une prise en charge globale, axée sur le patient, qui prendrait en compte son environnement (psychologique, social, financier, culturel) et non pas une simple éducation nutritionnelle. Dans ce cas, le médecin deviendrait un guide, un accompagnateur pour le patient qui gagnerait en motivation grâce à un véritable partenariat avec son médecin qui pourrait l'accompagner dans ses choix et changements de mode de vie. Or, notre étude montre que dans l'ensemble, les médecins exerçant dans les QPV de Montpellier n'ont pas toujours les outils, ni la formation pour initier ce type de prise en charge. Une des conditions nécessaires pour changer cette situation serait de proposer une meilleure formation initiale et continue des médecins. Les progrès récents dans le domaine de l'éducation thérapeutique, de l'accompagnement psychologique et les connaissances nouvelles dans le domaine des sensations alimentaires sont pour les médecins généralistes autant d'outils à disposition afin de leur permettre de répondre aux nombreuses problématiques rencontrées dans leur prise en charge. Ainsi, l'alimentation intuitive avec sa flexibilité remet le patient, son ressenti et ses sensations alimentaires au cœur de la prise en charge, en lieu et place de régimes souvent restrictifs préconisés par un tiers et généralement difficiles à suivre pour les personnes qui vivent en milieu précaire. Il faudrait donc viser une approche

holistique de la personne en situation de surpoids ou d'obésité. Avec pour objectifs plus d'accompagnement et surtout moins de culpabilité pour le patient avec une approche plus globale.

Cependant, les médecins généralistes tout comme les patients évoluent au sein d'un système de santé. Il ne faut donc pas négliger le rôle majeur des politiques de santé publique. Celles-ci ont tout particulièrement un rôle à jouer dans la réduction des inégalités d'accès aux soins et il est important de souligner qu'en ce sens, le PNNS 4 (2019-2022) se penche davantage sur la problématique de la précarité alimentaire. Concernant l'industrie agroalimentaire, les actions mises en place afin d'informer au mieux le consommateur (Nutri-Score...) doivent prendre de l'ampleur et les industriels doivent s'engager davantage sur la qualité de leurs produits. En effet, les aliments ultra-transformés ne sont pas sans conséquences sur la santé et sur le poids de la population française. Si en parallèle les enfants dès le plus jeune âge bénéficient notamment grâce à l'école, d'une éducation nutritionnelle adaptée, nous donnerons aux générations futures la possibilité et les moyens de consommer des produits ayant une meilleure qualité nutritionnelle.

Les médecins généralistes, de par la relation de confiance qu'ils développent avec leurs patients sont les acteurs principaux de la prévention et de l'éducation à l'alimentation. Cependant, le manque de temps restant un frein important à leurs yeux, il serait peut-être nécessaire de développer des consultations dédiées à la prise en charge nutritionnelle, d'encourager la délégation de tâche et la communication entre les différents professionnels de santé (infirmier ASALEE, spécialistes...), par exemple au sein des maisons de santé pluridisciplinaires ou bien de définir de façon plus précise les parcours de soin. Le médecin généraliste pourrait ainsi avoir un rôle de coordinateur des différents intervenants de la prise en charge afin que la personne malade puisse être suivie de façon optimale. Cela pourrait, je pense renforcer le sentiment d'efficacité du médecin généraliste qui n'aurait plus l'impression de « passer à côté » de la prise en charge de l'excès pondéral.

Concernant la prévention, afin d'améliorer celle-ci dans les quartiers précaires, il est possible d'envisager de former davantage les médecins généralistes aux sciences humaines et sociales, à la prévention et aux inégalités sociales. Ainsi, ils auraient les outils nécessaires pour adapter leurs messages de prévention aux spécificités socio-culturelles des habitants des quartiers dans lesquels ils exercent, ce qui en maximiserait l'impact. C'est aussi en cela que le projet FETOMP est innovant, car il

englobe à la fois la vision médicale et la vision sociale utiles toutes deux à la prise en charge de l'obésité.

