HAL
open science

Quelle perception ont les médecins généralistes de la prévention de l'obésité ?

Guillaume Carneau, Yann Magot

▶ **To cite this version:**

Guillaume Carneau, Yann Magot. Quelle perception ont les médecins généralistes de la prévention de l'obésité ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03240206

HAL Id: dumas-03240206

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03240206v1

Submitted on 28 May 2021

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

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

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Quelle perception ont les médecins généralistes de la prévention de l'obésité ?

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 30 Avril 2021

Par Monsieur Yann MAGOT

Né le 16 octobre 1992 à Lyon 04eme (69)

Et

Par Monsieur Guillaume CARNEAU

Né le 20 décembre 1991 à Lyon 03eme (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan	**Président**
Monsieur le Docteur MICHEL Lionel	**Assesseur**
Monsieur le Docteur BOUDET GIRARD Arnaud	**Assesseur**
Madame le Docteur GHALEB Valérie	**Directeur**
Monsieur le Docteur FAYET Mathieu	**Assesseur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Quelle perception ont les médecins généralistes de la prévention de l'obésité ?

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 30 Avril 2021

Par Monsieur Yann MAGOT

Né le 16 octobre 1992 à Lyon 04eme (69)

Et

Par Monsieur Guillaume CARNEAU

Né le 20 décembre 1991 à Lyon 03eme (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan	**Président**
Monsieur le Docteur MICHEL Lionel	**Assesseur**
Monsieur le Docteur BOUDET GIRARD Arnaud	**Assesseur**
Madame le Docteur GHALEB Valérie	**Directeur**
Monsieur le Docteur FAYET Mathieu	**Assesseur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	**Pr. Georges LEONETTI**
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➢ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➢ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➢ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➢ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➢ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➢ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➢ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➢ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➢ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➢ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➢ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	**Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur : **Pr. Bruno FOTI**

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Jean-Paul
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOTTA-FRIDLUND Danielle
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel

MM DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967

MM. les Professeurs — DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs — MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs — O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs — P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs — C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président — F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs — A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs — H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur — W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs — S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs — E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

	D. COLLEN (Belgique)
	S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.)
	C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.)
	G. HUGUES (Grande Bretagne)
	J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada)
	K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur	T. MARRIE (Canada)
Sir	G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUBLI Léon Surnombre
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel Surnombre
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiqu
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier Surnombre
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHIERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke détachement
VIVIER Eric
XERRI Luc

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BENYAMINE Audrey
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CERMOLACCE Michel
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DARIEL Anne
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIVARCH Jokthan
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGARDE Stanislas
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MAUES DE PAULA André
MEGE Diane
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROBERT Thomas
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique (disponibilité)
STELLMANN Jan-Patrick
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
POUGET Benoît
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
CALVET-MONTREDON Céline
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITA
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) Surnombre

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAP*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402CHIRURGIE INFANTILE 5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE E*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)

TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

PIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *460*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2(

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DAVID Thierry (PU-PH)
DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH) surnombre
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements communs

Monsieur le Professeur Gaëtan Gentile,

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse. Nous vous remercions chaleureusement pour l'intérêt porté à ce travail et accueillons avec respect votre appréciation. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde considération pour votre investissement dans l'enseignement de cette magnifique discipline qu'est la Médecine Générale.

Madame la Docteur Valérie Ghaleb,

Merci pour ton soutien dans ce travail difficile de directrice de thèse. Nous admirons ta vision profondément humaniste du soin, tu sais considérer avec respect l'intégrité et l'avis de chacun, les soignants qui travaillent à tes côtés ont de la chance. Tu nous as accompagné avec bienveillance tout au long de ce travail et nous te remercions du fond du cœur pour cela.

Monsieur le Docteur Lionel Michel,

Vous nous faites l'honneur de siéger dans ce jury et nous vous en sommes reconnaissant. Merci pour votre soutien à travers ce travail et à travers cette étape de la vie qu'est l'internat.

Monsieur le Docteur Arnaud Boudet-Girard,

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury. Votre esprit « zen » comme vous dîtes, a su nous inspirer à chaque instant de ce travail. Merci pour votre soutien.

Monsieur le Docteur Mathieu Fayet,

Nous sommes très reconnaissants pour votre participation comme membre de ce jury. Merci pour votre implication dans ce travail ou vous avez su nous soumoundir à travers toutes ces épreuves. Merci

Merci à **tous les médecins interviewés** pour votre bienveillance et votre partage d'expérience très précieux pour ce travail mais aussi pour l'avenir.

Remerciement Yann :

A toi **Léa**, merci d'être passé me voir après le Maroc pour juste un verre, je suis si heureux qu'il s'éternise, je t'aime.

A ma **famille**,

A mes **parents**, pour leur soutien. Ma **mère** toujours présente, l'amour inconditionnel. Mon **père**, planeur doux et affectueux.

Aux **bros**, parce que la fraternité m'est essentielle. **Félix**, fraté, merci de nous avoir montrer la voie, tu nous as sauvés plein de fois sans le savoir je pense. **Julie** et **Mathis**, que la vie soit douce en famille. **Fanny**, gros cœur de palmier reste comme tu es le sang de la V.

A **Nathalie**, merci pour ton soutien et ton écoute sans faille. A **Sandrine** bien-sûr

A **Sylvie**.

A la **Caluirefornie** et ses habitants qui me sont le plus chers,

A **Manon**, qui n'a jamais repris de bain depuis, **Margaux** avec qui ne montera plus jamais sur mon vélov, **Lisa** qui a ce genre de bleu et **Victor**, habile bricoleur. Vous êtes dans mon cœur

A **Zoé** et **Lilia**, deux princesses qui ne vont pas manquer d'amour. A leur papa respectif : **Loïc** et **Jawad**.

A **Charles**, membre incontesté du chabrot club de Grimone

Merci à tous les visiteurs du mont **Sénac**, que de belles ascensions.

Guiguito et **Laurette** leur rationnel à toute épreuve, **Xandre** et **Pépit** mes deux boudins **péruviens préférés, Arnaud et Anaïs, prince et princesse au royaume des puces, Stan et Céline** à quand la rando sur la lune ? Vous rayonnez.

Sans oublier toute l'équipe bien sûr : **Victor**, **Vialon**, **Christian**, **Gaet**, **Babou**, **Thibthib**, **Pierrot**, **Clem**, **Serros**, **Sixtine**, **Majorie**, **Thicu**, **Camille**, **Cécile**, **Sma**, **John**, **Baptiste**, **Clothilde**, merci vraiment pour ces années magiques. A **Jérôme**, tu as su nous montrer les limites.

A tous les rêveurs de cette belle **Croix Rousse** qui me manque parfois : **Arthur**, **Mathieu**, **Adrine**, **Maëva**, **Régine**, **Julien**, **Carlotta**, **Bilie**, **Céleste**, **Suzanne**, **Louise**, **Josette**, **Laura**, **Laure**, **Alondra**, **Émile**, **Balto**, **Raphy**, **Néila**, **Anaïs**, **Alex**, **Fares**, **Lucas**, **Mehdi**, **Flo**, **Léo**, merci pour tous ces moments passé dans ce village perché dans les nuages.

A **Ben mon ami**, merci de ton aide.

Aux nombreuses rencontres **Belfortaines** et leurs **satellites**, un vrai plaisir de vous avoir à la maison, vous assurez un max !

A l'équipe **d'archi**, toutes ces belles vacances à vos côtés m'ont fait revenir un peu plus intelligent à chaque fois.

A l'équipe de **Toulon**, **Célie**, **Valentin**, **Maud**, **Martin**, **Capucine**, **Céline**, **Kristel**, **Camille**, **Marion**, **Julie**, **Aymeric**, **Hector**… et tous les autres. Merci pour votre bonne humeur et ces moments passés à l'aube de l'internat. **Cléclé** dans mon cœur.

A **Germiny**, l'incontournable voisin de la BDM et **Malu** nouvelle arrivante.

A toutes les personnes inspirantes qui m'ont été données de rencontrer lors de mon périple en région PACA : Merci **Alain** et **Jean** ; **Lawal** un esprit éveillé, j'espère qu'on se recroisera ; tous ceux des **urgences d'Apt,** merci beaucoup ; **Odile** pour ta bienveillance ; **Gil** et **André** merci de votre confiance ; **Amélie** et **Pierre-Yves** vous m'avez appris énormément.

Merci aussi à tous ceux que je n'ai malheureusement pas cités.

Remerciements Guillaume :

À **Laure,** pétillante, qui m'apprend le chant des oiseaux et la joie. Je suis heureux de partager ton chemin et tes rêves. Cultivons la vie ensemble.

A ma famille :

À **mes parents**, pour votre soutien inconditionnel. Pour m'avoir encouragé, même dans les projets les plus loufoques. **Mon père,** qui m'a appris la chasse aux champignons et les balades à vélo. **Ma mère,** pour ta sensibilité, ta curiosité et ton amour. Merci du fond du cœur à tous les deux.

À mes sœurs, **Faustine, et Alice.** En souvenir des "châteaux" de sables qu'on faisait ensemble. De ces longues conversations avec toi **Faustine** et de ces jeux qu'on inventait ensemble **Alice**. Vous êtes incroyables. Je serai toujours à vos côtés.

À **Jean-Claude et Françoise**, pour tous ces beaux souvenirs de voyage que j'ai avec vous, merci de m'avoir initié à l'aventure.

À **Nelly**, pour ta bienveillance et ton sourire. Tu me surprendras toujours, merci de partager tes histoires avec moi. À **Michel,** j'aurais tant aimé voler à tes côtés. Je suis fier d'être ton petit fils.

À **Perrine, Maxime et Aubin**, bienvenue à ce petit dernier. À **Coralie, Bertrand, Léandre** et **Juliette**. À **Denis et Martine**. Merci pour tous ces bons moments partagés ensemble.

Aux Bob : Christophe, Natalia, Edgard et **Jeanne**. À **Pascal** et **Imma**. Merci pour ces réveillons et ces repas tous ensemble.

À **Juliette,** pour avoir été ma confidente et mon amie. Pour m'avoir supporté sous ton toit durant nos années lyonnaises. À **Laurent**, merci pour ton humour et c'est bons moments à tes côtés. C'est une joie d'être aux côtés de **Théodore** et de le voir s'éveiller à la vie. Merci

À **David et Maryline,** pour m'avoir accueilli sous votre toit. A votre grand cœur. Merci d'avoir été là.

À **JP.**

A mes amis :

Yann, pour m'avoir fait descendre à Marseille. Pour le serrage de coudes à travers bien des galères. Et pour tes tires tordues. À **Léa** aka **Josie,** l'éclaireuse de Belfort sur Marseille !

Pépite et Boudin, pères fondateurs de la ZAD. "Maîtres" dans l'art du baby et du 0 Km/h. Vous êtes nos guides sur la voie du Déni, merci d'être là aujourd'hui, ça compte énormément. Allez l'OL ! À **Xandre,** si si signora, vuoi un poco de vino rosso, grazie mille. À **Anaïs,** pour relever le niveau du groupe, parce que sans toi on ne volerait pas bien haut.

Stan, pour m'avoir initié à la grande voie, et d'autres ascensions en Suisse. Pour être une source d'énergie inépuisable. Attention à ton sacrum quand même. À **Céline**, merci de veiller sur cet animal, j'admire ta force de caractère, il en faut ! Je vous souhaite plein de bonheur.

À **Thomas**, le Roi Poule, Chasseur de chacals. Au Maroc, à nos années sur Lyon. T'es un frère. Merci **Coco** , merci pour ces beaux moments au Fusion, je suis heureux de te connaitre. Vous êtes beaux tous les deux.

À **Jonathan**, pour ton humour, tes projets fous et superbes. Pour ces voyages mémorables à tes côtés. J'espère qu'il y en aura bien d'autres encore.

À **Eva**, petite crampe et graine d'artiste. Lille est loin mais tu es dans nos cœur. Puisse ta bonne étoile continuer de veiller sur toi.

À **Ben**, merci pour ton aide et ton talent. J'espère que tu nous inviteras au resto de temps en temps quand tu seras milliardaire.

À **Thony**, pour ton humanisme, pour partager ta vision de la médecine et nous donner envie d'exercer ce beau métier. Pour nous avoir trainé à travers le Garlaban, on ne faisait pas les malins à 1%.

À **Laurent**, pour ce stage avec toi sur l'ile de Groix, pour le temps que tu m'as dédié et pour tous ces beaux dessins que tu fais.

Aux habitants de la ZAD :

Laurette, la gentillesse incarnée, merci de m'embêter même quand je râle, tu ne faiblis pas, c'est admirable. **Pierre**, aka Grand Lombric, pour ta créativité capillaire et pour tolérer mes roulettes. Tu es un grand saucier. **Cécile**, aka La Perruche, pour ta bienveillance, pour ta collection de boucles d'oreilles et pour tolérer mes lombrics. J'attends toujours ton concert de piano. **Clemchou**, alias Grincheux, pour nous avoir initié au Yoga et à Top Chef. **Sma**, alias Samoussma, pour ta créativité culinaire à travers tes recettes surprenantes. Merci de ne pas avoir organisé de soirée karaoké. **Erwan**, merci d'être là, preuve vivante que les Bretons se nourrissent que de houblon. **Babeth et Jonathan**, pour avoir partagé notre quotidien, nos Tajines. Merci les zadistes. ***À la Boulangerie de Quartier et HOP***, merci de nous avoir nourris.

Aux anciens zadistes, **ThiCu** et **ThibThib**, pères fondateurs de la ZAD avec **Pépite et Boudin.** À **Serros, Camille** ***et à tous ceux qui ont écrit l'histoire de la ZAD.***

À **Gaet et Babou**, sur une planche ou sur une falaise, toujours le smile, j'espère que vous aurez bon vent dans votre van du futur.

Ana pour m'avoir fait découvrir Abidjan et le Koutoukou, bienvenue à Marseille. **A Melchior**, pour ton rire gras et communicatif. **A Eden,** pour m'avoir épaulé au Fusion. **A Malo, Raoul, Arthur, Valentin** ***et tous les Lyonnais.***

À **Hugo, Cécile, Rob et tout le Club du 5,** pour avoir animé l'internat durant une année, j'ai eu de la chance d'être à votre étage.

Aux Drômois : **Arnaud, Ulysse, Dodo, Maxime, Tristan, Thomas** merci pour ces belles années ensembles.

Et à la Drôme et ses arbres bien entendu, merci d'être là.

Table des matières :

INTRODUCTION GENERALE: ---------- 4

CONTEXTE: ---------- 5

I – OBESITE : ---------- 5

1 - État des Lieux ---------- 5

2 - Définition ---------- 6

3 - Éléments de physiopathologie ---------- 7

4 - Facteurs de risques environnementaux ---------- 7

A- Alimentation ---------- 8

B- L'activité physique ---------- 9

5 - Pathologie secondaire ---------- 9

6 - Coût ---------- 10

II - LE MEDECIN GENERALISTE : ---------- 10

III – PREVENTION : ---------- 12

IV - TRAVAIL EN RESEAU : ---------- 12

V - OBJECTIF DE L'ETUDE : ---------- 14

1 - Objectif principal ---------- 14

2 - Objectifs secondaires ---------- 14

METHODOLOGIE: ---------- 15

I - CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE : ---------- 15

II - POPULATION ET TAILLE DE L'ECHANTILLON : ---------- 15

1 - Nombre de participants ---------- 15

2 - Modalité de recueil de données ---------- 16

3 - Analyse des données ---------- 16

III – ETHIQUE : ---------- 17

RESULTATS: ---------- 18

I - CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS : ---------- 18

II - CARACTERISTIQUE DE L'ECHANTILLON : ---------- 18

III - L'APPROCHE DU MEDECIN GENERALISTE : ---------- 19

1 – Vécu difficile : ---------- 19

2 – Le dépistage : ---------- 20

A – Outils de dépistage : ---------- 20

B– Qui dépister ? ---------- 21

C – Un dépistage difficile : ---------- 22

D – Organiser le suivi : ---------- 22

3 - Prise en charge: ---------- 24

A - Les grands axes ---------- 24

B - A chacun ses armes :---------- 25
C– L'entretien Motivationnel : ---------- 26
D- Compétence essentielle : ---------- 27
4 – Nécessitée de former les Médecins : ---------- 28

IV - UNE ORGANISATION EN RESEAU :----------29
1 - Bien s'entourer : ---------- 29
A - Des structures essentielles ---------- 29
B - Un réseau de professionnels : ---------- 31
2 - Lacunes du réseau: ---------- 33
A - L'importance du maillage : ---------- 33
B – Un manque de clarté dans les réseaux : ---------- 33
C– Lacune de remboursement : ---------- 34

V - POINT DE VUE DU GENERALISTE SUR LE PHENOMENE D'OBESITE CROISSANTE DANS LA SOCIETE:----------35
1 - Problèmes liés à la vie moderne : ---------- 35
A - Alimentation à l'ère industrielle : ---------- 35
B - Sédentarité croissante lié à la technologie :---------- 37
2 - Proposition d'amélioration :---------- 38
A - Place du médecin généraliste: ---------- 38
B – Encourager une alimentation saine: ---------- 38
C – Vers une urbanisation plus saine: ---------- 39
D – L'école au cœur de la prévention : ---------- 40

DISCUSSION: ----------41

I - DISCUSSION AUTOUR DES ATOUTS ET LIMITES DE L'ETUDE: ----------41
1 - Complexité et intérêt de l'étude ---------- 41
2 - Population de l'étude ---------- 41
3 - Organisation du travail de recherche ---------- 42

II - DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS DE L'ETUDE:----------43
1 – Comment améliorer la prévention secondaire par le généraliste :---------- 43
A – La stratégie de dépistage :---------- 43
B – Assurer la prise en charge ---------- 44
C - Un outil clés : L'entretien motivationnel ---------- 44
2 – Transition du mode d'exercice: ---------- 46
A – S'organiser pour travailler en groupe :---------- 46
B - Le partage des compétences :---------- 47
C - Favoriser la communication : ---------- 48
D - Évolution du remboursement : ---------- 53
3 – Repenser notre mode de vie :---------- 54
A- La prévention au sein des écoles : ---------- 54
B – Repenser notre urbanisation :---------- 55
C- Alimentation et marketing :---------- 56
D- Modèle économique de croissance remis en cause :---------- 57

CONCLUSION:----------59

BIBLIOGRAPHIE:----------61
ANNEXES:----------67

INTRODUCTION GENERALE:

C'est en entrant dans le XXIème siècle que l'organisation mondiale de la santé (OMS) a qualifié l'obésité d'épidémie mondiale. C'est la première maladie non contagieuse à être qualifiée de la sorte (1).

Depuis, la littérature scientifique regorge d'article sur ce sujet. Les instances de santé publique se mobilisent, et l'obésité se retrouve au-devant de la scène médiatique. Il s'agit d'un enjeu de santé publique majeur qui a des conséquences sanitaires graves, mais aussi des conséquences sociales, et économiques, pouvant mettre en péril notre système de santé (2).

