



**HAL**  
open science

# Limites à la prise en charge des adultes obèses en médecine générale : enquête auprès de médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques et pistes d'amélioration

Katell Luhern

## ► To cite this version:

Katell Luhern. Limites à la prise en charge des adultes obèses en médecine générale : enquête auprès de médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques et pistes d'amélioration. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03511982

**HAL Id: dumas-03511982**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03511982v1>**

Submitted on 5 Jan 2022

**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.

**U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2021

Thèse n°131

THESE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 octobre 2021

Par LUHERN Katell

Née le 01/04/1991 à Léhon

**Limites à la prise en charge des adultes obèses en médecine  
générale : enquête auprès de médecins généralistes des Pyrénées-  
Atlantiques et pistes d'amélioration**

Sous la direction du Dr Rozita LORBLANCHES

Membres du jury :

Mme le Professeur GATTA-CHERIFI Blandine	Président
M. le Docteur ADAM Christophe	Rapporteur
M. le Docteur JOUHET Christophe	Juge
Mme le Docteur DEMARSY Delphine	Juge
Mme le Docteur LORBLANCHES Rozita	Juge

## **Remerciements aux membres du jury**

**A Mme le Professeur Blandine GATTA-CHERIFI,**

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier*

*Chef de service de Diabétologie, Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition  
à l'Hôpital Haut Lévêque du CHU de Bordeaux*

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

**A Monsieur le Docteur Christophe ADAM,**

*Professeur associé du Département de Médecine Générale de Bordeaux*

*Médecin généraliste à Mérignac*

Veillez recevoir mes sincères remerciements pour la relecture de mon travail, pour vos conseils, ainsi que pour avoir accepté de siéger à mon jury de thèse.

**A Monsieur le Docteur Christophe JOUHET,**

*Maître de conférence associé du Département de Médecine Générale de Bordeaux*

*Médecin généraliste à Coarraze*

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse et de porter intérêt à ce travail.

**A Madame le Docteur Delphine DEMARSY,**

*Chef de service Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition du Centre Hospitalier de la Côte Basque*

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse, et de m'avoir présenté le parcours de soin au sein du CHCB. Merci pour l'intérêt porté à ce travail.

**A Mme le Docteur Rozita LORBLANCHES,**

*Médecin généraliste nutritionniste au centre de Soins de Suite et Réadaptation Ursuya  
à Cambo les Bains, service métabolisme et nutrition.*

Merci d'avoir accepté de devenir ma directrice de thèse. Merci pour ta disponibilité et tes précieux conseils. Ce fut un réel plaisir de travailler à tes côtés.

Sois assurée de ma profonde reconnaissance.

Merci aux médecins généralistes ayant participé à cette étude.

## **Remerciements personnels**

A mes parents, pour m'avoir toujours soutenue au cours de ces longues années d'étude, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, et d'avoir fait de moi la femme que je suis aujourd'hui.

A mes frères, pour tous ces moments en famille qui me sont chers.

A tous les médecins qui m'ont formée et à toutes les équipes que j'ai pu côtoyer au cours de mes études, et plus particulièrement aux équipes de St André, à la pédiatrie et à la gériatrie bayonnaise.

A Claire, merci pour toutes ces années que j'ai partagées avec toi, de longues heures sur un banc d'amphi, des carabinages, des soirées, une coloc ... malgré la distance physique tu seras toujours un soutien important pour moi.

Aux copains rennais : Pierrot, Ememeuh, Blondie, Marinette, Mélinette, Florence ; merci pour ces années d'externat et ces chorégraphies de folie.

A mes copines de toujours, Darmi, Godet, THB, Estelle, malgré nos différences et la distance c'est toujours un plaisir immense de se retrouver autour d'une bonne raclette ou d'une St Georges.

A la team VSL : Estelle, Tonry, Vincent, Mathilde, Julie-Anne, Camille, Charly, merci pour ce superbe 1<sup>er</sup> semestre, impossible d'oublier la St Patrick, le percent, chez David ...

A tous mes co-internes : Elsa, David, Antoine, Pierre, Agathe, Maxime, Jordane, Joris, Audrey, Baptiste, ça a été un plaisir de travailler avec vous tous.

Aux copines bayonnaises, Chacha, Laetitia, Checheu, à nos soirées danse dans le petit Bayonne et aux apéros plage.

Aux copains de la Réserve Sanitaire, ou comment te donner la capacité de déplacer des montagnes en seulement 1 mois d'amitié, cette expérience Réunionnaise fut exceptionnelle, merci et hâte d'être à la prochaine mission ensemble !

A Carotte (et Benoit et Joanna), merci d'être là, vous êtes une inspiration de joie et de bonté. A quand la prochaine virée en camping-car ?

A Anne, déjà plus de 3 ans à partager tant de choses dans notre Pays Basque d'adoption ! Merci pour cette belle amitié.

A Florence, tellement contente de t'avoir rencontrée et d'avoir partagé de telles aventures à tes côtés : Mayotte et La Réunion sont gravées dans ma mémoire. Et encore tellement d'autres à venir !