## F. BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation l'exercice physique et la santé. 2004.
2. Institut Roche de l'Obésité. Neuilly sur Seine. FRA, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA. Obépi-Roche 2012 : enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Neuilly-sur-Seine : Institut Roche de l'Obésité ; 2012 p. (59p.).
3. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight : A systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. déc 2009;9(1).
4. Arnold M, Pandeya N, Byrnes G, Renehan PAG, Stevens GA, Ezzati PM, et al. Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012 : a population-based study. Lancet Oncol. janv 2015;16(1):36-46.
5. Wilson PWF, D'Agostino RB, Sullivan L, Parise H, Kannel WB. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk : the Framingham experience. Arch Intern Med. 9 sept 2002;162(16):1867-72.
6. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet n°311. Geneva : WHO;2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
7. Backholer K, Wong E, Freak-Poli R, Walls HL, Peeters A. Increasing body weight and risk of limitations in activities of daily living : a systematic review and meta-analysis. Obes Rev. Mai 2012;13(5):456-68.
8. Emery C, Lafuma A, Khoshnood B, Fagnani F, Dinet J, Sermet C. Évaluation du coût associé à l'obésité en France. Médecine des Maladies Métaboliques. 1 juin 2007;1(2):28-34.
9. Programme National Nutrition Santé [Internet]. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS\\_2011-2015.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf)
10. Plan Obésité (2010-2013) [Internet]. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Obesite\\_2010\\_2013.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf)
11. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. 2011 p. 133p.
12. La prise en charge de l'obésité Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA ; résultats d'une enquête téléphonique. Presse Med 2005 ; 34 : 769-75 Aurélie Bocquier<sup>1,2</sup> Alain



Paraponaris<sup>1,2,3</sup> Jean-Claude Gourheux<sup>4</sup> Pierre-Yves Lussault<sup>4</sup> Arnaud Basdevant<sup>5</sup> Pierre Verger<sup>1,2</sup>.

13. Fayemendy P, et al. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et les pistes d'amélioration possibles. Cahiers de nutrition et de diététique (2014).
14. Avignon, Antoine & Attalin, Vincent. (2013). Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité. Cahiers de Nutrition et de Diététique. 48. 98–103. 10.1016/j.cnd.2013.01.004.
15. La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ? Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Cécile Renoux, Larisa Savan, Jean-Pierre Lebeau Exercer 2010 ; 94 :132-7.
16. J.WRESINSKI. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris, Journal Officiel, 1987, p 14.
17. Régnier F, Masullo A. Obésité, goûts et consommation. Revue française de sociologie. 1 déc 2009;Vol. 50(4):747 73.
18. Poulain JP. Sociologie de l'alimentation. Presses Universitaires de France; 2011.
19. Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris. FRA. Avis du 9 février 2018 relatif aux objectifs quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique (PNNS) 2018-2022. 2018 Février.
20. Programme National Nutrition Santé 2019- 2023 [Internet]. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4\\_2019-2023.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf)
21. Surault P. La détermination des inégalités sociales de santé. La Revue du Praticien - Médecine Générale. 2004.
22. Guilhem Birouste, Laurent Visier, Geneviève Zoïa. Santé et territoire : Métropolisation du territoire et relégation des quartiers. Actualité et dossier en santé publique, la Documentation française, 2017, Crise économique et santé
23. Zoïa G, Visier L. Femmes musulmanes dans un quartier populaire. Ethnologie française. 20 nov 2017;N° 168(4):683 92.
24. Thibaut de Saint Pol. L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. Insee Première, 2007, 4p. ffhalshs-00133462f.
25. Définition - Quartiers prioritaires de la politique de la ville | Insee [Internet]. [cité 21 oct 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2114>

26. Profil Santé QPV Montpellier [Internet]. Disponible sur :  
[https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/QPV\\_34\\_MONTPELLIER.pdf](https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/QPV_34_MONTPELLIER.pdf)
27. AUBIN-AUGER, Isabelle, MERCIER, Alain, BAUMANN, Laurence, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer, 2008, vol. 84, no 19, p. 142-5.
28. Netgen. La recherche qualitative en médecine de premier recours [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur :  
<https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>
29. CNGE Nice. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. Mars 2013. Disponible sur :  
<https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>.
30. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010;N° 102(3):23-34.
31. Kaufmann, Jean-Claude, and François de Singly 2008 L'entretien compréhensif. Paris: A. Colin.
32. ANSES. Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement [Internet]. 2010 nov. Disponible sur :  
<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2009sa0099Ra.pdf>
33. 2017\_BURGER\_Matthieu\_THESE\_VF.pdf [Internet]. [cité 10 juill 2020].  
Disponible sur :  
[https://dhvs.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/dhvs/Recherche/2017\\_BURGER\\_Matthieu\\_THESE\\_VF.pdf](https://dhvs.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/dhvs/Recherche/2017_BURGER_Matthieu_THESE_VF.pdf)
34. Thèse Alice Vuillot Faculté de Médecine Montpellier 17 septembre 2020.
35. Thuan J-F, Avignon A. Obesity management : attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. International Journal of Obesity. sept 2005;29(9):1100-6.
36. Grignon C. Une sociologie des normes diététiques est-elle possible ? Le cas de l'obésité. :9.
37. Masullo A. L'alimentation chez les familles précaires. :19.
38. Wansink B, Payne CR, Chandon P. Internal and External Cues of Meal Cessation: The French Paradox Redux? [Internet]. Rochester, NY: Social Science Research Network; 2007 déc [cité 16 mars 2020]. Report No.: ID 2474329. Disponible sur : <https://papers.ssrn.com/abstract=2474329>
39. Diplôme d'Université « Nutrition des Obésités et de leurs Complications Métaboliques » Pr Antoine Avignon.