C'est un phénomène inquiétant car, malgré les actions de santé publique menées pour le contenir, les chiffres concernant le surpoids ne cessent d'augmenter, avec un taux d'obésité multiplier par trois depuis 1992, malgré les programmes de santé publique comme les Programme national nutrition santé (3)(4).

La littérature s'accorde sur la multiplicité et la complexité des déterminants de l'obésité (5). Certains travaux, comme "Obesity Systems Map" ont documenté des déterminants d'ordre génétique, comportemental et environnemental (6).

Malgré cette complexité, le monde scientifique cherche à développer des outils de prévention efficients afin de prendre le problème à la racine (7).

Sur le front de ce problème de santé publique se trouve le médecin généraliste. En effet le Collège des National des Généralistes Enseignants (CNGE) identifie la santé publique et la prévention comme une des fonctions essentielles de la médecine générale (8).

En même temps, au cœur de l'intimité des patients et des familles, le médecin généraliste occupe une position privilégiée pour comprendre et analyser ce phénomène de société (9). La médecine générale étant un observatoire du paysage sanitaire et social, l'expérience des praticiens est précieuse. C'est pourquoi recueillir leurs témoignages nous est apparu essentiel.

Ainsi, nous avons formulé la question de recherche suivante :

Quelle perception ont les médecins généralistes de la prévention de l'obésité ?

CONTEXTE:

I – OBESITE :

1 - État des Lieux

En Mai 2017, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) relève des taux record en matière d'obésité (10). Dans le monde 1,9 milliard d'adultes sont en situation de surpoids et 650 millions seraient obèses. Ces chiffres font passer l'obésité au rang d'épidémie mondiale car chaque année, environ 2,8 millions de personnes décéderaient des causes liées au surpoids ou à l'obésité (10).

Il s'agit du 5ème facteur de risque de décès au niveau mondial. Ce constat est d'autant plus alarmant car la prévalence a triplé entre 1975 et 2017 (11).

Jusque-là, l'obésité semblait surtout être un problème circonscris aux pays dit développés.

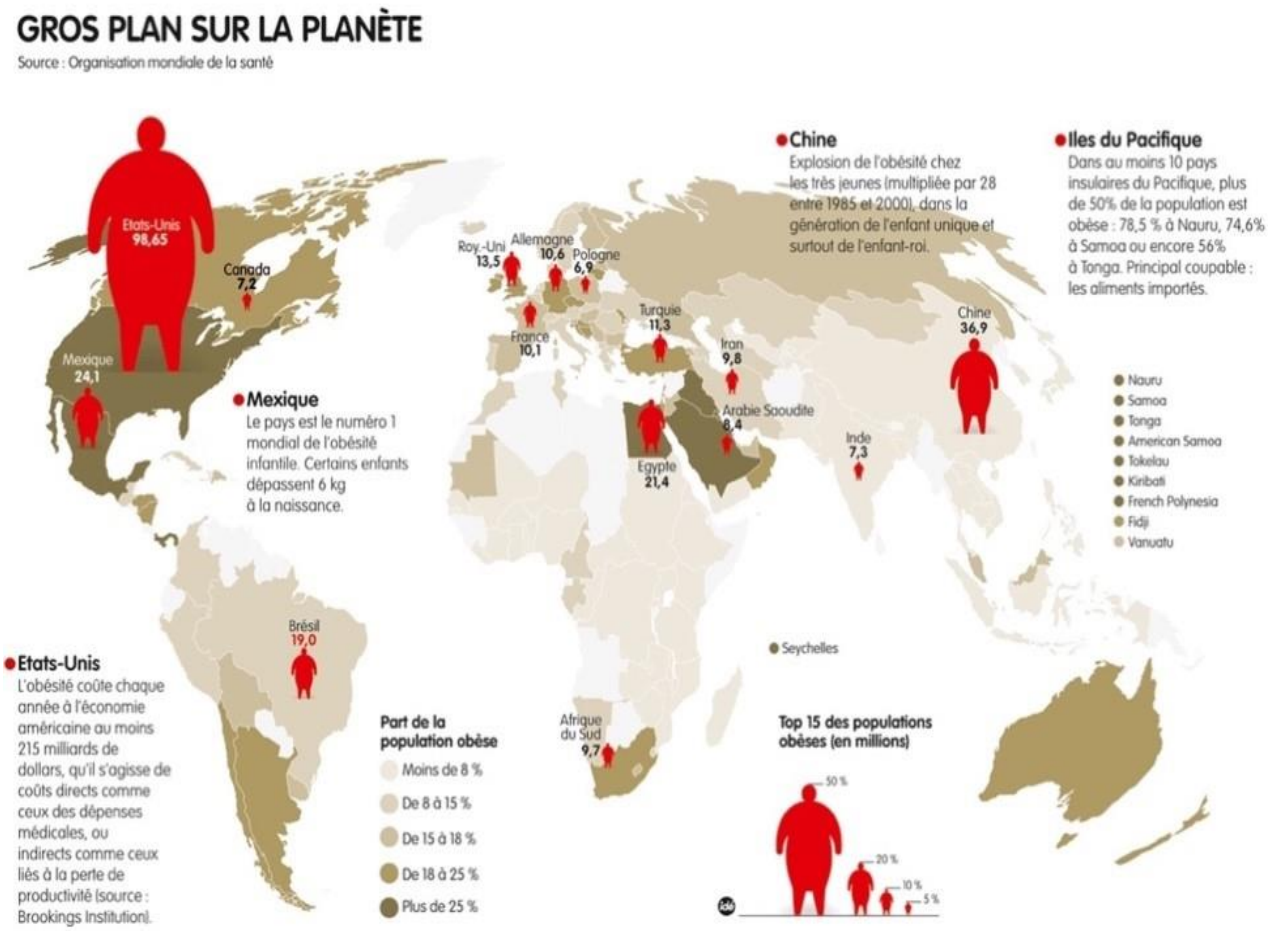
Mais l'obésité est un phénomène qui touche aussi les pays en voie de développement (12). Entre 1980 et 2008, le nombre de personnes en surpoids ou obèses a quadruplé dans ces derniers, mais seulement multiplié par 1,7 dans les pays développés.

Pour Abelardo Villa, l'obésité croissante dans les pays en développement serait un héritage, au même titre que certaines technologies, des pays occidentaux :

" ils acquièrent certains des avantages mais aussi des problèmes des pays industrialisés, dont l'obésité"

L'hexagone n'est pas épargné par cette épidémie. En effet le nombre d'adulte en surpoids était de 24,4% en 1992 selon l'Enquête de santé INSEE, contre 33,2% en 2016 selon le BEH Cohorte constance. Selon les mêmes études, le taux d'obésité, à 5.85% en 1992, s'est envolé pour atteindre les 15.6% en 2016 (4).

Part de la population obèse dans le monde en 2011 :



2 - Définition

L'obésité est une maladie chronique.

Elle est définie par un excès de masse grasse et elle est associée à un risque accru de maladies comme le diabète de type 2, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et certains cancers (13). A la fois maladie et facteur de risque, elle est au carrefour de ces définitions.

La corpulence est définie, selon les critères de l'OMS par l'indice de masse corporelle (IMC) : (poids [kg]/taille [m]²) : (14)

- < 18,5 = insuffisance pondérale,
- [18,5–24,9] = poids normal,
- [25–29,9] = surpoids
- ≥ 30 kg/m² = obésité.

L'obésité est classée par degré de sévérité :
[30–34,9] = classe I ; [35–39,9] = classe II et ≥ 40 = classe III.

3 - Éléments de physiopathologie

Le tissu adipeux est le tissu atteint par l'obésité. Il est composé d'adipocyte, lieu de stockage des triglycérides, des vitamines liposolubles, du cholestérol et des polluants. Ce tissu présente également une fonction endocrine, ayant un rôle majeur dans la régulation de l'appétit et de l'inflammation (15).

L'obésité aurait un caractère héritable. Le concept d'épigénétique expliquerait en partie ce phénomène. L'environnement, au cours du développement précoce de l'individu, induit des modifications épigénétiques qui conditionnent le phénotype à long terme, en particulier la susceptibilité, ou non, à développer des maladies non transmissibles (16). Ainsi la nutrition riche et l'obésité parentale peuvent prédisposer l'enfant à développer lui-même des pathologies métaboliques et cardiovasculaires à l'âge adulte (17).

4 - Facteurs de risques environnementaux

La liste est longue et elle montre, une pluralité dans la genèse de l'obésité. Schématiquement, l'apparition de cette pathologie est due à des facteurs extrinsèques (en théorie modulables) et des facteurs intrinsèques (en théorie non modulables).

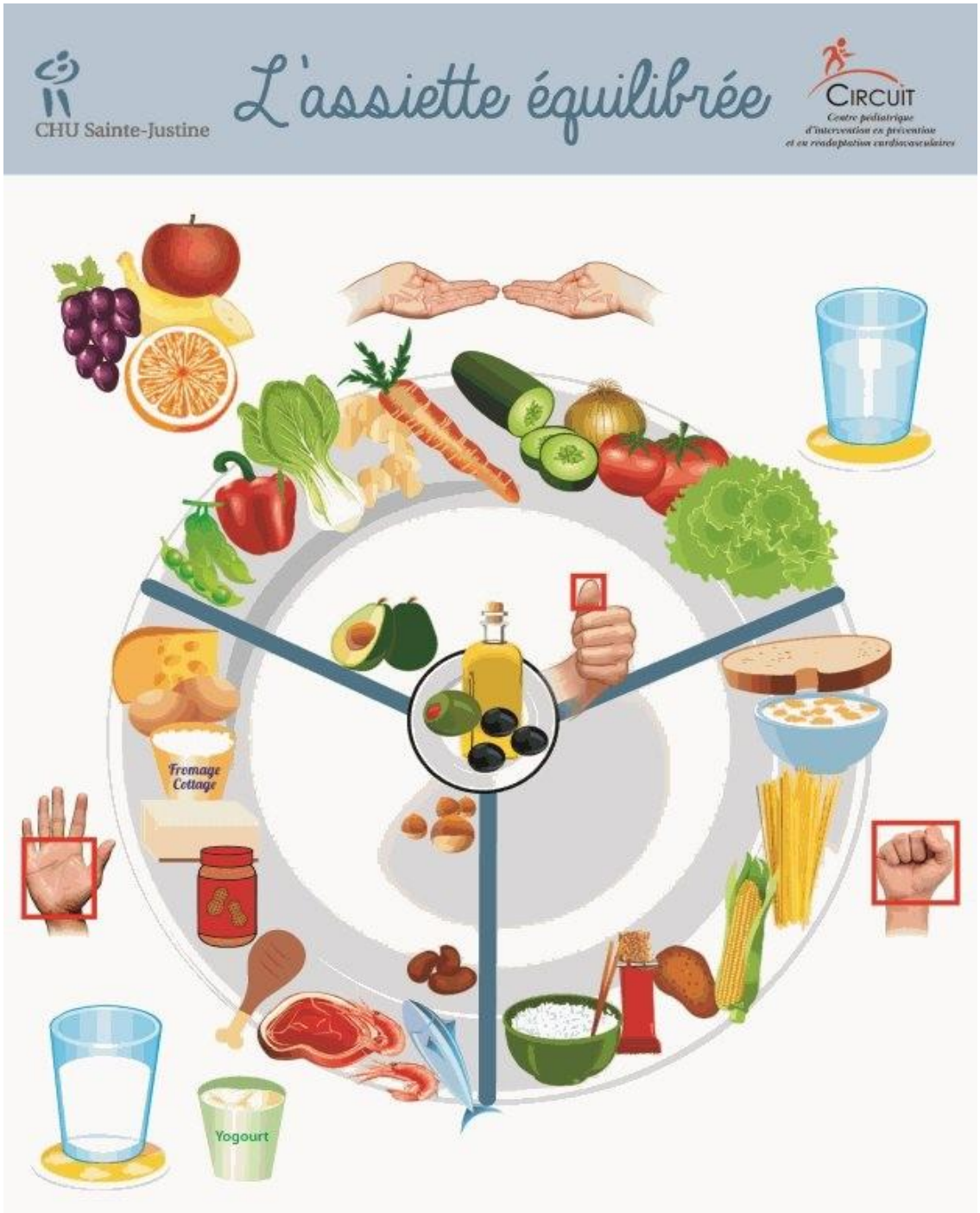
Les facteurs extérieurs regroupent des facteurs individuels en lien avec le comportement comme l'alimentation et le sport, mais aussi d'autres facteurs tel que le microenvironnement en lien avec le milieu socio-culturel et des facteurs socio-économiques (18).

Il existe déjà de nombreuses recommandations concernant certains facteurs extrinsèques, déjà largement diffusés. C'est le cas pour l'alimentation et l'activité physique par exemple.

A- Alimentation

La composition de notre assiette est de loin le premier facteur pourvoyeur d'obésité. L'équilibre alimentaire doit être respecté pour conserver une alimentation variée.

On utilise des repères simples pour avoir les tailles des portions nécessaires, des livres d'illustration à cet effet existent (19). Ou encore des affiches à destination du grand public comme ici :

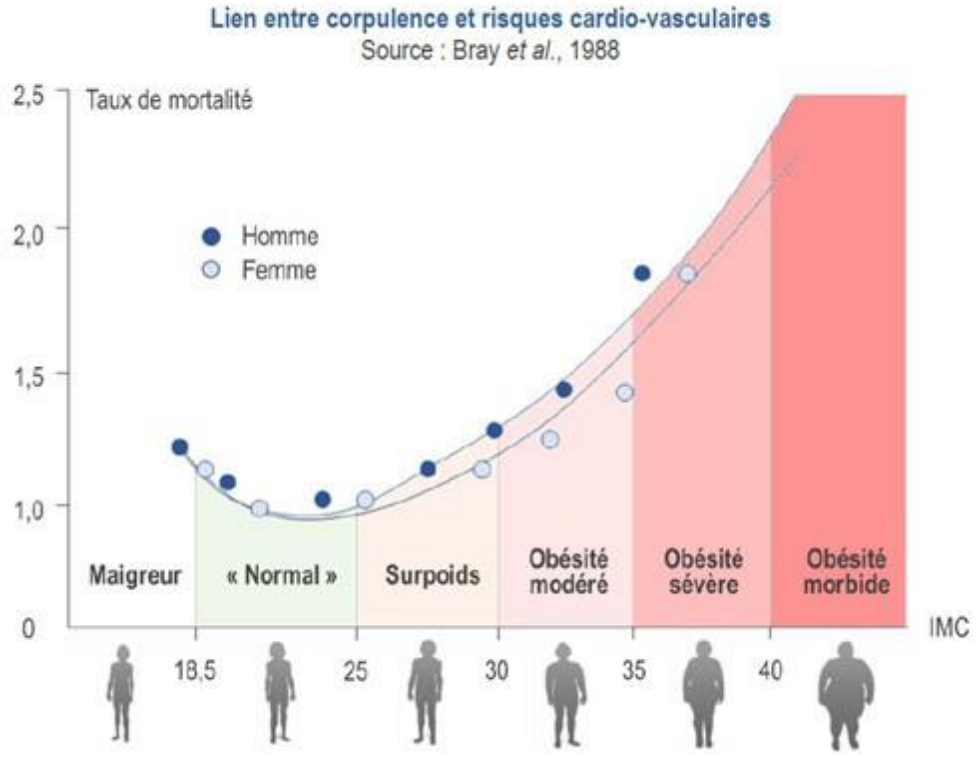


B- L'activité physique

Elle permet d'équilibrer la balance énergétique. Elle augmente les dépenses pendant l'effort et accroît notre métabolisme de base.
L'OMS recommande au minimum 150 minutes d'activité d'endurance modérée ou bien 75 minutes d'activité intense par semaine (20).

5 - Pathologie secondaire

L'indice de masse corporelle est associé à un surrisque de mortalité dans la population. L'obésité, selon son stade, suit une courbe en forme de J, quand on s'intéresse à la mortalité en regard de l'IMC.



Des études ont montré que l'espérance de vie est différente selon la tranche d'IMC dans laquelle on se trouve. Ainsi l'espérance de vie est réduite de 2 à 4 ans pour un IMC entre 30 et 35kg/m2 et de 8 à 10 ans entre 40 et 45 kg/m2 (21).

Le sur-risque de mortalité retrouvé chez les patients obèses est lié aux complications secondaires : diabète de type 2, d'hypertension artérielle, d'athérome, de maladie rénale, de cancer, de SAOS, de maladie articulaire…

Aujourd'hui, un nouveau volet des complications secondaires voit le jour : il s'agit du retentissement psycho-social de l'obésité. On parle de grossophobie, c'est un néologisme décrivant les attitudes ou les comportements hostiles à l'égard de personnes obèses, entraînant un retentissement psychologique (22).

6 - Coût

Les coûts en santé sont des éléments à prendre en compte. Des estimations basées sur l'enquête « Santé protection sociale » de 2014, montre que l'obésité est responsable de 1,5 à 4,6% des dépenses de santé en France, soit une estimation à 21,9 milliards d'Euro. Celle-ci représente 1 % de PIB et constitue de surcroît un coût socio-économique partiellement évitable (23).