A Dodo, merci pour cette amitié et ce soutien sans faille, ces voyages, ces fêtes de Bayonne, et toutes ces aventures !

## Table des matières

<b>ABREVIATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
A. DEFINITIONS .....	9
B. CAUSES DE L'OBESITE .....	9
1. <i>L'alimentation</i> .....	10
2. <i>La sédentarité</i> .....	10
3. <i>La génétique</i> .....	11
4. <i>Facteurs environnementaux</i> .....	11
C. CONSEQUENCES DE L'OBESITE .....	12
D. ÉPIDEMIOLOGIE.....	13
1. <i>Dans le monde</i> .....	13
2. <i>En France</i> .....	13
3. <i>En Nouvelle-Aquitaine</i> .....	13
E. MESURES DE SANTE PUBLIQUE .....	14
1. <i>Programme National Nutrition Santé</i> .....	14
2. <i>Plan obésité</i> .....	15
3. <i>Les centres de soins en Pyrénées-Atlantiques</i> .....	16
F. PLACE DE LA MEDECINE GENERALE.....	17
G. OBJECTIF DE L'ÉTUDE .....	19
<b>II. MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>20</b>
A. TYPE D'ÉTUDE .....	20
B. POPULATION ETUDIEE .....	20
C. RECUEIL DES DONNEES .....	20
D. CODAGE DES DONNEES.....	21
<b>III. RESULTATS</b> .....	<b>22</b>
A. POPULATION .....	22
B. L'ABORD DE L'OBESITE EN CONSULTATION .....	22
1. <i>Facteurs facilitant l'abord du sujet</i> .....	22
a) Pas de tabou.....	22
b) En fonction de la relation médecin-patient.....	23
c) Certains patients sont demandeurs d'une prise en charge .....	23
d) La prise de conscience du patient.....	24
2. <i>Aides à l'abord du sujet</i> .....	25
a) S'appuyer sur la clinique .....	25
b) S'appuyer sur les facteurs de risque .....	26
c) L'obésité est une vraie maladie .....	27
3. <i>Facteurs limitant l'abord du sujet</i> .....	27
a) Le poids : pas un motif de consultation.....	27
b) Blocage du patient.....	28
c) En attente de la solution miracle.....	29
C. LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE .....	31
1. <i>Initiation de la prise en charge</i> .....	31
a) Amener une réflexion .....	31
b) Enquêter sur le mode de vie.....	32
c) Donner des conseils alimentaires .....	32
d) Autres conseils donnés .....	34
e) Les supports utilisés.....	35
f) Définir des objectifs .....	36
2. <i>Résultats des prises en charge</i> .....	37
a) Résultats positifs.....	37
b) Résultats négatifs .....	38
c) Le résultat est conditionné par la motivation du patient .....	39
3. <i>Limites de la prise en charge propres aux médecins généralistes</i> .....	40
a) Activité chronophage.....	40

b)	La nutrition est une spécialité à part.....	40
c)	Absence de formation adéquate .....	41
d)	Absence d'intérêt pour le sujet .....	41
e)	Nécessité d'une multidisciplinarité.....	42
4.	<i>Limites propres aux patients</i> .....	42
a)	La motivation du patient est primordiale.....	42
b)	Être prêt à changer de mode de vie.....	43
c)	Les blocages psychologiques.....	44
d)	Le problème financier.....	44
e)	Les difficultés liées au milieu social.....	45
f)	Les différences milieu urbain/milieu rural.....	46
g)	Le manque de temps .....	46
h)	Le manque d'activité physique.....	47
i)	La pensée magique .....	47
5.	<i>Limites liées à la société</i> .....	47
D.	LE PARCOURS DE SOINS.....	49
1.	<i>Rôle du médecin généraliste</i> .....	49
a)	Aborder le sujet et amener la prise de conscience .....	49
b)	Sensibiliser sur les risques et les complications.....	50
c)	Orienter vers les spécialistes.....	50
d)	Effectuer un suivi et apporter un soutien.....	51
2.	<i>Offre de soins médicale</i> .....	52
a)	Endocrinologue .....	52
b)	Chirurgiens.....	53
c)	Psychiatre.....	54
d)	Réseau de prise en charge de l'obésité.....	54
3.	<i>Offre de soins paramédicale</i> .....	56
a)	Diététiciens .....	56
b)	Psychologues.....	56
c)	Kinésithérapeutes.....	57
d)	Infirmières ASALEE.....	58
e)	Éducateurs sportifs .....	58
4.	<i>Les Centres Spécialisés de l'Obésité</i> .....	59
E.	PISTES D'AMELIORATION PROPOSEES PAR LES MEDECINS GENERALISTES .....	61
1.	<i>A l'échelle du soin</i> .....	61
a)	En parler systématiquement en consultation.....	61
b)	Prévention de l'obésité infantile.....	61
c)	Augmenter l'offre de soins.....	62
d)	Avoir un référent local .....	62
e)	Formation des médecins.....	62
f)	Remboursement des professionnels paramédicaux .....	63
2.	<i>A l'échelle sociétale</i> .....	63
a)	Alerter la population.....	63
b)	Initier un changement sociétal .....	64
c)	Éducation alimentaire.....	65
d)	Diminuer la publicité.....	65
e)	Favoriser l'activité physique .....	66
f)	Diminuer les temps d'écran .....	67
3.	<i>A l'échelle de l'individu</i> .....	67
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>69</b>
A.	LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE .....	69
1.	<i>Points forts</i> .....	69
2.	<i>Points faibles</i> .....	69
B.	COMPARAISON DES RESULTATS A LA LITTERATURE .....	70
1.	<i>Abord de l'obésité</i> .....	70
2.	<i>Freins à la prise en charge</i> .....	73
a)	Du médecin .....	73
b)	Du patient .....	75
3.	<i>Rôle du médecin généraliste et offre de soins</i> .....	80
4.	<i>Pistes d'amélioration</i> .....	84