40. HAS. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_aps\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf)
41. Ministère des solidarités et de la santé ministère des sports. Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 [Internet]. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/la\\_strategie\\_nationale\\_sport\\_sante\\_2019-2024.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/la_strategie_nationale_sport_sante_2019-2024.pdf)
42. Omorou AY, Manneville F, Langlois J, Legrand K, Böhme P, Muller L, et al. Physical activity rather than sedentary behaviour is socially determined in French adolescents with overweight and obesity. *Prev Med.* mai 2020;134:106043.
43. Bonnet C. Utilisation du réseau de soins dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte par les médecins généralistes [Internet]. Toulouse; 2017. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1995/1/2017TOU31095.pdf>
44. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev.* 18 avr 2005;(2):CD003818.
45. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review - O'Reilly - 2014 - Obesity Reviews - Wiley Online Library [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/obr.12156>
46. Lienard Y. Place de la pleine conscience dans le traitement des troubles du comportement alimentaire et de l'obésité : mise au point. *Cahiers de Nutrition et de Diététique.* août 2018;53(4):198-208.
47. HAS. Obésité - prise en charge chirurgicale chez l'adulte - Recommandations. 2009;26.
48. Masullo A, Dupuy A. Représentations et stratégies alimentaires des personnes en situation de précarité. *Fond Français Alimentation et Santé.* 2012;24.
49. Savall A. Le diabète à l'épreuve du domestique : le quotidien autour de l'alimentation de femmes maghrébines immigrées à Montpellier. *Sciences sociales et sante.* 24 mars 2017;Vol. 35(1):5 30.
50. ANSES. INCA 3 - Evolution des habitudes et modes de consommation : de nouveaux enjeux en matière de sécurité sanitaire et de nutrition [Internet].

2017. Disponible sur :  
<https://www.anses.fr/fr/system/files/PRES2017DPA04.pdf>
51. Darmon N, Briend A. L'alimentation à deux vitesses [Internet]. 2003. Disponible sur : <http://www.uprt.fr/mesimages/fichiers-uprt/al-alimentation/al-a-alimentation-2-vitesses-resume.pdf>
  52. Wansink B, Pope L. When do gain-framed health messages work better than fear appeals? *Nutrition Reviews*. 16 déc 2014;73(1):4-11.
  53. Kavan C. Conseils nutritionnels et patients en difficultés financières [Internet]. 2016 sept. Disponible sur : <https://www.cerin.org/wp-content/uploads/2017/01/Diaporama.pdf>
  54. Flajolet A. Rapport Flajolet : Annexe1 La prévention : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales [Internet]. 2008. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
  55. Fournier C, Buttet P. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. 2009;39.
  56. Flajolet A. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire [Internet]. 2008. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Flajolet.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf)
  57. DREES. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge [Internet]. 2015. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er920.pdf>
  58. DREES. La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er993.pdf>
  59. Éducation à l'alimentation et au goût - Les petits déjeuners - Éduscol [Internet]. [cité 3 avr 2020]. Disponible sur : <https://eduscol.education.fr/cid148674/les-petits-dejeuners.html>
  60. Études de santé : le service sanitaire - etudiant.gouv.fr [Internet]. [cité 8 juill 2020]. Disponible sur : <https://www.etudiant.gouv.fr/pid33634-cid127096/etudes-de-sante-le-service-sanitaire.html>
  61. Friant-Perrot M, Garde A. L'impact du marketing sur les préférences alimentaires des enfants [Internet]. 2014. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/118421/1755069>
  62. Friant - Perrot M. Enfants : réguler le marketing alimentaire La Santé en action N°144 [Internet]. 2018 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur :