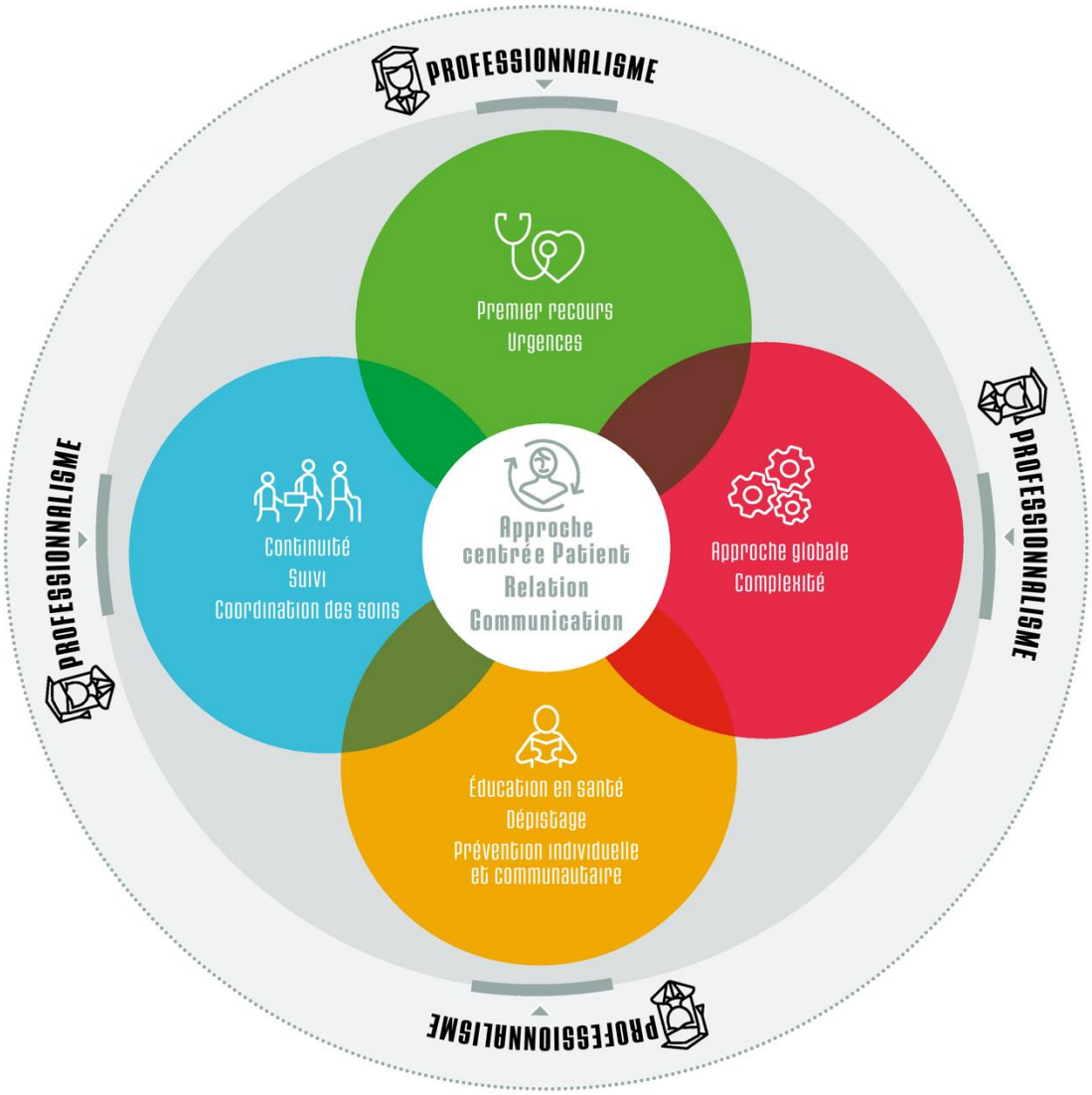
II - LE MEDECIN GENERALISTE :

Médecin traitant, médecin de famille, le généraliste se trouve au carrefour du médical et du social. De par sa proximité géographique, son accessibilité temporelle et financière font de lui un acteur de santé publique majeur (24).

Le CNGE identifie 6 compétences essentielles à la médecine générale :

- Premier recours, incertitude et urgence
- Approche globale et complexe des patients
- Mission d'éducation, de prévention et de dépistage
- Continuité, suivi et coordination des soins autour du patient
- Relation, communication, approche centrée patient
- Professionnalisme

La prise en charge du surpoids et surtout la prévention de l'obésité font appel à plusieurs de ces compétences. Il est intéressant de recueillir l'expérience de praticiens, étant donné leurs missions et leur position clé dans le paysage sanitaire. C'est en partie son expérience médicale mais aussi son expérience humaine et sociale qui nous intéressent dans ce cadre.



Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les **6 compétences principales** de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE — CNGE FORMATION

source : d'après C. ATTALI, P. BAIL et al. groupe « niveaux de compétences » du CNGE

Conception graphique: johannakern.fr

(25)

III – PREVENTION :

L'OMS définit la prévention de la manière suivante :

« La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (26)

On distingue trois types de prévention (27) :

1. Primaire : Qui agit en amont de la maladie pour éviter sa survenue.
2. Secondaire : Qui cherche à dépister puis traiter un problème de santé de manière précoce pour éviter ses complications.
3. Tertiaire : Qui agira sur les complications et le risque de récidive de la maladie, cherchant alors à les réduire (28).

Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières, politiques ou de l'éducation pour la santé.

La prévention primaire est par nature transversale car elle intègre les différents aspects du mode de vie de l'individu. Elle est éminemment complexe dans le cadre de l'obésité devant la multiplicité de facteurs, souvent intriqués entre eux. Pourtant, elle semble être l'idéal de prévention car elle permettrait d'éviter l'avènement de la pathologie.

Dans le cadre prévention secondaire de l'obésité, le moyen de dépistage est le calcul de l'Indice de Masse Corporel (IMC) du patient (29). Il serait intéressant de voir comment les médecins utilisent cet outil, quelle est leurs stratégies de dépistage et d'identifier la stratégie de prise en charge qu'ils déploient.

La prévention tertiaire intervient après échec des deux précédentes. L'obésité est ici bien installée, il s'agit de traiter ses complications et de limiter la survenue d'autres complications. On est alors plus dans le curatif.

IV - TRAVAIL EN RESEAU :

Selon le CNGE, le rôle du médecin généraliste réside aussi dans la coordination de soin et le travail avec les autres professionnels. Ce positionnement central au sein du réseau de soin fait

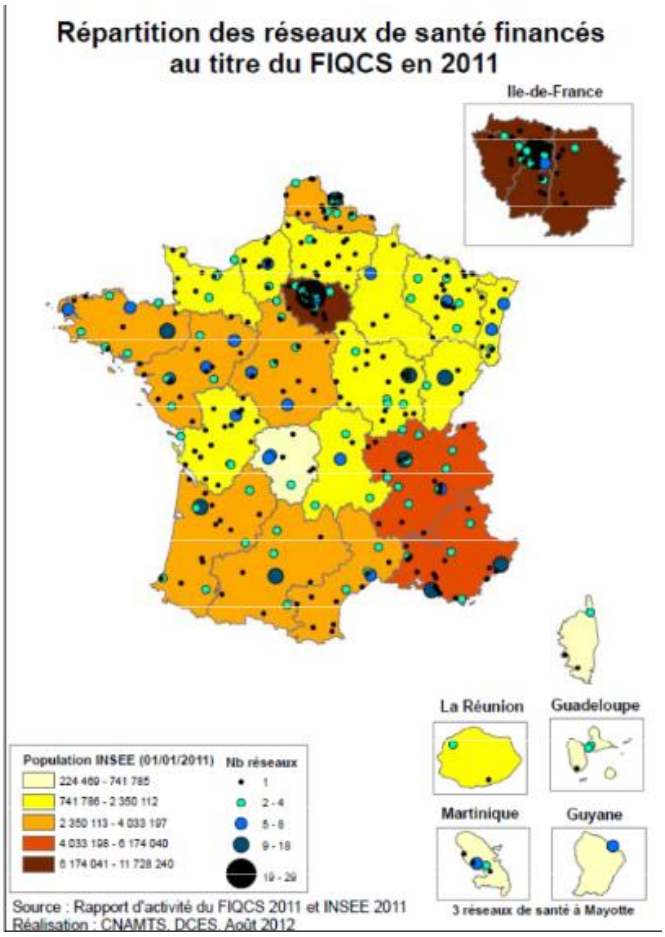
de lui un coordinateur principal de la prévention tant cette action doit, pour être efficace, s'inscrire dans une dynamique de groupe (30).

Le ministère de la santé définit un réseau comme :

« Des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.). (31) »

Il faut comprendre qu'un réseau est à la fois médical et social. Son but est d'assurer une offre de soin rationnelle pour les patients d'une région : c'est-à-dire une continuité dans les soins et une adaptabilité autour des patients.

En 2011, on dénombre 716 réseaux financés par le FIR (Fond d'Intervention Régional). Ces différents réseaux répondent à des appels d'offre pilotés par les ARS selon les problèmes de santé publics relevés sur le terrain.



V - OBJECTIF DE L'ETUDE :

1 - Objectif principal

L'objectif principal de notre travail est de comprendre le positionnement des généralistes face à la prévention de l'obésité et par corollaire quel réseau ils mobilisent.

2 - Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Appréhender la genèse de l'obésité dans nos sociétés contemporaines à travers le regard du généraliste.
- Chercher des solutions pour améliorer les actions et les outils de prévention actuelle.

METHODOLOGIE:

I - CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE :

Afin d'explorer les représentations que se font les médecins généralistes du réseau de prévention de l'obésité, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative, inspirée de la théorisation ancrée.

La méthode de recherche qualitative est une méthode consistant à recueillir des données verbales soumises ensuite à une démarche interprétative. Elle permet de comprendre les ressentis, les comportements et ainsi une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et de leur manière d'interagir (32).

II - POPULATION ET TAILLE DE L'ECHANTILLON :

Nous avons réalisé notre échantillon selon la technique de la boule-de-neige, c'est à dire l'identification des sujets d'intérêt à partir de personnes qui connaissent d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants à l'enquête (33).

Nous avons choisi de mener l'enquête uniquement en région PACA.

Les critères d'inclusion étaient :

1. Être Docteur en Médecine Générale,
2. Travailler dans un cabinet, seul ou à plusieurs et au moins à temps partiel
3. Exercer en région PACA,
4. Être installé depuis au moins deux ans.

Les médecins ont été contactés soit par téléphone soit courriel. Avant les entretiens nous nous présentions comme interne en médecine générale réalisant une thèse sur la prise en charge de l'obésité en terme de prévention par les médecins généralistes.

1 - Nombre de participants

Le nombre de participants n'a pas été défini à l'avance. Nous avons poursuivi les entretiens jusqu'à saturation des données (34).

Les inclusions d'entretiens cessent lorsque qu'aucune nouvelle information n'est obtenue concernant le sujet d'étude.

2 - Modalité de recueil de données

Pour les sujets de l'étude, la durée s'est limitée à un entretien avec l'investigateur comprenant :

- La dispensation d'informations générales sur l'étude (lettre d'information),
- La signature du consentement,
- L'entretien enregistré.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et ont été secondairement intégralement retranscrits.

Par mesure sanitaire lié au Covid, étant donné le contexte actuel, nous avons été contraints de réaliser l'ensemble des entretiens par téléphone.

Les entretiens ont été réalisés par chacun des deux doctorants.

Il s'agissait d'entretiens semi-dirigés. Un guide d'entretien a été préalablement établi. Un premier entretien "test" a été réalisé par un des deux doctorants et validé.

Le guide d'entretien est composé de 7 questions ouvertes. Il a évolué au fur et à mesure suite à l'analyse des entretiens et l'émergence d'hypothèses. Les deux guides d'entretien sont disponibles en annexe 1.

Des questions sur les informations générales des participants ont été posées afin de connaitre les caractéristiques de l'échantillon.

3 - Analyse des données

Nous avons appliqué une méthode d'analyse de contenu inductif. L'objectif de cette méthode est de faire émerger des hypothèses à partir des entretiens, selon une démarche compréhensive (35).

Chaque entretien a été entièrement retranscrit, mot pour mot sur un document Word, par les doctorants.

Nous avons, dans un premier temps réalisé une lecture attentive et approfondie de chaque entretien afin de se familiariser avec le contenu.

Ensuite, avec un tableur Excel simple, nous avons créé une grille d'analyse. Il existe des logiciels spécialisés dans le traitement de donnée a visé de codage qui apporte une meilleure clarté des résultats comme N-VIVO. Toutefois, ces logiciels ne sont pas indispensables (36).

Nous avons réalisé un premier codage dit ouvert. Nous avons transformé les données brutes en formulations significatives, pour chaque entretien. Nous avons ensuite réalisé un codage axial pour organiser les idées. De cette manière nous avons créé différentes catégories pour organiser nos résultats.

Les investigateurs ont analysé chacun chaque entretien et se sont réunis à chaque étape pour assurer un double codage. Après chaque codage axial, les codes obtenus ont été discutés et comparés afin de faire émerger les grandes thématiques pour établir un arbre de codage.

Nous avons enfin réalisé une triangulation des données en confrontant nos résultats à la littérature scientifique.

Afin de problématiser et d'avoir une démarche inductive, un journal de bord a été tenu tout au long de l'étude. Il est disponible en annexe 2

III – ETHIQUE :

Il s'agit d'une recherche non interventionnelle.

Suite à l'avenant de la loi JARDE portant sur la recherche humaine, cette étude ne nécessite pas l'avis d'un comité de protection des personnes puisqu'elle *« vise à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé » (37).*

Un consentement éclairé sera signé systématiquement en 2 exemplaires (un pour le participant, un pour l'investigateur) et récupéré par l'investigateur avant de débuter le recueil de données.

Une lettre d'information concernant l'étude a également été fournie avant chaque entretien afin de présenter le protocole d'étude mis en place.

L'anonymat a été respecté. A la fin du travail de thèse, les fichiers audio seront supprimés.

RESULTATS:

I - CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS :

Au total, nous avons réalisés 11 entretiens semi-dirigés. Les entretiens ont été réalisés entre le début du mois de décembre 2020 et la fin du mois de Janvier 2021.

Chacun des doctorants a retranscrit les entretiens qu'il avait menés, 6 pour l'un et 5 pour l'autre.

Les entretiens ont duré en moyenne 40 minutes. Tous les entretiens ont été utilisés pour l'analyse des données.

II - CARACTERISTIQUE DE L'ECHANTILLON :

Le profil des personnes interrogées a été reporté dans le tableau suivant.

H = Sexe masculin ; F = Sexe féminin

Description des médecins généralistes :

MG	Sexe	Tranche d'âge	Mode d'exercice	Ancienneté d'installation	Lieu d'exercice (nombre d'habitant)
A	H	60-70	Cabinet de groupe	>30ans	Population > 800 000
B	H	50-60	Cabinet de groupe	>20ans	Population > 140 000
C	H	40-50	Cabinet de groupe	>10ans	Population > 800 000
D	H	40-50	Cabinet seul	>10ans	Population > 5000
E	H	40-50	Cabinet de groupe, DU nutrition	>10ans	Population > 3000
F	H	40-50	Cabinet de groupe	>10ans	Population > 7000
G	H	50-60	Cabinet seul + PMI	>20ans	Population > 800 000

H	F	25-35	MSP	<10ans	Population > 800
I	F	40-50	Cabinet seul	>10ans	Population > 800 000
J	F	35-45	Cabinet seul	>10ans	Population > 45 000
K	F	60-70	Cabinet de groupe, DU nutrition	>30ans	Population > 45 000

III - L'APPROCHE DU MEDECIN GENERALISTE :

1 – Vécu difficile :

Au cours des entretiens, les médecins ont fait part d'une difficulté à aborder la problématique de l'obésité. Le sujet apparaît complexe et chronophage.

Entretien B

« Très honnêtement c'est un sujet qui ne me passionne pas parce que très souvent sujet à difficulté, très chronophage et compliqué à mettre en place »

Leur expérience fait part de nombreux échecs, parfois mal vécus par les patients mais aussi par les médecins.

Entretien D :

« C'est un échec permanent le poids, j'ai vécu quasiment que des échecs »

Entretien A :

« J'ai constaté des échecs retentissants sur des familles. J'ai tenté de m'immiscer dans la façon dont les parents nourrissaient les enfants. C'était douloureux, c'était douloureux pour eux c'était douloureux pour moi parce que je sentais que ma façon d'être était trop inquisitrices et trop révolutionnaire »

Un véritable doute sur leurs compétences s'installe.

Entretien F

« Enfin moi j'ai le sentiment que je ne suis pas très à l'aise en diététique. »

Ainsi qu'un découragement, un émoussement des motivations se constate chez le médecin qui perçoit la même chose chez le patient.

Entretien C

« Il y a à la fois aussi une certaine impuissance du médecin qui se dit : ohh là là là on ne va pas y arriver ça va être la misère, et une impuissance de la personne qui se dit : de toute façon plus personne ne peut rien pour moi. Donc résultat une espèce de laisser-aller peut être un petit peu des 2 côtés du côté du malade et du praticien qui ne prend pas trop le problème à bras-le-corps... »

Pourtant, les médecins nous ont fait part d'une véritable volonté d'exercer la prévention.

Entretien C :

" Je veux soigner le problème, mais mon but c'est d'éviter qu'il y en ait. C'est toute l'essence de mon métier de médecin généraliste. Je suis là pour prévenir. "

En somme, les entretiens révèlent un vécu difficile de la part des médecins. Le sujet apparait complexe et les échecs sont multiples. Cela semble engendrer un doute sur leurs compétences et une perte de motivation du praticien, qu'il ressent aussi chez ses patients.

2 – Le dépistage :

A – Outils de dépistage :

Dans le cadre du dépistage du surpoids, les médecins utilisent quelques repères clés, objectifs, et systématiques. Peser les patients à chaque consultation, puis calculer l'IMC et surveiller son évolution.

Entretien D

"Ça va te paraître simple mais dans la prévention le truc que je fais systématiquement : je pèse tout le monde, dans toutes les consultations "

Des repères objectifs sont nécessaires. Par exemple chez les enfants, les courbes de poids sur le carnet de santé permettent d'enlever la part de subjectivité que nous entretenons tous avec notre poids ou celui des autres.

Entretien G

"Pour les petits aussi on leur dit un beau bébé ce n'est pas un bébé qui est beau et gras, ce n'est pas le bébé Cadum des années 50. C'est là où je reviens à mes courbes, ça permet d'avoir quelque chose de précis et de pas discutable"

B– Qui dépister ?

L'enfance semble être la période d'intervention privilégiée, la prise en charge du surpoids est fructueuse et le bénéfice sera significatif.

Entretien F

« Donc oui c'est vrai que j'ai oublié que pour les enfants il y a quand même des motifs de satisfaction et des espoirs pour leur prise en charge parce que c'est plus simple on profite de leur croissance et on stabilise leur poids et naturellement il s'affine, à la fin de l'adolescence c'est un peu plus compliqué. »

D'autres périodes clés au cours de la vie sont à identifier car elles peuvent être pourvoyeuses d'obésité. Il existe des populations à risque et des périodes charnières sur lesquels le médecin doit accorder une attention particulière. Comme des périodes de stress professionnel, l'arrêt du tabac, période de la vie génitale chez les femmes etc...

Entretien K

« Le problème c'est que les jeunes adultes, parce que ça se passe à cet âge, l'obésité elle survient à des épisodes de la vie génitale des femmes et elle survient à l'arrêt du tabac chez les hommes, à l'arrêt de l'activité physique au décours d'une blessure ou alors des troubles du comportement alimentaire à cause d'un changement de vie. Donc ça arrive généralement à des périodes de vie ou on va peu voir son généraliste, quand on parle de prévention. »

C – Un dépistage difficile :

Pourtant il est difficile de dépister l'installation du surpoids, en effet les patients ne consultent que rarement à cause de leurs surpoids.

Entretien A :

" La plupart des gens ne consultent pas par rapport à leur surpoids, c'est exceptionnel "

Néanmoins, les médecins soulignent l'urgence du dépistage car une fois l'obésité installée, le retour au poids physiologique semble difficile. Plus on avance dans l'âge, plus la maladie s'ancre et met à mal durablement la santé du patient.