- <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enfants-reguler-le-marketing-alimentaire>.
63. Puhl RM, Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*. 2009;17(5):941-64.
  64. Befort CA, Allen Greiner K, Hall S, Pulvers KM, Nollen NL, Charbonneau A, et al. Weight-Related Perceptions Among Patients and Physicians. *J Gen Intern Med*. oct 2006;21(10):1086-90.
  65. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, et al. Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment. *Obesity Research*. 2003;11(10):1168-77.
  66. Epstein L, Ogden J. A qualitative study of GPs' views of treating obesity. *Br J Gen Pract*. 1 oct 2005;55(519):750-4.
  67. Carof S. Les représentations sociales du corps « gros ». Un enjeu conflictuel entre soignants et soignés. *Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé [Internet]*. 15 mai 2017 [cité 8 avr 2020];(14). Disponible sur :  
<http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2396Ld::x>
  68. G.R.O.S. [Internet]. G.R.O.S. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur :  
<https://www.gros.org/>
  69. AVODE, Zinsou. La prise en charge de l'obésité : attitudes et pratiques des médecins généralistes en Haute-Vienne. 2010. Thèse de doctorat. Thèse d'exercice. France : Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie.
  70. Bergamini E. Difficultés des médecins généralistes face au surpoids et à l'obésité. Etat des lieux des outils utilisés en pratique dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité, à travers une étude qualitative bas-rhinoise. [Internet]. Strasbourg; 2019. Disponible sur : <https://cdn.website-editor.net/7b55d7ed687d46a3afb13b7be204d4ba/files/uploaded/Th%25C3%25A8se%2520Elodie%2520Bergamini%2520v.4%255B11252%255D.pdf>
  71. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Vo l u m e* . :10.,w ;c ;
  72. Fournier C. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. :8.

73. Bourgueil Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2 Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. :149.
74. Maisons de santé pluriprofessionnelles en Occitanie [Internet]. [cité 27 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.occitanie.ars.sante.fr/maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-en-occitanie>
75. OMS. Education Thérapeutique du Patient Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques [Internet]. Disponible sur : [euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/145296/E93849.pdf](http://euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf)
76. HAS. Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation [Internet]. 2007. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)
77. Netgen. Efficacité de l'éducation thérapeutique [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-196/Efficacite-de-l-education-therapeutique>
78. Sanguignol F, Lagger G, Golay A. L'efficacité médico-économique de l'éducation thérapeutique chez des patients obèses. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ.* juin 2009;1(1):57 62.
79. Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, et al. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obes.* déc 2014;9(4):302 28.
80. Aviitam®, la médecine augmentée [Internet]. Aviitam®. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.aviitam.com>
81. DGOS-DGS-CNAM. Feuille de route : Prise en charge des personnes en situation d'obésité 2019-2022.

## **G. ANNEXES**

### **1. Annexe 1 : Guide d'entretien**

#### **QUESTIONS :**

- Que pensez-vous personnellement de la place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité ? (Pourquoi ?)
- Que pensez-vous personnellement de la place du médecin généraliste dans la prévention de l'obésité ? (Pourquoi ?)
- Quelle est votre expérience personnelle concernant la prise en charge nutritionnelle de vos patients en situation de surpoids ou d'obésité ?
- Quelles craintes ou hésitations avez-vous avant d'aborder la question du poids avec un patient en surpoids/obèse ?
- Comment abordez-vous la question du poids en consultation ?
- Sur quels outils vous appuyez-vous pour l'évaluation du surpoids et de l'obésité ?
- Quelle prise en charge proposez-vous à vos patients en surpoids ?
- Comment organisez-vous le suivi ?
- Quelles difficultés/obstacles rencontrez-vous personnellement dans la prise en charge de vos patients en situation de surpoids ou d'obésité ? (Pouvez-vous me donner un exemple de ces difficultés ?)
- Quelles sont selon vous les problématiques propres à l'exercice en milieu précaire ?
- Quels seraient vos besoins/suggestions en tant que médecin généraliste pour vous aider dans la prise en charge des patients en excès de poids ?
- Quelle est votre formation en termes de nutrition et de prise en charge du surpoids et de l'obésité ? (Quelle formation ? En quelle année ?)
- Nombre de patient adulte en surpoids ou obèses suivis dans le cabinet ? (Donneriez-vous un pourcentage ?)