Entretien G

« Et c'est le gros problème de l'obésité, à partir d'un certain niveau et notamment chez les adultes on ne peut plus rien faire. On peut quand même rééquilibrer l'alimentation, on peut quand même préconiser de l'activité physique, mais revenir à un poids physiologique ça c'est quasiment impossible. »

D – Organiser le suivi :

Une fois le surpoids diagnostiqué, Il est essentiel de prévoir une consultation dédiée pour en discuter. Le sujet étant complexe, il demande beaucoup de temps.

Entretien G

"Enfin en prenant quand même le temps de lui expliquer, c'est-à-dire sur une consultation dédiée. Parce que sinon en fin de consultation on n'a pas le temps."

Si le patient accepte, il faudra dès lors le suivre régulièrement. L'accompagnement étant une véritable clé de voute.

Entretien K

"Et c'est là où il ne faut pas avoir peur de multiplier les consultations. Moi j'ai toujours dit qu'il faut savoir remettre des consultations, 10 jours plus tard, 15 jours plus tard, il ne faut pas lâcher les gens et surtout pour des pathologies chroniques sournoises comme peut l'être l'obésité."

Le but du suivi étant de guider le patient et surtout d'entretenir sa motivation. Une fois en place, il est important de préserver le lien thérapeutique établi avec le patient.

Cependant les médecins pensent que les patients ne sont pas ou peu réceptifs à la prévention primaire. En conséquence, la consultation de prévention reste rare.

Entretien J

« Je trouve que socialement ce n'est pas encore trop passer, justement les gens ils viennent me voir en disant : je viens pas vous voir pour rien, mais de dire je vais voir le médecin dans cette idée de prévention : elle est quasiment inexistante dans la société »

Donc les médecins nous font ici part de leurs outils de dépistage comme le calcul de l'IMC et les courbes de poids dans le carnet de santé. Une fois le diagnostic de surpoids fait, il est essentiel d'organiser une prise en charge sur des consultations dédiées et un suivi régulier. Les médecins identifient des populations clés sur lesquelles focaliser notre attention en matière de dépistage : enfance, période de vie génitale chez la femme, arrêt du tabac, stress, etc... Pourtant, le dépistage est compliqué : car les patients ne consultent et pas forcément durant ces périodes ni par rapport à leur poids. Ceci entraîne un retard du diagnostic, souvent dramatique car une fois l'obésité installée, il est très difficile de revenir à un poids physiologique.

3 - Prise en charge:

A - Les grands axes

Les praticiens ont souligné quelques éléments incontournables de la prise en charge du surpoids. Il s'agit ici de moduler les facteurs extrinsèques pourvoyeurs d'obésité.

Promouvoir l'activité physique en fait partie :

> *Entretien G*
>
> *« Et puis d'autre part refaire le point sur son activité physique. Est-ce qu'il prend le temps d'avoir suffisamment d'activité physique soit un jour ou 2 ou 3 dans la semaine. Est-ce que tous les jours il à l'occasion de faire comme c'est conseillé un peu de marche 30 minutes par jour, et avec un effort un peu plus intense le week-end. »*

L'alimentation fait également partie des éléments clés. Le patricien doit être capable d'identifier les erreurs en termes d'alimentation pour conseiller le patient.

> *Entretien G :*
>
> *« C'est compliqué parce que beaucoup de gens ne savent plus ce que c'est que l'eau, nous on le voit dans la consultation de PMI, les enfants qui n'ont jamais bu d'eau. »*

Un des rôles majeurs du généraliste consiste aussi à expliquer au patient qu'il s'agit d'une maladie en lien avec un mode de vie. Nombreux sont ceux qui voit dans certaines thérapeutiques une solution miracle et durable.

> *Entretien F*
>
> « L'autre jour j'avais un patient qui me demandait mon avis sur le ballonnet qu'on met dans l'estomac et qu'on gonfle, j'ai dit mais non mais oubliez ça, c'est la solution de facilité, ça ne va pas régler le problème. Si vous voulez on s'en occupe mais je trouve que ça ne règle pas le problème comportemental et de mauvaises habitudes alimentaires et de changement drastique de mode de vie. »

Le retentissement psychologique a aussi été identifié comme une clé de la prise en charge de l'obésité. Il peut influer sur la genèse d'un problème de poids ainsi que sa résolution.

Entretien E

« Et après un truc que j'aborde (…) c'est aussi l'aspect psychologique. Je leur propose un régime mais je vois avec eux comment ça va, à propos du moral, au niveau du travail, n'hésitez pas aussi à aller voir un psychologue. Parce que si tu ne vas pas bien, tu n'arriveras pas à faire le régime, il y a très peu de chances que tu arrives à faire le régime. »

B - A chacun ses armes :

Les entretiens menés ont révélé qu'avec la pratique, chaque médecin a su développer avec le temps ses outils personnel ainsi que des astuces pour favoriser la prévention de la prise de poids.

Certain utilisent un agenda alimentaire.

Entretien F

« Je leur propose assez souvent de faire un agenda alimentaire sur au moins une semaine : de noter la totalité de ce qui mange des qui boivent en mettant les quantités approximatives qui se sont servis, s'ils ont mis du sucre dans le café, dans leur thé. »

D'autres ont développé, en regard d'une activité orientée plutôt pédiatrique, des techniques portées sur le visuel. Les enfants sont plus réceptifs aux images, il faut rester au plus près de la sensibilité des patients en face des médecins.

Entretien H

« Je ne sais pas si vous voyez ce que c'est l'assiette où on découpe dans l'assiette les parts que doivent représenter les légumes les protéines machin… ça je le fais même aux enfants vers les 10 12 ans, pour les impliquer aussi. »

L'utilisation des technologies développées sur smartphone permettent aussi d'accroitre l'accessibilité des repères pour les patients. Les applications apparaissent alors comme une aide simple que l'on a toujours avec nous.

Entretien E

« Il y a des trucs sur les smartphones : tu scannes le produit et ça te dit essayez dans le vert ou le rouge, il t'explique pourquoi, ça c'est pas mal par exemple. »

La téléconsultation prend aussi une place non négligeable. Elle permet de réduire la contrainte liée au déplacement et améliore dans une certaine mesure le suivi.

Entretien K

« Et la téléconsultation aussi. Il faut l'utiliser pour le suivi de l'obésité. C'est vraiment bien dans ce cadre. Ça évite du non-suivi du patient. On peut aussi imaginer des séances d'éducation thérapeutique en téléconsultation, des entretiens motivationnels. »

Certains médecins ont développé des compétences particulières en matière d'obésité. Les formations complémentaires font figure de pierre angulaire de la pratique des médecins généralistes.

Entretien E :

« Après pour le diabète j'ai un DU de diabète aussi. C'est pour ça que ça me paraît assez lié tout ça, je m'occupe des apnées du sommeil comme "A", le diabète et de l'obésité. Ces 3 trucs m'intéressent et je pense qu'ils sont liés quoi. »

C– L'entretien Motivationnel :

D'après les médecins interrogés, la motivation du patient semble être la clé de voute de la prise en charge. L'entretien motivationnel semble être un atout important.

Entretien D :

« Je pense que la vraie bonne solution c'est l'entretien motivationnel, c'est surtout motivé les gens à prendre conscience. Si le patient prend conscience et il est motivé, le plus gros du boulot est fait, ça sert »

Il permettrait d'éviter bien des écueils tant le sujet reste sensible.

Entretien D

« Selon la grande théorie de ceux qui font des entretiens motivationnels : on renforce les résistances, parler de surpoids pour quelqu'un qui en est sur un 3e échec de régime, et on n'est pas au courant, lui parler de son poids ça va lui casser les pieds et ça va encore plus lui baisser son estime de lui-même, sa motivation et lui faire encore prendre plus de poids »

Il faut garder à l'esprit que la motivation est fragile. Le médecin généraliste a pour rôle de l'entretenir. Ainsi, définir avec le patient des objectifs rationnels permet d'entretenir la motivation par le renforcement positif à chaque « petite » réussite. Cela donne au patient un élan vertueux renforçant positivement la motivation du patient.

Entretien G

« Il faut se fixer des objectifs petits si on ne veut pas que le patient soit complètement découragé. »

D- Compétence essentielle :

Au-delà des outils et des compétences techniques, les médecins soulignent l'importance d'élargir notre connaissance du patient afin de le prendre en charge l'individu dans sa globalité, sa culture et avec empathie. Il s'agit d'une compétence difficile à maîtriser en médecine générale.

Entretien A :

« Aborder la notion de régime dans une dimension qui est une dimension culturelle, une dimension affective de l'individu c'est drôlement dur. C'est sous-entendu un rapport à l'enfant, c'est un rapport à l'amour et ce qui sous-tend l'amour, un rapport à la culture. »

En effet prendre en charge le patient dans sa globalité fait partie des compétences essentielles de la médecine générale d'après le CNGE (25).

Au total, les médecins généralistes ont identifié des clés de voute dans la prise en charge du surpoids : l'alimentation, l'activité physique, le mode de vie et l'aspect psychologique. Chaque médecin a su développer ses outils (agenda alimentaire, imagé...) ainsi que des compétences parfois spécifiques à l'obésité (DU de nutrition). Mais avant, tous les

praticiens perçoivent la motivation comme centrale et évoquent l'utilisation essentielle de l'entretien motivationnel face au surpoids. Au-delà des outils et de l'aspect technique, les médecins soulignent l'importance de prendre en charge le patient dans sa globalité et de respecter son intégrité.

4 – Nécessitée de former les Médecins :

Nous avons observé une mise en difficulté des médecins face à l'obésité. Les médecins ont fait part d'un besoin de formation en matière de nutrition, pour être mieux préparer à cette problématique.

> *Entretien E*
>
> *On a une lacune de formation. Déjà à la fac on devrait former un peu plus les gens, pour pouvoir déjà proposer quelque chose. Parce que le patient si déjà il change un petit peu son alimentation il va grossir moins vite.*

Également concernant la prévention.

> *Entretien I*
>
> *Tout ce qui est préventif finalement on n'est pas bien préparé. Pas bien formé. Tout ce qu'on apprend on l'apprend sur le tas en fait.*

Une demande de formation sur les outils existants et émergeants a été identifiée chez les médecins, pour qu'ils puissent les intégrer à leur pratique courante.

> *Entretien D*
>
> *Ah j'aimerais bien quoi là si tu me disais la semaine prochaine je viens pendant une demi-heure pour présenter Obésiclic en détail je te dirai ouais trop bien*

Les médecins partagent le sentiment d'une lacune de formation en matière de nutrition et de prévention. Ils partagent aussi une volonté de se former à l'utilisation des outils existants dans la lutte contre le surpoids.

IV - UNE ORGANISATION EN RESEAU :

Il existe une complexité dans la prise en charge individuelle par les médecins, illustrés notamment par son vécu négatif, il apparait important de s'organiser en réseau, afin de faire face à cette problématique. C'est par ailleurs une des missions du généraliste, illustré par sa fonction de coordinateur de soins (25).

1 - Bien s'entourer :

A - Des structures essentielles

Face au phénomène de l'obésité croissante, le médecin généraliste se trouve vite submergé et impuissant devant une telle complexité. Le travail d'équipe devient dès lors une nécessité.

Entretien A :

« Il faut s'y mettre à plusieurs pour réussir à aider les familles. Ça c'est une certitude. »

A la lumière des entretiens, des structures essentielles sont mises en évidence dans la lutte contre l'obésité.

Toutes s'articulent autour d'un principe fondamental : le travail pluridisciplinaire. Le médecin généraliste va pouvoir s'appuyer sur ces différentes structures dans son exercice.

Les cabinets de groupe apparaissent comme une véritable force. La complémentarité des compétences de chacun est un réel atout.

Entretien E

« Nous on a la chance on a un cabinet à 4 médecins. Il y en a une qui fait un petit peu d'homéopathie. (…) Un collègue qui a un DU de gynéco, et moi je fais un petit peu d'apnée du sommeil et diabétologie quoi et obésité. Donc on peut m'adresser certains patients que je vois ponctuellement pour ça, comme moi j'adresse certain de patients à des collègues. Voilà c'est la complémentarité, le réseau. »

Les Maison de Santé Pluridisciplinaire présentent les mêmes qualités et ont en plus l'avantage de développer des programmes de santé publique. Elles apparaissent comme de

véritables pièces maîtresses dans domaine de la prévention et la prise en charge de maladies chroniques.

Entretien F

« En maison de santé, on essaye de mettre en place plein de choses. On fait un travail sur les écrans, sur les enfants, on a fait des choses sur les lombalgies chroniques.

On essaye de mettre en place à la maison de santé de l'activité physique adaptée. »

Elles permettent la réalisation de projet d'atelier d'éducation thérapeutique avec des patients sélectionnés.

Entretien F

« C'est ça avec des ateliers d'éducation thérapeutique en groupe. Tu prends une canette de coca et juste à côté tu mets le nombre de sucre que ça représente ça fait 11 morceaux de sucre dans une canette. Quand tu fais le parallèle les gens ils se rendent compte. »

Les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ont également été identifiées comme des structures essentielles en matière de dépistage du surpoids. Elles dépistent, dès la petite enfance, une prise de poids anormal et permettent d'instaurer une prise en charge et un suivi précoce.

Entretien G

« Voilà un petit peu ça, c'est un petit peu ce qu'on fait nous en pédiatrie, en PMI (Protection Maternelle et Infantile). Souvent on nous conseille de refaire le point avec les parents, puis après on les revoit 3 mois ou 6 mois après, et en cas d'échec on les oriente sur un réseau. »

Parallèlement il existe des centres d'endocrinologie ainsi que des réseaux de lutte contre l'obésité sur lesquels les médecins s'appuient pour orienter les patients. Ces réseaux mettent à disposition des équipes pluridisciplinaires.

Entretien B

« Je tâche de me faire appuyer par soit les hospitalisations en cliniques diététiques soit les réseaux et notamment par Apport santé où il y a toute une prise en charge dans les pathologies chroniques de l'obésité avec des ateliers, des formations proposées aux patients (…) avec un endocrinologue, une diététicienne, un moniteur d'éducation physique. »

B - Un réseau de professionnels :

Différents acteurs du corps médical ont été identifiés dans le réseau déployés par les médecins généralistes.

Le professionnel incontournable du réseau déployé par les praticiens est le diététicien. Jouant un rôle fondamental dans l'évaluation et les conseils concernant l'hygiène alimentaire des patients.

Entretien F

« Je propose diététicienne pour tout ce qui est prise en charge qualitative et quantitative alimentaire »

La coopération avec les infirmières Asalée est également un atout dans la prise en charge des patients en surpoids. Il s'agit d'une association proposant des services infirmiers spécialisés dans l'éducation thérapeutique.

Entretien K

« Alors à mon avis il faut vous installer dans des cabinets ou il y a des infirmières Asalée. Les infirmières Asalée elles aident énormément dans le suivi du DT1, dans le dépistage de la BPCO, dans le suivi des AVK... Il y a un transfert de compétences et ça marche très bien. Moi j'ai beaucoup travaillé avec elles et c'est super. »

Un véritable transfert de compétences a lieu, avec un apport en termes d'accompagnement et d'éducation alimentaire, voir même d'activité physique.

Entretien H

« Par exemple c'est elle qui va s'occuper de l'obésité (…) elle est formée pour ça. Donc ce sont des entretiens d'une heure, c'est gratuit pour le patient et elle voit avec eux : comment il mange, comment il devrait manger. »

Les kinésithérapeutes peuvent également aider les patients à reprendre une activité physique lorsque cela est nécessaire. Certains médecins n'hésitent pas à se mettre en lien avec eux pour aider leurs patients.

Entretien F

« J'essaye de prescrire de la kiné aussi (…) j'en parlais récemment avec un des kinés avec qui je travaille qui me disait qu'il y a des résultats parfois assez spectaculaires chez des gens obèses qu'il arrive à remettre petit à petit à faire une activité physique, qui les rassure par rapport à leur capacité. »

Enfin, les médecins rappellent l'aspect psychologique dans le développement de l'obésité. C'est pourquoi certains praticiens proposent aux patients une prise en charge chez un psychologue en parallèle.

Entretien E

« Je vois avec eux comment ça va, à propos du moral, au niveau du travail, n'hésitez pas aussi à aller voir un psychologue. »

Au total, les praticiens s'accordent sur la nécessité de s'organiser en réseau dans la lutte contre l'obésité. Ils identifient des structures essentielles dans ce réseau : cabinet de groupe, MSP, PMI ou encore réseau Apport santé. Le travail de groupe étant la clé, les compétences de chacun complétant celles des autres. De manière plus individuelle, ils identifient d'autres professionnels mobilisables dans le réseau de prévention de l'obésité : Kinésithérapeute, infirmière Asalée, psychologues et diététiciens.

2 - Lacunes du réseau:

A - L'importance du maillage :

La prévention de l'obésité n'échappe malheureusement pas au problème d'accès aux soins de notre médecine contemporaine. Les entretiens avec les médecins généralistes révèlent une grande disparité dans le maillage des professionnels. Certain praticien déclare être dans des régions très pauvre voir totalement dépourvue de réseau.

Entretien D

« Non je ne vais pas te mentir, je travaille essentiellement avec les diététiciens donc j'en ai qu'une seule ou on va dire 2 sur les communes ; 2 ou 3 sur les communes aux alentours donc j'en ai pas beaucoup dans le secteur »

Entretien D

« Je n'ai pas trop de réseau, je dirais qu'il n'y a pas de réseau. »

B – Un manque de clarté dans les réseaux :

Nous avons pu voir qu'il existe une multitude de professionnels auxquels le médecin généraliste peut faire appel dans la problématique du surpoids. Pourtant, un des freins dans la pratique est la difficulté à visualiser et à maîtriser l'ensemble du réseau disponible.

Entretien J

C'est pour revenir sur cette question du réseau : on sait qu'il existe des choses mais en fait c'est parfois dur de les utiliser au moment de la consultation ou de les mettre en pratique (…) Donc ce manque de connaissance de ce qui se fait, de ce qui existe est un peu dommage

Les médecins s'accordent à dire qu'il faudrait un outil simple, de partage des réseaux. Devant la charge de travail et de connaissance nécessaire à la médecine générale, un tel outil serait précieux.

Entretien G

Il faut avoir son réseau. Il faudrait peut-être un petit agenda avec tous les réseaux existants dans différents domaines parce que malheureusement on est débordé en médecine générale et on ne peut pas tout savoir.

C– *Lacune de* remboursement :

Par ailleurs, le réseau de prévention de l'obésité visualisé par les médecins semble être mis à mal par un souci de remboursement, compliquant l'accessibilité aux soins pour les patients.

La valorisation de la prévention est importante pour les praticiens libéraux. Cet exercice est perçu comme fastidieux. L'éducation thérapeutique est primordiale mais ne peut être rémunérée comme une consultation classique. Les médecins demandent une cotation plus incitatrice.

Entretien E

« Je trouve que pour les adultes il devrait y avoir pareil des cotations d'obésité. Parce que c'est long, à chaque fois tu y passes une demi-heure. Et encore plus pour les diabétiques. »

L'accessibilité au parcours de soin par le patient est tout aussi importante pour que la prévention soit bénéfique. Beaucoup de praticiens orientent vers une prise en charge diététique sachant que bien souvent les rendez-vous ne seront pas pris car non remboursés par l'assurance maladie.

Entretien J

« D'ailleurs j'ai quelques patients même adultes qui veulent un suivi pour le poids mais qui ne veulent pas aller voir un diététicien parce qu'il y a un coût. »

Comme pour les médecins, il faudrait homogénéiser la formation du corps para médicale, en particulier pour les écoles de diététique.

Entretien K

Le gros souci dans notre pays français, c'est que les consultations de diététique ne sont pas remboursées. Et pourquoi ? Parce qu'il y a une hétérogénéité des écoles de diététique.

Le financement de la prévention passe aussi par les ARS. En effet elles s'engagent à aider financièrement les regroupements de professionnels qui mènent des projets de santé public.

Entretien H

« Après, quand tu formes une maison de santé et qu'elle est vraiment labellisée maison de santé, l'ARS te donne des aides avec la CPAM et t'as des missions de santé publique à accomplir et il t'aide financièrement et il te guide un petit peu dans ce que tu dois faire aussi. »

Pourtant le réseau présente certaines failles. Son maillage est déséquilibré et les médecins nous font part d'une difficulté à visualiser l'ensemble du réseau disponible. Un outil permettant de clarifier le réseau disponible semble nécessaire. A cela s'ajoute une lacune de remboursement, compliquant notamment l'accès aux soins et l'exercice de la prévention.

V - POINT DE VUE DU GENERALISTE SUR LE PHENOMENE D'OBESITE CROISSANTE DANS LA SOCIETE:

1 - Problèmes liés à la vie moderne :

A - Alimentation à l'ère industrielle :

Selon les médecins généralistes la vie moderne, par de nombreux aspect, est pourvoyeuse d'obésité. Selon eux, la tendance actuelle est de cuisiner de moins en moins et d'avoir recours à des plats pré-préparés issues de l'industrie agro-alimentaire.

Entretien G

« Les gens se font de moins en moins à manger, ils utilisent beaucoup l'industrie agroalimentaire. Et donc rien que à ce niveau il y a beaucoup à faire. »

D'après ce médecin, la vision économique et la recherche du profit sur la vente de nourriture entraîne la production d'aliments de mauvaise qualité nutritionnelle, sans doute par

procédé agro-industrielle cherchant à réduire le cout de production. Cela pourrait également induire chez le consommateur une méconnaissance du produit et de sa véritable composition, source d'obésité.

Entretien C

« C'est plus rentable de vendre du plat rapide que du produit de saison. Cette vision économique de l'alimentation entraîne de la malbouffe en baissant la qualité des aliments, entraîne de la méconaissance chez les gens qui ne savent plus ce qu'ils mangent, et donc ça entraîne le surpoids et l'obésité qui en découlent. C'est indéniable. »

Il fait également le parallèle entre notre modèle économique de croissance et le mode de vie qui en découle, poussant à la surconsommation, ceci favorisant in fine l'obésité.

Entretien C

« Il y a peut-être, un peu comme dans le modèle économique, une envie de tout, il te faut tout : l'écran plat le plasma le ci le la, et donc pour manger, il va falloir manger manger manger, donc il y a un problème aussi dans la satiété. Les gens ont tendance à probablement trop consommer. »

En plus, l'effet du marketing utilisé par l'agro-industrie pourrait induire une méconnaissance alimentaire, poussant le consommateur dans de fausses croyances concernant la qualité des aliments qu'il achète.

Entretien E

« Parce qu'en plus les industriels ils mettent des trucs marqués en gros, bio, avec des céréales... Il y a clairement un leurre. Si on a une notion et bah on va dire attention il y a un piège, si on n'a pas de notion et bien c'est fini quoi. »

B - Sédentarité croissante lié à la technologie :

La sédentarisation croissante de la population est un facteur majeur d'obésité. En effet, nous passons de plus en plus de temps sur les écrans (smartphones, tablettes, ordinateurs...). Les médecins interrogés soulignent le rôle des écrans dans la sédentarisation de la population.

Entretien F

« Je me rappelle plus les chiffres mais c'est c'était assez impressionnant le nombre d'heures qu'ils passaient par semaine sur les écrans. Donc indirectement, s'ils sont sur les écrans ça veut dire qu'ils ne sont pas en train de de taper dans le ballon dehors où faire des tours à vélo. »

Fracturant la cellule familiale, les écrans favorisent l'isolement et du coup diminuent les activités de plein air.

Entretien G

« On n'a pas dit tout à l'heure mais ça peut être ça le dimanche aller jouer au foot avec ses enfants où aller faire du vélo avec ses enfants. Le sport famille. Parce que les écrans et les jeux vidéo malheureusement chacun joue dans son coin. »

L'avènement d'autres technologies accentue ce phénomène. Notamment, dans le domaine des transports, contribuant à réduire le temps de marche quotidien.

Entretien I

« Mais il y a déjà la sédentarité. Maintenant les gens ils ont des trottinettes électriques, ils font même plus l'effort de marcher. Déjà l'activité physique s'est un peu effondrée. »

D'après les médecins, la vie moderne est source d'obésité. D'un côté à cause de notre système de production et de consommation alimentaire, favorisant une nutrition de mauvaise qualité. D'un autre côté, l'avènement des technologies favoriserait la sédentarisation de la population.

2 - Proposition d'amélioration :

A - Place du médecin généraliste:

Le médecin généraliste occupe une place de pivot dans la prévention. Les praticiens perçoivent le médecin généraliste comme une sentinelle, ayant un rôle ascendant vers nos pouvoir publics. Il doit faire remonter l'information sur l'état de santé de la population, afin d'ajuster au mieux la politique de santé.

Entretien B

« On est là pour signaler qu'il y a un vrai problème. Je dirais ça c'est presque de l'épidémiologie, ensuite on est là pour identifier les points qui posent problème et ensuite charge à nos états et nos gouvernements à notre exécutif et entre autres à nos décideurs de mettre en place ce qu'il faut pour changer les choses. »

B – Encourager une alimentation saine:

Des initiatives nationales comme le Nutriscore apparu en 2016 ont pour but de faciliter la lecture de l'étiquetage alimentaire. Pour beaucoup, ceci marque une volonté de progression mais manque d'ambition.

Entretien F

« Il y a l'étiquetage avec le nutriscore il me semblait que ça allait dans le bon sens mais je trouve que ce n'est pas allé assez loin. Je n'ai pas l'impression que ce soit obligatoire

Pour les médecins, il faudrait aussi développer et faciliter l'accès à une alimentation saine.

Entretien C

Également améliorer l'accès aux bonnes choses donc entre guillemets, aux produits saints. Dans notre region, on a la chance d'avoir accès au pays d'Aubagne qui est un gros producteur de fruits et légumes, alors pourquoi pas créer le panier bio, les livraisons à domicile

Les marchés sont une source d'alimentation saine à promouvoir

Entretien G

Les marcher ça aussi on le dit à nos patients d'aller au marché, c'est quand même sympa. Puis les produits ne sont pas transformés. Alors on ne peut pas aller au marché partout mais il y en a quand même pas mal en France.

C – Vers une urbanisation plus saine:

L'agriculture urbaine, via les jardins partagés, permettrait de favoriser l'accès aux bons produits tout en permettant une activité de plein air en famille d'après ce médecin.

Entretien C

"Avec les gens de la cité avec l'association (…) la famille peut descendre une fois par semaine au pieds de la cité pour s'occuper de la zone réservée à leur immeuble, où ils avaient planté des tomates il y a 3 mois."

Des parcs au sein des villes est un réel atout pour promouvoir l'activité physique et la marche. Repenser la place de la nature au sein des villes peut avoir un véritable impact positif dans bien des domaines.

Entretien G

Tout ce qui favorise l'activité physique. Les parcs bien aménagés. Où on peut marcher et courir. Où il y a du matériel pour faire un peu de musculation on peut faire plein de choses. Ça donne des idées quand on voit les autres faire du sport, ça donne envie.

Faciliter les déplacements à pied ou à vélo au cœur des villes et limiter les déplacements en voiture, permettrait de dynamiser la population.

Entretien I

Donc je pense qu'aussi le moyen c'est de mettre des choses en place, pour inciter les gens à plus bouger quoi. Alors par la force des choses, dans les grandes villes les voitures vont être de plus en plus bannies, ce n'est pas mal.

D – L'école au cœur de la prévention :

Pour les médecins, l'école semble être une structure privilégiée pour dispenser des informations de prévention.

Entretien K

"moi je crois énormément en l'intervention de programme de prévention en milieu scolaire."

On peut imaginer des ateliers culinaires ou le but serait d'introduire de nouveau aliments, de faire découvrir de nouvelles saveurs. L'école pourrait fournir des notes d'information à ce propos à destination des enfants et de leurs parents.

Entretien C

« Alors dans l'école on peut te faire découvrir certains produits, (…) ça serait peut-être intéressant que les enfants aient des ateliers aussi de gastronomie. Avec des chefs, pas forcément étoilés, mais des restaurateurs locaux qui serait motivés par-la chose, et ce serait des ateliers de découverte des goûts, découverte des textures. Ça pourrait permettre aux parents aussi derrière de refaire ce genre de choses. »

Enfin les enfants pourraient être, eux-mêmes, acteurs de la prévention. Le soir une fois rentrés chez eux en partageant ce qu'ils ont appris avec leurs parents, qui pourraient à leurs tours adapter leurs comportements au sein du foyer.

Entretien A :

« Il faudrait réfléchir quels sont les messages audibles qui peuvent être relayés par les enfants. Parce que ça c'est super important que ça puisse être relayés par les enfants. »

Finalement, les médecins perçoivent leurs rôles comme essentiel dans la lutte contre l'obésité par cette position sentinelle qu'ils occupent. Ils proposent des solutions afin d'améliorer notre mode de vie. Dans un premier temps, améliorer la reconnaissance, la production et l'accès à une alimentation saine. Dans un second temps, ils imaginent un travail d'urbanisation pour promouvoir l'activité physique et les activités de plein air. Et enfin, ils replacent l'école au cœur de la prévention, par son caractère éducatif et son lien privilégié avec les enfants.

DISCUSSION:

I - DISCUSSION AUTOUR DES ATOUTS ET LIMITES DE L'ETUDE:

1 - Complexité et intérêt de l'étude

Le sujet que nous avons choisi est d'actualité. En effet, l'obésité et sa prise en charge ont suscité l'intérêt de nombreux chercheurs avant nous. Cependant, elle apparaît encore aujourd'hui comme un problème majeur de santé publique, échappant à tout contrôle, devant une épidémie toujours croissante.

Notre travail s'efforce, à travers la problématique de l'obésité, de replacer le médecin généraliste et la médecine de ville dans une nouvelle conception émergeante de l'exercice médical.

La réflexion ne se limitant pas au cadre du médical pur, mais intégrant le patient au cœur de son environnement et de la société, le regard des médecins généralistes était pertinent dans cette situation. A la lumière des retours d'expérience des médecins interrogés, la problématique dépassait effectivement le simple cadre de la consultation et intégrait une dimension politique et sociale.

Le point fort de notre étude réside dans le travail d'analyse et de synthèse d'une problématique complexe et vaste comme peut être l'obésité en cherchant à faire émerger de nouvelles perspectives. Le point de vue des médecins généraliste était ici pertinent.

Une des limites de notre étude est qu'elle n'aborde que succinctement la problématique de prévention tertiaire. En effet, nous avons volontairement fait ce choix car ici nous sommes déjà dans le cadre d'une obésité installée et notre recherche tentait plutôt de se focaliser sur la prévention primaire et secondaire permettant d'éviter d'arriver à ce stade de la maladie.

2 - Population de l'étude

La saturation des données a été atteinte dans notre étude au bout de 10 entretiens. Cela a été vérifié à l'aide d'un onzième entretien. Notre technique de recrutement par boule de neige n'a pas permis de pourvoir homogénéiser les profils de médecins interrogés. Nous avons tout de même bénéficié du regard de deux médecins nutritionnistes, enrichissant les témoignages avec

des profils plus spécialisés dans ce domaine. Un médecin travaillait également en PMI en plus de son cabinet.

Les critères de diversification observés de notre échantillon étaient :

- L'âge,
- Le sexe,
- La zone géographique d'exercice,
- L'ancienneté de l'installation en cabinet.
- Le type de cabinet

Concernant le sexe, notre échantillon était composé de 4 femmes pour 7 hommes. Il y avait un léger déséquilibre dans la parité.

La population étudiée était jeune. L'âge moyen était de 40ans. Nous avons eu la chance d'inclure des médecins plus âgés. Ceci a permis d'élargir les points de vue d'une part avec l'avis de praticiens nouvellement installés et d'autre part ceux qui apportaient le recul d'une carrière.

Les modes d'exercices étaient également diversifiés : 6 médecins étaient en cabinet de groupe, 4 étaient en cabinet seul, 1 en MSP.

Les villes d'exercices étaient de taille variable, s'étalant d'une population inférieure à 1000 habitants et allant jusqu'à des villes d'une population dépassant 800 000 habitants.

3 - Organisation du travail de recherche

Pour chacun des doctorants, ce travail de recherche était le premier travail en groupe sur le long cours. Ce travail sur deux années nous a permis d'apprendre à travailler ensemble. Nous avons appris chacun à trouver notre place au sein du binôme et à respecter celle de l'autre. Le travail en binôme nous a aussi permis de discuter et confronter nos aprioris sur le sujet tout au long de l'étude en engageant notre propre réflexivité sur la problématique.

A la vue des résultats de l'étude concernant l'importance de travailler en équipe dans le domaine médical, le travail de thèse en binôme s'est avéré réellement formateur dans une perspective de notre exercice futur de la médecine.

II - DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS DE L'ETUDE:

1 – Comment améliorer la prévention secondaire par le généraliste :

A – La stratégie de dépistage :

Dépistage précoce systématique :

Les entretiens réalisés ont révélé une difficulté et surtout un découragement des médecins dans la lutte contre l'obésité. Une fois installé, prendre en charge une obésité est une entreprise compliquée tant il est rare de revenir à un poids physiologique d'après les généralistes interrogés.

Afin d'éviter d'en arriver à ce stade de chronicisation, le médecin généraliste doit porter une attention particulière au dépistage et à la prise en charge précoce du surpoids. Son champ d'action majeur réside donc en la prévention secondaire.

L'outils de dépistage est le calcul de l'IMC (29). Il est important de la calculer systématiquement et de surveiller son évolution au cours de la vie du patient. Un carnet de santé pour adulte avec des courbes d'IMC serait un outil précieux qu'il faudrait développer.

Stratégie de dépistage

Il existe des époques clés de la vie où le médecin généraliste doit porter une attention particulière.

A l'unanimité, l'enfance est retrouvée comme charnière, d'autant plus que le pool d'adipocyte acquis pendant l'enfance est déterminant car il fait le lit de l'obésité éventuelle à l'âge adulte (38). Les résultats de prise en charge sont plus satisfaisants que chez les adultes et le dépistage est aussi plus aisé grâce au carnet de santé permettant un suivi, aux consultations de vaccination et au certificats obligatoires (39). Ce dépistage est également encouragé par la caisse d'assurance maladie grâce une tarification pour la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité (40).

D'autres populations à risque sont à considérer : événement de la vie génitale chez la femme, arrêt du tabac, dépression et difficultés psychologiques, stress professionnel, diminution du temps de sommeil (41).

C'est sur ces populations que le médecin doit concentrer son énergie en matière de dépistage. Pourtant, comme l'ont rapporté les généralistes au cours des entretiens, les patients ne

consultent pas devant un surpoids débutant ou durant une période à risque, entraînant un retard diagnostic, compliquant alors la prise en charge.

Dès lors, une réflexion sur une stratégie de dépistage afin d'éviter tout retard de prise en charge, semble nécessaire.

Il serait intéressant d'identifier également quelles sont les populations à risque d'obésité pour améliorer la vigilance des médecins sur ces profils.

B – Assurer la prise en charge

Le médecin, en mettant en évidence un surpoids chez un patient, pose un diagnostic. Ayant posé un diagnostic, il se doit d'apporter, soit une prise en charge, soit orienter son patient vers quelqu'un qui pourra le prendre en charge.

Même si dans l'imaginaire collectif, le poids est rattaché à la responsabilité de chacun, et le surpoids comme un état plutôt qu'une maladie, les médecins doivent combattre cette idée (42). Déjà, la HAS le considère le surpoids comme une maladie à part entière (14).

Par conséquent une fois le diagnostic posé, il est essentiel d'organiser une consultation dédiée, comme toute autre maladie, puis un suivi.

La difficulté rencontrée par les médecins réside dans les options thérapeutiques et l'orientation du patient. En effet, les médecins ont fait part de leur sentiment de manque de compétences dans ce domaine. Déjà en 2005, une étude montrait que plus de 75 % des médecins sont persuadés avoir un rôle dans la prise en charge de l'obésité mais plus de 50 % pensent ne pas disposer des compétences nécessaires (43).

C - Un outil clés : L'entretien motivationnel

Les médecins interrogés ont mis en avant l'entretien motivationnel dans l'approche de l'obésité.

En effet, devant une difficulté à engager le sujet auprès des patients, à susciter leur motivation et devant l'échec des stratégies de restriction alimentaire, l'entretien motivationnel (EM) semble être une alternative porteuse d'espoir.

Fondamentalement, l'EM cherche à mettre en évidence l'ambivalence que le patient entretien avec le changement : " je sais que je devrais changer … Mais en même temps je continue

de le faire parce que... ” L’ambivalence est source d'immobilité, et à travers l’EM, le médecin va l’explorer sans jugement, pour stimuler la motivation au changement.

L’EM considère que la motivation est un processus interpersonnel, produit d'une interaction entre personnes. Le médecin, selon son attitude, peut influencer cette motivation dans une direction ou une autre. Le principe étant de laisser la motivation intrinsèque du patient s’exprimer comme étant le seul moyen d’obtenir un changement de mode de vie durable.

L’EM repose sur les idées de partenariat, de non-jugement, d’évocation et altruisme (44). Ces règles sont essentielles si on veut éviter toute rupture du suivi. Cette approche est en accord avec les missions et compétences essentielles des généralistes identifiées par le CNGE : relation, communication et approche centrée sur le patient (25).

Par ailleurs, cette attitude se retrouve dans les conseils du Groupe de réflexion sur l’obésité et le surpoids (GROS). Ce groupe estime que la prise en charge des comportements alimentaires ne peut pas passer par une stratégie stéréotypée mais plutôt par une stratégie individuelle (45). Une revue de la littérature a en effet retrouvé l’efficacité de l’EM en comparaison d’une approche classique dans le cadre de l’obésité (46). Une autre étude réalisée sur les chauffeurs de poids lourds, largement touchés par cette problématique, a aussi confirmé son efficacité (47).