## 2. Annexe 2 : Questionnaire caractéristiques population

- Âge :
- Sexe : M / F
- Statut marital :
- Enfants à charge (n) :
- Lieu d'exercice : rural / semi urbain / urbain
- Mode d'exercice :
- Libéral / salarié
- En groupe / seul
- Nombre de consultations par an :
- Mode d'exercice particulier / DU :
- Durée d'exercice (ans) :
- Durée de travail hebdomadaire (h) :
- Nombre de semaines de congés par an :
- Nombre de gardes de nuit par mois :
- Nombre de gardes de weekend par mois :
- Formation continue ? la(les)quelle(s) :
- Abonnement à des revues médicales ? la(les)quelle(s) :
- Accueil des visiteurs médicaux : oui / non                      Si oui : combien par semaine ? :



### 3. Annexe 3 : Phases de changement selon Prochaska et DiClemente

<b>Stades</b>	<b>Caractéristiques</b>	<b>Attitudes possibles du professionnel de santé</b>
<b>Pré contemplation</b>	Le patient n'a pas conscience du « problème » et n'a donc pas l'intention de modifier son comportement.	Informar sur les risques liés à cette problématique. Construire une relation de confiance.
<b>Contemplation</b>	Le patient reconnaît avoir un « problème », il pèse le pour et le contre d'un éventuel changement, mais n'est pas prêt à changer. Il est ambivalent.	Explorer son ambivalence afin de développer la motivation du patient. Discuter ensemble des avantages et inconvénients d'un éventuel changement.
<b>Décision</b>	Le patient se prépare à changer car il a pris sa décision et souhaite changer. Il est moins ambivalent.	Proposer un choix de stratégies de changement, afin de permettre au patient de trouver la bonne. Valoriser toute décision de changement. Fixer des buts, établir un plan d'action.
<b>Action</b>	Le patient initie le changement selon un plan d'action.	Accompagner le patient, par un suivi régulier. Aider le patient à se focaliser sur ce qui est positif. Renforcement positif essentiel à ce stade.
<b>Maintien</b>	Le patient doit maintenir et consolider son nouveau comportement.	Prévention de la rechute en anticipant les « situations pièges » et les difficultés. Prévoir une réponse adaptée à ces difficultés. Continuer à valoriser les efforts.
<b>Rechute</b>	Fréquente, ramène le patient au stade de contemplation le plus souvent.	Dédramatiser et rappeler au patient que la rechute fait partie du processus normal de changement. Faire preuve de tolérance et poursuivre le soutien.

## **H. ENTRETIENS**

Voir support joint.

## Serment d'Hippocrate

- *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.*
  
- *Admis (e) 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.*
  
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) 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 couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

# RESUME

**Introduction** : En France, en 2015 la prévalence de l'excès pondéral était de 49% chez les adultes (dont 17% en situation d'obésité). L'augmentation de l'IMC est un facteur de risque majeur pour nombres de maladies chroniques, c'est donc un véritable enjeu de santé publique. En France, le PNNS et le Plan Obésité ont été développés afin de faciliter la prévention et la prise en charge de premier recours par le médecin généraliste. Par ailleurs, il existe un très net gradient social de l'obésité.

**Matériel et Méthode** : Dans cette étude qualitative, des entretiens semi dirigés, sont réalisés auprès de médecins généralistes exerçant dans les quartiers prioritaires de la ville de Montpellier, afin de comprendre les modalités de prise en charge des patients en situation de surpoids ou d'obésité et de recueillir leurs ressentis et difficultés.

**Résultats** : Sur les douze médecins interrogés, tous s'accordent sur leur rôle majeur dans la prise en charge de l'excès pondéral et sa prévention. Sur le plan clinique, le poids semble mesuré assez systématiquement, contrairement au périmètre abdominal. Parmi les conseils nutritionnels donnés, les régimes restrictifs ne sont pas conseillés cependant, il est également rarement fait mention des sensations alimentaires. Les obstacles rencontrés par les médecins sont : la précarité, les habitudes de vie, la sédentarité, les représentations autour du poids, le suivi irrégulier ainsi que le manque de motivation des patients, qui pour les médecins est pourtant essentielle à la prise en charge. Ils évoquent aussi le manque de temps et de formation. **Conclusion** : Dans les quartiers précaires de Montpellier, les médecins généralistes sont globalement peu satisfaits de leur prise en charge. Ainsi, une meilleure formation des médecins à l'éducation thérapeutique et à la prévention, la création de davantage de maisons médicales pluriprofessionnelles, de consultations dédiées et le renforcement de l'éducation nutritionnelle notamment à l'école pourraient améliorer cette prise en charge.

**MOTS CLES** : médecine générale, soins primaires, obésité, précarité