Dans le cadre d’une obésité installée, l’objectif doit être d’obtenir une stabilisation ou une légère perte de poids pour être durable. C’est ce que préconise l’approche de l’EM et c’est l’avis de médecins interrogés, en accord avec la littérature scientifique, « Les spécialistes de l’obésité recommandent donc aujourd’hui de renoncer à prescrire des régimes, revoient les objectifs de traitement en visant une stabilisation, puis une perte de poids très modérée. (48) » Déjà, une perte de 5% du poids, permet une nette amélioration sur le plan métabolique et cardio-vasculaire. Une fois cet objectif atteint, il faut le maintenir sur le long terme avant d’envisager d’en perdre plus (49).

Au-delà d’un savoir être, il s’agit de véritables compétences, nécessitant une formation complémentaire. Une formation à cet outil pourrait être une piste à envisager pour la pratique des généralistes.

2 – Transition du mode d'exercice:

Les résultats de notre étude ont permis de mettre en évidence une réelle nécessité de transformation du mode d'exercice des médecins de ville. Il semblerait que les pratiques actuelles ont besoin de se moderniser afin de répondre au mieux à la demande de soin.

A – S'organiser pour travailler en groupe :

Le travail en groupe apparaît comme un point fort dans la lutte contre l'obésité :

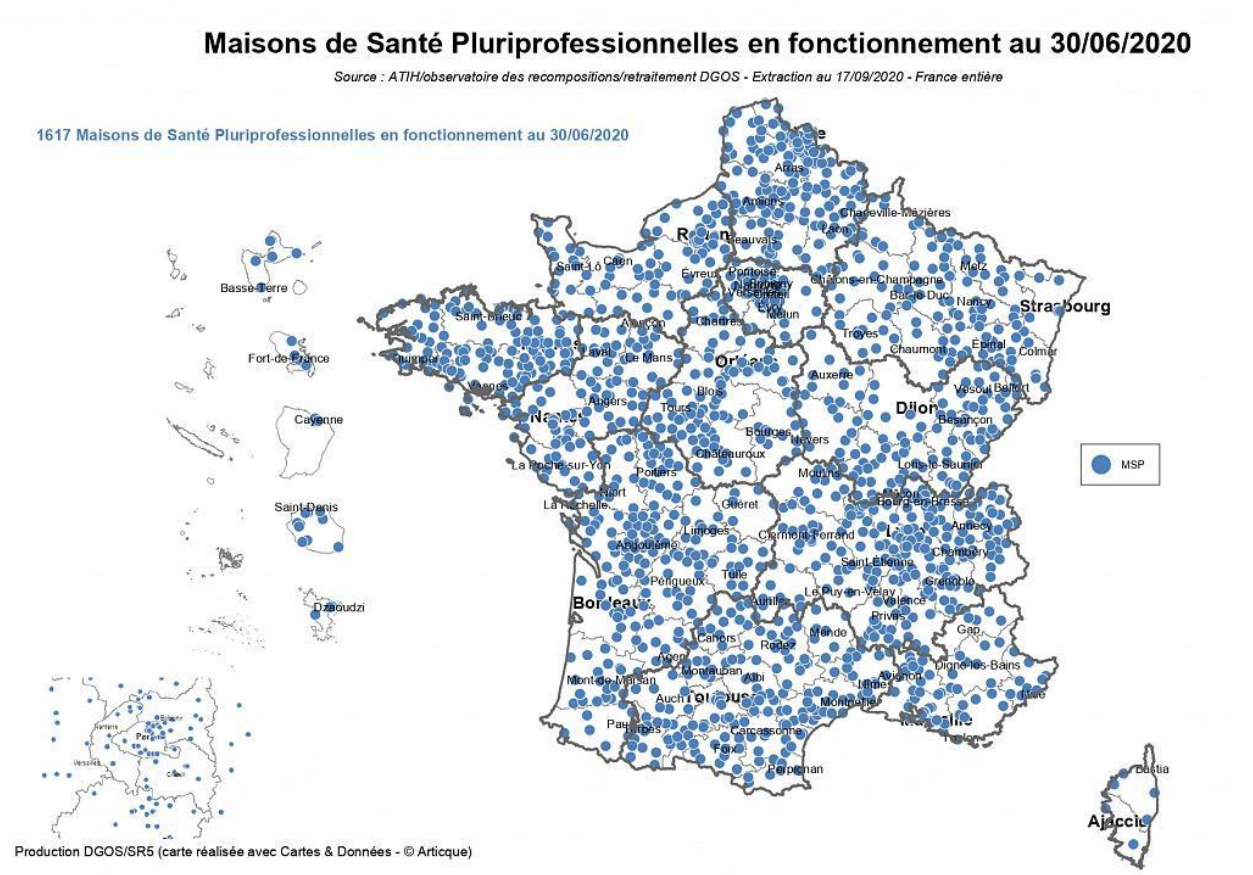
Par la création de nouvelles structures :

Parmi les médecins interrogés, nous avons pu remarquer deux discours : d'un côté les médecins installés seuls, dans des zones de faible densité médicale, et d'un autre côté les médecins installés en cabinet de groupe. L'isolement médical était synonyme de véritable difficulté face à la problématique de l'obésité.

En contrepartie, les médecins travaillant en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) ou cabinet de groupe, étaient beaucoup plus à l'aise face à cette problématique. En effet, ces cabinets regroupant différents professionnels de santé permettent un partage de la charge de travail et surtout un partage des compétences, comme étant un atout majeur.

Les MSP se sont dévoilées être des structures capitales en matière de prévention. Fondamentalement pluri-professionnelles, elles regroupent des professionnels de santé médicaux, des sages-femmes, des IDE, des MKDE... Le principe étant un travail coordonné autour d'un projet de santé avec des subventions financières de l'assurance maladie (50).

En 2020, la France compte plus de 1600 MSP en fonctionnement et plus de 400 en cours d'installation. Elles ont pour objectif de pallier l'exercice isolé de la médecine. La stratégie « Ma santé 2022 », annoncé en septembre 2018, a fixé un objectif de doublement des MSP et de centres de santé pluri-professionnel d'ici 2022 (51). Ceci marque une volonté de changement.



(52)

Ces nouvelles structures naissantes ont la vocation d'une meilleure approche des pathologies chroniques en regroupant leurs efforts. Cette réorganisation est prometteuse et vient compléter les structures déjà opérantes comme les PMI. Les structure PMI apparaissent comme un atout majeur dans le paysage de la prévention de l'obésité. Elles assurent une prise en charge éducative et préventive de la mère et de l'enfant. La période d'accompagnement (pré-conceptionnelle à la 6ème année de vie de l'enfant) est primordiale tant la prévention est efficace à ces âges-là.

B - Le partage des compétences :

Pour être efficace, les tâches doivent être mieux réparties au sein de ces structures. Il faut savoir déconstruire la hiérarchie préexistante, plaçant le médecin au sommet de la pyramide.

Des structures associatives l'ont bien compris. C'est le cas du réseau « Asalée », évoqué par une des médecins interrogés. Il s'agit d'un réseau infirmier spécialisé dans l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Il permet la mise en place de protocoles de coopération entre infirmier et le médecin dans les pathologies chroniques. Les infirmiers ont des dérogations dans la prescription et dans certains soins. Ceci concourt à mieux répartir la charge de travail pour que chacun se concentre sur ses domaines de compétences (53).

De manière générale, il serait intéressant de développer ce mode d'exercice et d'horizontalisation des responsabilités dans la pratique de la médecine.

La plateforme territoriale d'appuis « Apport santé » est un autre exemple de ce réseau associatif. Elle a vu le jour en 2016 au sein du département des Bouches du Rhône (54).

C - Favoriser la communication :

A la lumière de nos résultats il s'avère que la communication entre professionnels occupe une place centrale dans la pratique. Certains praticiens interrogés ont suggéré la création de plaquette d'information, renseignant sur les coordonnées et les domaines de compétences de leurs collègues. Cet outil permettrait une meilleure communication avec le réseau de proximité et donc une lecture plus simple pour le patient sur son parcours de soin.

Outil numérique :

A travers ce travail de recherche, il semble qu'un outil simple manque à la pratique des médecins généralistes. Cela pourrait être un support numérique pour faciliter la mise en réseau des professionnels de ville.

Le support serait une aide à l'orientation du patient par les médecins généralistes, vers les professionnels de santé adaptés. Il consisterait en un annuaire intelligent où les professionnels inscrit seraient répertoriés selon leur spécialité et leur champ d'activité. Ces derniers s'engageraient à adhérer une prise en charge adapté avec l'éthique de l'application. Cette connaissance plus précise du domaine de compétences des professionnels permettrait une orientation de meilleure qualité.

Ainsi les médecins généralistes auraient à disposition un annuaire les guidant sur le réseau qui les entourent et les différentes options de prise en charge s'offrant au patient devant une problématique donnée. Ceci permettant une meilleure coordination du soin.

Les spécialistes et autres professionnels de santé quant à eux auront une orientation de qualité en accord avec leur pratique.

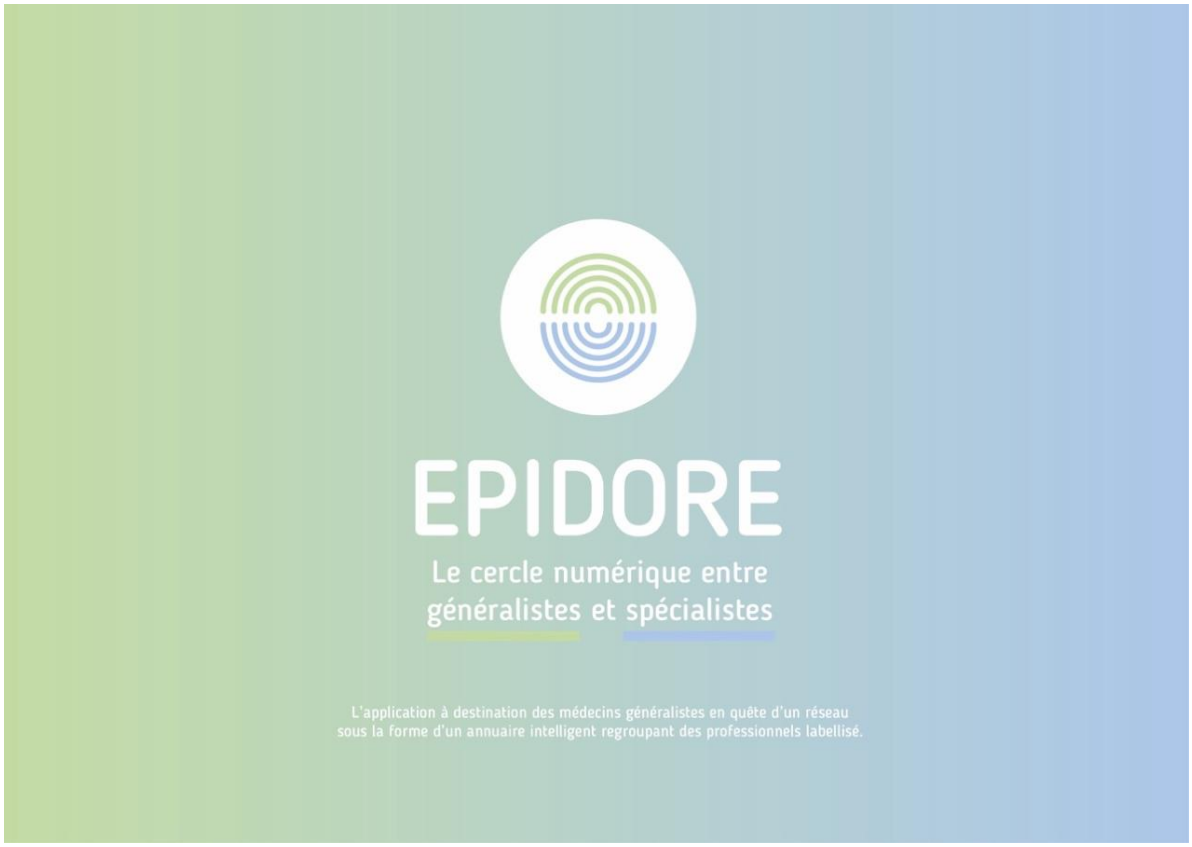
Enfin, le patient aurait un parcours simplifié et pointu sur sa pathologie.

L'intérêt du support serait donc double : une orientation plus adaptée à la pratique des professionnels et une meilleure connaissance du réseau existant par les praticiens.

Les thèmes abordés seront principalement médico-sociaux car souvent complexes et source de difficulté d'orientation pour les médecins généralistes. L'obésité fait partie de ces thèmes ou une prise en charge pluridisciplinaire spécifique est nécessaire. Par la suite, d'autres thèmes pourraient être ajouter au support.

Pour garantir une qualité dans les informations proposées par le support, on pourrait imaginer une surveillance pas une commission de professionnels. Cette commission aurait pour but de traiter les nouvelles inscriptions et les répertorier selon leurs thématiques. Ainsi serait écarté tout démarchage commercial.

Une ébauche de cet outil est ici proposée sous forme de visuel. Le support s'appellerai EPIDORE, en référence au théâtre d'Épidaure en Grèce. Le parcours utilisateur de l'application est disponible en Annexe 3 et la chartre en Annexe 4.


EPIDORE
Le cercle numérique entre
généralistes et spécialistes
L'application à destination des médecins généralistes en quête d'un réseau
sous la forme d'un annuaire intelligent regroupant des professionnels labellisé.

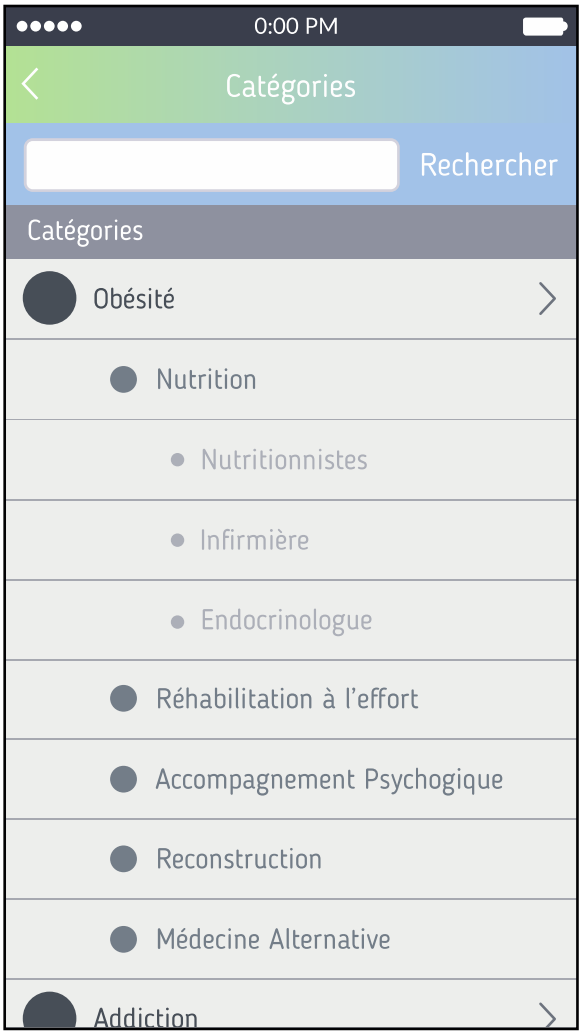
Le support s'ouvrirait, après connexion, sur une fenêtre à choix multiples.

De là, le médecin aurait la possibilité, en cliquant sur « Mon Profil », d'agrémenter son profil et les informations sur sa pratique et son adresse. Ces informations pourraient être modifiées si besoin.

Les informations retrouvées à cette étape devront être synthétiques et claires afin d'identifier rapidement la pratique spécifique du praticien.

On peut imaginer aussi des informations pratiques comme le mode de remboursement.

Recherche sous-catégories

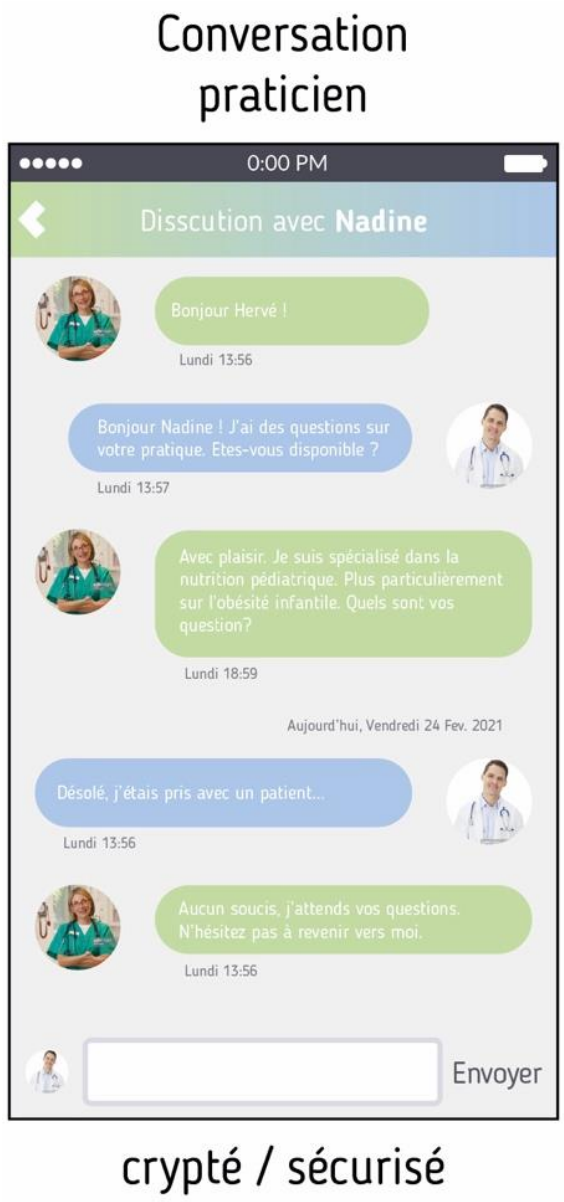


En cliquant sur « Ma Recherche », le praticien va entamer une recherche dans la base de données de professionnels inscrits sur EPIDORE. Il lui sera proposé un panel de catégories comme Obésité, Addiction, Sexualité…

Les catégories s'ouvriront sur des sous-catégories affinant ainsi la recherche.

Recherche praticiens / liste

A l'issue de la recherche, l'application nous donnerait une liste de professionnels sélectionnés, en indiquant dans quel périmètre ils se trouveraient par rapport au médecin orientant.



Les médecins auraient la possibilité de parcourir la fiche profil de leurs confrères et même de pouvoir communiquer avec eux pour des informations complémentaires.

Cette messagerie serait privée et crypté de manière à assurer la sécurité des informations partagées.

D - Évolution du remboursement :

Il nous paraît important d'évoquer ici l'incidence du mode de remboursement des prestations médicales dans le cadre de la prévention de l'obésité. On a évoqué plus haut l'utilité du changement dans l'organisation des soins pour les pathologies chroniques. Des études récentes montrent que le passage de la tarification à l'acte à celui de forfait pour ces pathologies, serait bien plus valorisant pour les médecins et les patients (55). Ce système est actuellement en cours de réforme et fait partie du plan « Ma santé 2022, un engagement collectif » et prévoit le financement en forfait de deux pathologies : la diabète et l'insuffisance rénale chronique.

Aussi, il nous semble important d'évoquer la nécessité du remboursement de la consultation diététique. Encore aujourd'hui non reconnue par la sécurité sociale, son non-remboursement est le frein à l'accès aux soins pour beaucoup de patients. Selon les médecins interrogés, l'origine de ce problème pourrait être une absence de formation consensuelle des écoles diététiques et un alignement sur les enseignements permettrait peut-être une reconnaissance financière de la profession par le ministère de la santé. Il serait intéressant d'effectuer un travail de recherche sur cette question afin de proposer des pistes d'amélioration.

3 – Repenser notre mode de vie :

Notre étude a révélé l'importance d'une transition de notre mode d'exercice afin d'optimiser la prévention secondaire déjà en place.

Pour développer une prévention secondaire efficace et durable, améliorer la prévention primaire semble capitale. Notre mode de vie est au cœur de cette réflexion. Les médecins ont identifié différents point clés au cours des entretiens.

A- La prévention au sein des écoles :

Au cours de l'étude, beaucoup de médecins ont identifié l'enfance comme la période idéale pour développer des mesures de prévention et l'école, comme une pierre angulaire dans ce domaine. En effet, l'école réunit des individus à un âge où les résultats de la prévention de l'obésité sont très encourageants. Notons qu'en France la scolarisation est obligatoire jusqu'à 16ans.

De nombreuses actions de prévention ont déjà été conduites en milieu scolaire : conduite addictive, tabac, sexualité… Les médecins estiment que, développer des programmes de prévention en milieu scolaire et des programmes d'éducation alimentaire avec l'éducation nationale, pourrait avoir un impact bénéfique sur l'obésité. Cette hypothèse corrobore les résultats d'une étude sur l'efficacité de programmes de prévention en milieu scolaire menée sur 24 lycées de Lorraine entre 2006 et 2009 (56).

En France et dans d'autres pays à travers le monde, des mesures ont déjà vu le jour. En 2005, il a été décidé de retirer les distributeurs automatiques présents dans les écoles, en accord avec les directives du PNNS 2 (57).

D'autres initiatives sont recensées dans les cahiers des PNNS, s'intéressant à l'activité physique dispensée lors des cours d'EPS ou à l'éducation nutritionnelle distillée au sein des programmes scolaires. Depuis le premier PNNS en 2001, on dénombre de plus en plus d'actions scolaires, soit ponctuelles, soit qui agissent sur la transmission d'information et d'apprentissage de la nutrition à long terme.

Cependant, des études chargées d'évaluer l'efficacité des plans scolaires mis en place, ont montré une part d'échappement au programme. Peut-être qu'il est nécessaire de poursuivre les actions en cours mais surtout il faut, bien entendu, développer d'autres mesures en parallèle (58).

B – Repenser notre urbanisation :

Au cours de notre étude, l'hypothèse d'un lien entre urbanisation et obésité a été avancée par les médecins généralistes, notamment dans la lutte contre la sédentarité.

En effet, la vie citadine regroupe à elle seule plusieurs problèmes. Tout d'abord, l'agencement des transports a réduit considérablement l'activité physique. Le transport actif qui est défini par la marche ou le vélo au quotidien comme moyen de transport en opposition à la voiture ou les transports en communs. Des études américaines ont montré que chaque heure passée au volant de l'automobile augmente de 6% la probabilité d'être obèse, tandis que chaque kilomètre marché, réduit cette probabilité de 4,8% (59). L'importance des transports actifs est à mettre en relation avec la « marchabilité » des quartiers. En effet, une urbanisation favorisant les transports actifs par des trottoirs larges et des distances réduites augmente l'activité physique quotidienne des habitants.

Dans les zones urbaines, les jardins partagés, évoqués au cours des entretiens, sont également un moyen de favoriser une activité de plein air et de promouvoir une alimentation saine. C'est ce que suggère également une études qualitative menée sur les jardins partagés de Paris (60). Phénomène croissant ces dernières années, ils fleurissent dans notre environnement (61).

En proposant aux habitant d'un quartier de venir cultiver la terre en bas de leur immeuble, un espace de socialisation et d'apprentissage de techniques d'agriculture apparaît. Il permet une sensibilisation aux produits frais de saison et à l'élaboration de recettes. L'alimentation à base de

produits frais reprend par conséquent de l'importance dans les foyers urbains éloignés de l'agriculture.

Enfin, il faut aussi comprendre que l'urbanisation prend en compte l'offre alimentaire. Elle agit sur l'obésité par la façon dont les habitants d'un quartier ont accès à des produits frais, sains et bon marché à proximité de leur domicile afin de pouvoir les utiliser pour leur alimentation quotidienne. Ainsi, une offre faite majoritairement de chaines de restauration rapide aux dépends de marchés voire de supermarché est un facteur favorisant l'obésité au sein d'une aire urbaine (62). Les pouvoirs publics pourraient avoir un rôle à jouer sur ce terrain.

C- Alimentation et marketing :

Les médecins interrogés ont désigné la mauvaise qualité de l'alimentation, comme étant la principale cause d'obésité à l'heure actuelle.

Les produits transformés et sucrés inondent les rayons. La demande est forte tant l'addiction est importante (63). Les gens prennent moins le temps de se faire à manger (64). Ils ont recours à l'industrie agro-alimentaire, proposant des produits à des prix défiants toute concurrence grâce aux progrès de la chimie et de l'agro-industrie.

Aujourd'hui, ces produits sont au cœur de polémique de santé publique, étant désignés comme de grands pourvoyeurs de maladies cardio-vasculaires, d'obésité et de troubles métaboliques comme le rapporte le documentaire "La grande malbouffe" de Martin Blanchard et Maude Gangler paru en 2020 (65). Une remise en question de notre système de production alimentaire est au cœur de la problématique de l'obésité

Au milieu de cet univers alimentaire transformé complexe s'ajoute un deuxième facteur obésogène : le marketing.

Utilisé par les industries agroalimentaires pour faciliter la vente de leurs produits à un large public, il est souvent pointé du doigt comme favorisant la surconsommation et donc constitue la genèse de l'obésité. Derrière ce terme, il existe en réalité quatre notions favorisant la vente : le prix, la publicité, le packaging et le lieu de distribution (66).

Sur la fin du XXème siècle, le prix des produits frais a sensiblement augmenté tandis que les produits transformés et ultra-transformés ont, quant à eux, diminué considérablement (66). Ceci nous amène aujourd'hui à avoir dans nos assiettes un ratio coût/calorie sans précédent.

La publicité est un moyen majeur dans la diffusion du produit (67). Elle est si forte qu'elle a dû être réglementée dans certains pays. Ainsi, la publicité en direction des enfants est interdite en Suède depuis 1991, en Norvège depuis 1992 et au Québec depuis 1980 (68).

Développer un regard critique sur cette facette de notre société devient un véritable atout face à l'obésité.

Pour favoriser cela, les pouvoirs en santé ont défini depuis 2001 les PNNS, campagne de prévention regroupant des recommandations ainsi que des outils d'aide à l'alimentation. Ils concernent tout le circuit alimentaire : Des normes appliquées aux agriculteurs jusqu'au consommateur en passant par les industriels et les distributeurs.

En 2016, le PNNS introduit le « Nutriscore ». Il permet de nous guider sur la qualité alimentaire des produits que nous achetons grâce à un code couleur et de lettres allant de A à E (69).

Actuellement, il reste facultatif pour les entreprises agroalimentaires comme l'ont rapporté les médecins généralistes interrogés.

D'autres moyens existent pour guider le consommateur dans le choix de ses aliments, c'est par exemple le cas de l'application « YUKA », crée en 2016 (70). L'objectif de cette application est de scanner le produit avec son téléphone pour obtenir une note et des informations sur la qualité du produit en termes d'impact sur la santé.

Il est important de poursuivre une réflexion sur la manière de développer ces outils et de les diffuser, afin de venir en aide aux patients dans ses choix alimentaires.

D- Modèle économique de croissance remis en cause :

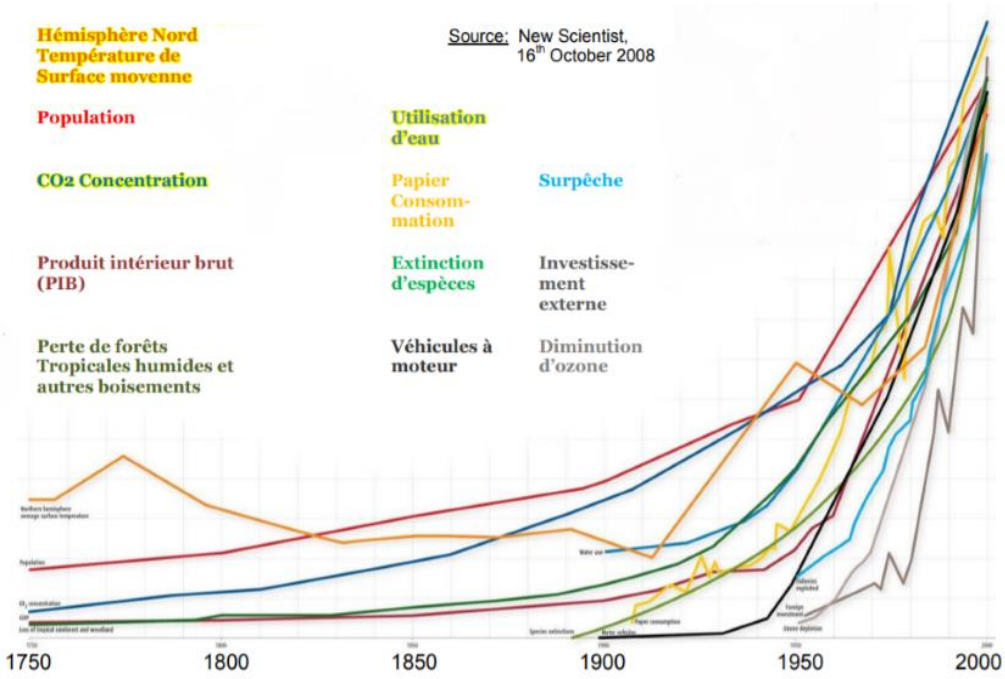
Au cours de l'étude, les médecins ont émis l'hypothèse d'un lien entre le modèle économique de croissance et l'obésité.

La croissance économique désigne le développement de la production de biens et de services, permis par la révolution industrielle, l'utilisation de ressources énergétiques et naturelles grâce au progrès technique.

Il semble qu'elle puisse avoir un effet positif mais aussi négatif sur la nutrition. La notion de balance bénéfice / risque est à considérer.

En effet, sur les cinq dernières décennies, les taux de dénutrition et d'insuffisance pondérale chez les enfants ont sensiblement diminué (71). Elle a aussi été bénéfique à d'autres domaines, notamment celui de la santé et a permis une progression du niveau de vie générale, des salaires moyens, du taux d'alphabétisation etc. (72)(73).

En contrepartie, le nombre de personnes en surpoids a maintenant dépassé le nombre de personnes sous-alimentées. La mondialisation a modifié nos habitudes alimentaires. La qualité nutritive de notre nourriture diminue alors que la quantité énergétique augmente. Une nouvelle forme de malnutrition voit le jour (74). A cela s'ajoute le coût environnemental qu'elle engendre. Une étude du New Scientist retrouvait un lien entre la croissance du PIB, la démographie, l'utilisation de véhicules à moteur, la pollution, etc...



(75)

Il serait intéressant de voir si l'obésité est-elle aussi positivement associée à ces paramètres environnementaux.

Environnement et santé étant intimement liés, il serait également intéressant d'identifier l'impact des perturbations de notre environnement de vie sur d'autres paramètres de santé.

CONCLUSION:

Les médecins ont conscience que l'obésité et sa prévention sont les défis de notre époque. Dans ce domaine, la motivation du patient et du soignant sont primordiales. Pourtant, elles semblent s'émousser devant les échecs multiples. En effet, si le surpoids n'est pas pris en charge de manière précoce, le retour à un poids physiologique est rare.

De fait, la place stratégique du médecin réside en la prévention secondaire : dépistage et prise en charge précoce d'un surpoids. Le retard diagnostic pouvant être fatal. L'évolution de l'IMC semble être l'outil de dépistage clés. Néanmoins, il reste important de définir une stratégie de dépistage, ciblant les personnes à risque et les périodes de vie charnières.

L'entretien motivationnel, par son approche centrée patient et altruiste, est perçu comme un outils clés. La littérature scientifique confirme son efficacité dans de nombreux domaines dont le surpoids. Préparer les médecins à cet outil pourrait répondre à ce besoin de formation dont ils nous ont fait part. D'autres formations sont aussi à envisager.

Aujourd'hui, notre mode d'exercice est en pleine mutation pour s'adapter au mieux aux pathologies chroniques. Le travail d'équipe ainsi que le partage de compétences apparaissent indispensables dans la lutte contre l'obésité.

Pourtant, si le travail en réseau reste essentiel, il existe des disparités dans ce dernier.

A travers notre travail, une vision claire du réseau de soin nous a semblé importante. Nous avons imaginé un outil numérique pour répondre à ce besoin, sous forme d'un annuaire intelligent. Contribuant à aider les généralistes dans leur mission de coordinateur de soins ainsi qu'à une meilleure connaissance du réseau existant. Son utilisation pourrait aussi être étendue à d'autres problématiques médico-sociales.

Dans une perspective d'amélioration de la prévention primaire se pose aussi la question de notre mode de vie actuel, pourvoyeur d'obésité. Les médecins perçoivent le rôle éducatif de l'école comme central dans cette perspective. Ils repensent également notre système alimentaire, notre rapport à la technologie ainsi que l'urbanisation de nos villes. Questionner notre mode de vie, son impact environnemental et in fine, son impact sur notre santé, semble nécessaire.

Aujourd'hui, nous comprenons que notre mode de vie influence aussi l'expression de nos gènes via le système l'épigénétique, impliquant alors la responsabilité de chacun au cœur de sa santé et celle des générations futures. Dans la "symphonie du vivant" Joël De Rosnay propose un nouveau modèle médical en adéquation avec ces découvertes, une médecine à 4 P pour

Préventive, Personnalisé, Proactive et Participative (76). Même si ce modèle semble encore utopiste, c'est pourtant, comme l'entend Dr. C, l'essence même du métier de médecin généraliste.

Entretien C :

" Je veux soigner le problème, mais mon but c'est d'éviter qu'il y en ait. C'est toute l'essence de mon métier de médecin généraliste. Je suis là pour prévenir. "

BIBLIOGRAPHIE:

1. Consultation on Obesity, éditeur. Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale ; rapport d'une consultation de l'OMS ; [Consultation OMS sur l'Obésité, Genève, 3 - 5 juin 1997]. Genève: Organisation Mondiale de la Santé. 284 p. (OMS, série de rapports techniques).

2. OMS | L'obésité et ses conséquences [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 2 mars 2021]. Disponible sur : https://www.who.int/bulletin/volumes/90/8/12-040812/fr/

3. 2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-_sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-_ 0 9/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf

4. Zins MZ. The Constances cohort. Eur J Public Health. 1 nov 2019;29(Supplement_4):ckz185.548.

5. Rapport8_sante_web.pdf [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: https://leppm.enap.ca/leppm/docs/Rapports_sante/Rapport8_sante_web.pdf

6. Basdevant A, Guy-Grand B. Chapitre 5 : Origines des obésités. Paris : Médicine-Sciences Flammarion ; 2004.

7. DGOS. Obésité : prévention et prise en charge [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/priorite-prevention-les-mesures-phares-detaillees/article/obesite-prevention-et-prise-en-charge

8. Wainsten JP, Bros B, Dufour C, Huas D. Introduction aux fonctions du médecin généraliste. Exercer mars avril 1992 ; 16 : 4-6.

9. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé Publique. 2008;20(5):489-500.

10. OMS | 10 faits sur l'obésité [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/features/factfiles/obesity/fr/

11. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

12. L'obésité, un phénomène en pleine explosion dans les pays en développement. Le Monde.fr [Internet]. 3 janv 2014 [cité 2 mars 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2014/01/03/l-obesite-un-phenomene-en-pleine-explosion-dans-les-pays-en-developpement_4342775_1651302.html

13. OMS | Maladies chroniques [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

14. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours

15. Masson E. Obésité de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. EM-Consulte. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/221340/obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent

16. Epigénétique [Internet]. Inserm-La science pour la santé.[cité 2 mars 2021]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/epigenetique

17. Génétique et épigénétique de l'obésité. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. oct 2004;17(7):387-9

18. Ziegler O, Quilliot D, Guerci B. Physiopathologie de l'obésité. 2021;61:12.

19. Hercberg S, Deheeger M, Preziosi P, Suvimax. SU.VI.MAX. Portions alimentaires. Manuel photos pour l'estimation des quantités. Paris: Editions Polytechnica; 2002.132p.

20. Activité physique [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity

21. Prospective Studies Collaboration, Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. Lancet Lond Engl. 28 mars 2009;373(9669):1083-96.

22. Tous grossophobes ! - Ép. 1/4 - Place aux gros [Internet]. France Culture. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.franceculture.fr/emissions/lsd-la-serie-documentaire/place-aux-gros-14-tous-grossophobes

23. 20191211-rapport-prevention-prise-en-charge-obesite.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-12/20191211-rapport-prevention-prise-en-charge-obesite.pdf

24. Cadre pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale – médecine de famille – en Europe. OMS Bureau pour la région Europe, 1998 (EUR/ICP/DL VR 04 01 01 publiée dans Documents de Recherches en médecine générale SFMG, N° 54, septembre 1999 : 28-54.

25. Présentation du D.E.S [Internet]. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/

26. annexes.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf

27. WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf

28. Prévention [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention

29. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003

30. Allen DJ, Heyrman PJ. et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. :52.

31. DGOS. Les réseaux de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante

32. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Imbert P, Lehr-DrylewiczAM, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;(Exercer 2008;84:142-5).

33. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. Oct 2009;(88):106-12

34. Blanchet Alain, Gotman Anne. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. NathanUniversité. Paris; 1992. 125 p. (128)

35. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. :18

36. Roy N., Garon R. Étude comparative des logiciels d'aide à l'analyse de données qualitatives : de l'approche automatique à l'approche manuelle. Rech Qual 2013; 32 (1):154-

37. Ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016 relative aux recherches impliquant la personne humaine.

38. Junien C, Gallou-Kabani C, Vige A, Gross M-S. Épigénomique nutritionnelle du syndrome métabolique. médecine/sciences. avr 2005;21(4):396-404.

39. Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/les-examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent

40. Tarifs en métropole [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole

41. Comprendre le surpoids et l'obésité de l'adulte [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-adulte/definition-causes-risques

42. Poulain J-P. 5. Le malheur des obèses dans les sociétés modernes. Sci Soc Soc. 2009; (1):110-33.

43. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France. Obes Res. 2005;13(4):787-95.

44. Dumont J, Stitou M. Entretien motivationnel en soins infirmiers. En 48 notions [Internet]. Paris: Dunod; 2019. 466 p. (Les Ateliers du praticien). Disponible sur: https://www.cairn.info/entretien-motivationnel-en-soins-infirmiers--9782100783281.htm

45. GROS A. Pourquoi cette approche ? [Internet]. G.R.O.S. 2015 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.gros.org/pourquoi-cette-approche

46. Barnes RD, Ivezaj V. A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes. avr 2015;16(4):304-18.

47. Wilson JL, Wolf DM, Olszewski KA. Reducing Commercial Truck Driver BMI Through Motivational Interviewing and Self-Efficacy. Workplace Health Saf. 1 juin 2018;66(6):270-5.

48. Hofmann C. (2010), « Traitement du surpoids et de l'obésité – Quelles stratégies CC comme alternative aux régimes », Dans Zellner, Brigitte. Chêne-Bourg. Georg. 2010.

49. ref_aps_surpoids_obesite_vf.pdf [Internet]. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/ref_aps_surpoids_obesite_vf.pdf

50. Juilhard J-M, Crochemore B, Touba A, Vallancien G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et Les propositions pour leur déploiement. :52.

51. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/

52. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889

53. ASALEE-Présentation-octobre-2015.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.agecsa.fr/wp-content/uploads/2017/10/ASALEE-Pr%C3%A9sentation-octobre-2015.pdf

54. Notre territoire d'Intervention – Bouches du Rhône (hors Marseille), Alpes de Haute Provence et secteur de Pertuis – Apport Santé [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.apport-sante.org/notre-territoire-dintervention-bouches-du-rhone-hors-marseille-alpes-de-haute-provence-et-secteur-de-pertuis/

55. Maladies chroniques : le financement au forfait bien accueilli [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sciences/article/2018/09/24/maladies-chroniques-le-financement-au-forfait-bien-accueilli_5359455_1650684.html

56. Bonsergent E, Agrinier N, Thilly N, Legrand K, Lecomte E, Briançon S. Prévention du surpoids et de l'obésité des adolescents en milieu scolaire : résultats d'un essai contrôlé, randomisé en grappe. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. oct 2013;61:S246.

57. Distributeurs automatiques dans les écoles - Sénat [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.senat.fr/questions/base/2005/qSEQ050618496.html

58. La lutte contre l'obésité à l'école : entre biopouvoir et individuation. LIEN Soc Polit. :15.

59. Larouche R, Trudeau F. Étude des impacts du transport actif sur la pratique d'activités physiques et la santé et de ses principaux déterminants. Sci Sports. 1 nov 2010;25(5):227-37

60. Pourias J, Daniel A-C, Aubry C. La fonction alimentaire des jardins associatifs urbains en question. Pour. 2012;215-216(3-4):333-47.

61. Jardins collectifs | Ville de Marseille [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.marseille.fr/environnement/nature-en-ville/jardins-collectifs

62. Chandon P, André Q. Les effets du marketing sur les comportements alimentaires. Cah Nutr Diététique. 1 déc 2015;50(6, Supplement 1):6S69-74

63. Bellisle F. Addiction au goût sucré : vrai ou faux débat ? Cah Nutr Diététique. déc 2008;43:2S52-5.

64. Cécile Brousse, 2015. "La vie quotidienne en France depuis 1974. Les enseignements de l'enquête Emploi du temps," Économie et Statistique, Programme National Persée, vol. 478(1), pages 79-117.

65. La grande malbouffe - Regarder le documentaire complet [Internet]. ARTE. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.arte.tv/fr/videos/091150-000-A/la-grande-malbouffe/

66. Chandon P. Calories perçues : l'impact du marketing. Cah Nutr Diététique. 1 sept 2010;45(4):174-9.

67. Masserot C, Brée J. Publicité et obésité enfantine. L'impact des annonces publicitaires télévisées sur les choix alimentaires des enfants. Manag Avenir. 2010;37(7):97-119.

68. Hawkes C. Marketing food to children : the global regulatory environment. Geneva: World Health Organization, 2004.

69. Qu'est-ce que le Nutri-Score ? | Manger Bouger [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.mangerbouger.fr/Manger-mieux/Comment-manger-mieux/Comment-comprendre-les-informations-nutritionnelles/Qu-est-ce-que-le-Nutri-Score

70. Application [Internet]. Yuka. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: https://yuka.io/en/app/

71. i3027f03.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: http://www.fao.org/3/i3027f/i3027f03.pdf

72. Pickstone JV. Savoir médical et pouvoir des médecins de la révolution industrielle à l'État post-industriel : autour de Manchester. Genèses. 2011;82(1):75-94.

73. Asselain J-C, Morrisson C. Les origines de la croissance économique moderne : éducation et démographie en Angleterre (1650-1750). Hist Économie Société. 2005;24e année(2):195-220.

74. Le nouveau visage de la malnutrition [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: http://features.unicef.org/situation-des-enfants-dans-le-monde-2019-nutrition/

75. ISSUE 2678 | MAGAZINE COVER DATE: 18 October 2008 | New Scientist [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.newscientist.com/issue/2678/

76. Symphonie du vivant [Internet]. Symphonie du vivant. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: https://www.symphonieduvivant.com/

ANNEXES:

Annexe 1 :

Guide d'entretien initial :

Avant de commencer nous allons vous poser quelques questions :

- Votre sexe
- Age
- Lieu d'exercice (ville/campagne)
- Type de cabinet
- Année d'expérience

1) En admettant que je sois un patient qui prenne rendez-vous pour des conseils face au surpoids. Pouvez-vous nous décrire le déroulement de la consultation ?

2) En 2017, l'OMS enregistre des taux de décès lié à l'obésité comparables à ceux d'une épidémie mondiale : 2,8 millions par an.

Selon vous qu'est ce qui peut expliquer un tel phénomène ?

3) Quel réseau de prévention de prévention mettez vous en place face à l'obésité ?

Quel réseau idéal pouvez-vous imaginer face à l'obésité ?

Quel est votre place au sein de ce réseau de prévention ?

4) A l'échelle de votre cabinet, qu'est ce qui favoriserait la prévention face à l'obésité ?

5) Selon vous que peut-on attendre d'une médecine préventive ?

Quel impact aurait une prévention efficace de l'obésité ?

6) Quel sont les freins actuels à la mise en place de cette médecine ? Comment les débloquer ?

7) Pensez-vous que nous avons oublié de soulever certains points importants ?

Qu'avez-vous pensé de l'entretien ?

Guide d'entretien final :

Avant de commencer nous allons vous poser quelques questions :

- Votre sexe
- Age
- Lieu d'exercice (ville/campagne)
- Type de cabinet
- Année d'expérience

1) Devant un patient sur la pente ascendante vis à vis de la prise de poids, quels conseils donneriez-vous pour éviter qu'il en prenne plus ?

2) Quel réseau de prévention visualisez-vous face à l'obésité ?
Quels professionnels ou structures font partie de ce réseau ?
Comment peut-on améliorer ce réseau ?

3) Quels sont les points clés de la prévention en matière d'obésité ?

4) Quel sont les freins actuels à la mise en place d'une médecine préventive ? Comment les débloquer ?

5) Actuellement l'obésité est en pleine expansion, à votre avis comment expliquer cela ?

6) En sortant du cadre médical pur, qu'est ce qui participe à la prévention de l'obésité ?
Comment peut-on imaginer une société moins obésogène ?

7) Pensez-vous que nous avons oublié de soulever certains points importants ?
Qu'avez-vous pensé de l'entretien ?

Annexe 2 :

Extraits du carnet de bord :

Début 2019 :

Décision de faire une thèse en binôme devant la volonté de travailler sur le même sujet : le thème de la prévention

Après discussion, décision de centrer le sujet sur un problème de santé publique en particulier, nous choisissons de travailler sur l'obésité

Octobre 2019 :

Recherche de la question de recherche, documentation. Difficultés à cerner le sujet car très vaste. Pas de question de recherche.

Mai 2020 :

Rencontre de notre maître de thèse. Présentation de nos recherches. Formulation d'une première question de recherche.

Création du premier guide d'entretien

Septembre 2020 :

On assiste à notre première soutenance de thèse

Rendez-vous avec notre maître de thèse pour discuter de la direction de nos recherches à partir du premier travail d'introduction que nous lui avons transmis. Elle est confiante mais nous demande de préciser l'axe de réflexion, encore trop vague.

On lui présente notre nouveau guide d'entretien, trop de questions, trop fermées, on en refait un, plus ouvert et moins directif.

Reformulation de la question de recherche

Octobre 2020 :

Premier entretien. Difficile. L'entretien dure 45min.

On se revoit chacun à la suite des premiers entretiens pour débriefer et reformuler un guide d'entretien plus adapté

Novembre 2020 :

Difficile de faire la part entre prise en charge et prévention au cours des entretiens.

On a du mal à cibler la place du médecin généralistes dans cette problématique. Sentiment qu'il s'agit d'une problématique qui dépasse le champ d'action du généraliste.

Décembre 2020 :

Je lis les entretiens retranscrits par mon binôme. Très intéressants. Nous ne posons pas les questions de la même manière. Cela ne posera pas de problème dans l'exploitation des résultats il me semble.

Troisième entretien. C'est plus fluide. On a eu récemment un cours sur le codage. Très utile pour comprendre le mécanisme. C'est la prochaine étape.

Entretien avec le Docteur H très intéressant. Je découvre une nouvelle pratique de l'exercice médical.

Janvier 2021 :

Une fois l'obésité installée, très dur de faire marche arrière, presque impossible. Compréhension qu'il existe des périodes à risque de passage dans l'obésité. Cela explique les échecs de prise en charge rapportés par les médecins.

Intérêt des MSP dans la lutte contre l'obésité.

Février 2021 :

Compréhension de la nuance de prévention primaire / secondaire et de place du médecin qui réside surtout en la secondaire.

Découverte de l'intérêt de l'entretien motivationnel dans la prise en charge de l'obésité.

A la lumière des entretiens, le réseau existe mais seulement une petite partie est exploité par chaque médecin.

Mars 2021 :

Ebauche d'un premier exemplaire de thèse. Après relecture par notre maître de thèse, il s'avère très confus, trop dense et mal organisé. Les idées sont présentes mais ne sont pas mises en valeur. On reprend tout.

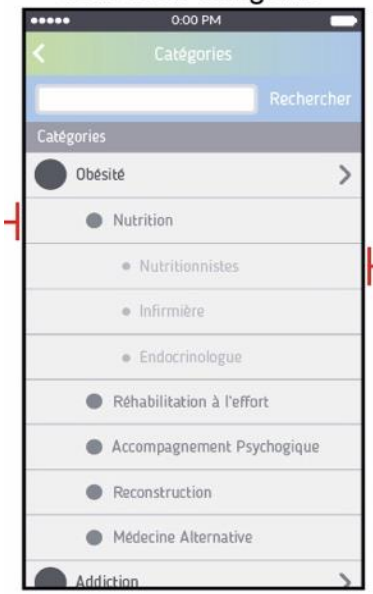
On assiste à une formation sur l'EM proposé par le DUMG.

Idée de créer un outil numérique pour faciliter le travail en réseau et coordination des soins. Finalement, on se rend compte que nous n'aurons pas le temps de le développer entièrement, mais nous proposons une ébauche (peut-être à exploiter sur un autre travail de thèse)

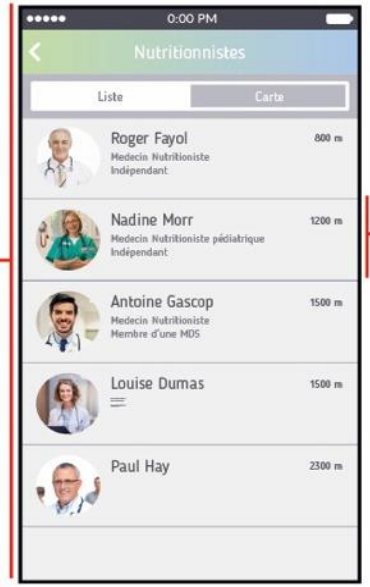
Annexe 3 : Parcours utilisateur du support EPIDORE:

Fiche profil personnel
Nutritionniste
Hervé Blond
Médecin généraliste
Modifier
Connexion
EPIDORE
CONNECTEZ-VOUS
monemail@mail.com
motdepasse
Mot de passe oublié?
CONNEXION
Créer un compte
Connecté
EPIDORE
Bienvenue Hervé !
MON PROFIL
MA RECHERCHE
MES MESSAGES
Politiques de confidentialités
Déconnexion
Recherche catégories
Catégories
Rechercher
Obésité
Addiction
Sexualité
Violence
Recherche sous-catégories
Nutrition
Réhabilitation à l'effort
Accompagnement Psychogique
Reconstruction
Médecine Alternative
Recherche catégories
Nutrition
Quitter
Professions liées
Diététicienne
Infirmière
Endocrinologue
Nutritionniste
Boite de réception
Nadine Morr
Conversation praticien
Disscution avec Nadine
Envoyer
crypté / sécurisé

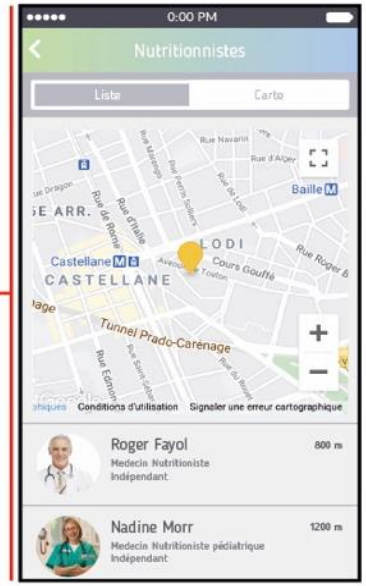
Recherche sous-sous-catégories



Recherche praticiens / liste

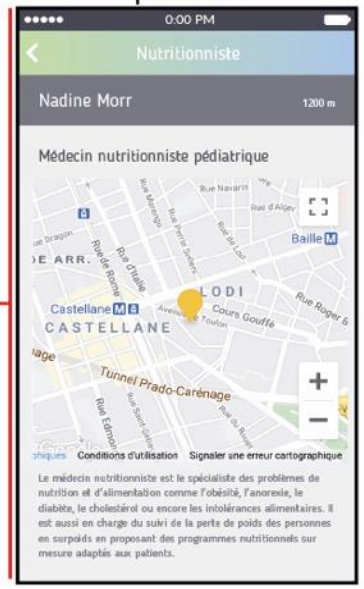


Recherche praticiens / carte



Fiche profil praticien

Fiche coordonnées praticien



Conversation praticien

crypté / sécurisé

Annexe 4 : Charte

Intention:
Création d'un outil digital à destination des médecins généralistes en quête d'un réseau sous la forme d'un annuaire intelligent regroupant des professionnels labellisés.

Charte:

Répondre à la problématique de l'obésité ou du surpoids en cherchant du soutient grâce aux compétences locales des spécialistes.

Les 4 piliers : Nutrition / Effort / Accompagnement / Reconstruction.

Engagement de l'application:

- Assurer la fiabilité des professionnels
- Simplifier la recherche

Engagement des professionnels labellisés:

- Accompagner au mieux le patient dans ses problématiques
- Assister au rééquilibrage alimentaire
- Promouvoir l'activité physique
- S'inscrire dans un réseau qui a vocation de faciliter le parcours de soin
- Communiquer avec mes confrères

Les catégories:

- Nutrition : Diététicienne, Infirmière, Endocrinologue
- Réhabilitation à l'effort: Coach sportif APA, Kinésithérapeute, Ergothérapeute.
- Accompagnement Psychologique : Psychologue, Psychiatre,
- Reconstruction: Chirurgien Bariatrique
- Médecine Alternative: Acuponcture, Hypnose

Structure rattachées à la thématique:

- MDS (Maison de santé),
- CPTS (Communauté professionnel territorial de santé).

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Résumé

Introduction :

L'obésité est la première maladie non contagieuse à être qualifiée d'épidémie mondiale. Les déterminants de l'obésité sont complexes, nombreux et intriqués. Le médecin généraliste occupe une position centrale dans le système de soins, faisant de lui un acteur principal de prévention et un coordinateur de soins. Par ailleurs, sa position privilégiée dans l'intimité des patients, lui permet d'analyser au mieux des phénomènes de société comme l'obésité.

L'objectif de cette étude est d'identifier le positionnement du généraliste en matière de prévention de l'obésité et par corolaire le réseau qu'il mobilise. Puis appréhender la genèse de l'obésité dans nos sociétés contemporaines et faire émerger de nouvelles solutions de prévention.

Matériel et Méthode :

Une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés a été menée auprès de médecins généralistes exerçant en cabinet en région PACA. Un guide d'entretien à aider à la réalisation des interviews. Puis une analyse de contenu inductive, inspirée de la théorisation ancrée, a été effectuée. Un double codage des données a permis une triangulation de l'analyse.

Résultats :

Les médecins généralistes partagent un vécu difficile et un sentiment de manque de compétences suite à de multiples échecs. Leur position clé est celle de la prévention secondaire. Ils identifient des solutions et ont su développer des outils propres à chacun. L'entretien motivationnel semble être porteur d'espoir face à l'obésité. Ils s'organisent en réseau, s'appuyant sur différentes structures et professionnels de santé. Le travail d'équipe et le partage de compétences est plus que nécessaire. Pourtant, il existe une disparité dans le réseau existant et un manque de connaissance de ce dernier.

Enfin, ils remettent en question notre mode de vie moderne, véritablement pourvoyeur d'obésité. Pour améliorer la prévention primaire, ils repensent notre système alimentaire et notre urbanisation, et notre rapport à la technologie. Ils perçoivent aussi l'école, par sa mission d'éducation, comme une pièce maîtresse dans la prévention de l'obésité.

Conclusion :

Actuellement, le généraliste est mis en difficulté mais la stratégie de prise en charge se perfectionne à l'aide de nouvelles techniques comme celle de l'entretien motivationnel. Sa place réside dans la prévention secondaire et il adapte son mode d'exercice vers un travail de groupe. La communication entre professionnels est au cœur du parcours de soin. La création d'un outil numérique pour l'optimiser est nécessaire. Enfin, la prévention primaire de l'obésité implique de repenser notre mode de vie.

Mots clés : médecin généraliste, obésité, prévention, réseau, transition, mode de vie, entretien motivationnel.