5. <i>Obésité et COVID 19 : la prise de conscience ?</i> .....	89
<b>V. CONCLUSION</b> .....	<b>92</b>
<b>VI. REFERENCES</b> .....	<b>94</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>101</b>

## **Abréviations**

ALD : Affection Longue Durée

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail

APA : Activité Physique Adaptée

ASALEE : Action de SAnTé Libérale En Équipe

ARS : Agence Régionale de Santé

CHCB : Centre Hospitalier de la Côte Basque

COVID : COrona VIRUS Disease

CSO : Centre Spécialisé de l'Obésité

CSO-SA : CSO Sud-Aquitain

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

ENNS : Étude Nationale Nutrition Santé

FETOMP : Formation à l'Éducation Thérapeutique à l'Obésité en Milieu Précaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IDSP : Infirmière Déléguée à la Santé Publique

IMC : Indice de Masse Corporelle

JAMA : Journal of the American Medical Association

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PO : Plan Obésité

RéPPOP : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

UTAPS : Unité Transversale d'Activité Physique pour la Santé

WONCA : World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners ou World Organization of Family Doctors

# I. Introduction

## A. Définitions

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'obésité est définie comme une accumulation excessive ou anormale de graisse corporelle pouvant nuire à la santé et réduire l'espérance de vie (1).

Le degré d'obésité est évalué grâce à l'Indice de Masse Corporelle (IMC) qui correspond au poids divisé par la taille au carré, exprimé en  $\text{kg}/\text{m}^2$ . Une personne présentant un IMC supérieur à  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$  est considérée comme obèse.

Classification en fonction de l'indice de masse corporelle	
Insuffisance pondérale	< 18.5
Éventail normal	18.5 - 24.9
Surpoids	$\geq 25.0$
Préobésité	25.0 - 29.9
Obésité	$\geq 30.0$
Obésité, classe I	30.0 - 34.9
Obésité, classe II	35.0 - 39.9
Obésité, classe III	$\geq 40.0$

**Tableau 1** : Classification du surpoids et de l'obésité par l'IMC selon l'OMS (1)

## B. Causes de l'obésité

L'obésité est une maladie d'origine plurifactorielle (2), elle présente également une variabilité interindividuelle (3).

## **1. L'alimentation**

L'alimentation est bien entendu un facteur prédominant de la prise de poids, par le comportement alimentaire mais également les choix alimentaires.

Ces deux aspects sont fonction des changements sociétaux : dans les sociétés occidentales nous vivons actuellement dans une abondance alimentaire qui favorise une consommation excessive de calories ; mais aussi dans une incitation permanente à la consommation (campagnes publicitaires, lobbying, etc.).

Mais ils sont également liés à d'autres facteurs individuels comme la culture (convivialité, habitudes familiales), les sollicitations professionnelles, les troubles du comportement alimentaire (TCA) ou encore le statut socio-économique.

## **2. La sédentarité**

La sédentarité, associée à l'alimentation, joue un rôle majeur dans le statut nutritionnel de chaque individu.

En effet la dépense énergétique des 24h dépend du métabolisme de base (fonction de chaque individu, variant en fonction du poids et de la masse maigre), de la dépense énergétique liée à l'activité physique, ainsi que de l'effet thermique des aliments. Il paraît donc logique que si un des trois postes de dépense d'énergie est diminué comme cela peut être le cas lors d'une réduction de l'activité physique, alors que les apports restent identiques, on observera une augmentation du poids.

Dans les pays occidentaux, nous observons une augmentation de la sédentarité, par la diminution de l'activité physique dans les déplacements quotidiens (voiture, transports en commun), le travail (travail de bureau) mais aussi les loisirs (écrans) ou encore les tâches ménagères (aspirateur ou tondeuse autonomes).

### **3. La génétique**

Il existe également une prédisposition génétique, en effet deux individus ayant le même mode de vie n'auront pas les mêmes variations de poids.

Les chercheurs ont identifié des gènes impliqués dans l'obésité et qui, en présence de facteurs externes, vont interagir et favoriser la prise de poids. L'obésité commune est considérée comme une obésité polygénique.

Il existe également des obésités génétiques plus rares, à début précoce, où le rôle des facteurs génétiques est prédominant (4) :

- les obésités syndromiques : elles sont évoquées en cas d'obésité sévère de début précoce (avant 6 ans) associée à une déficience intellectuelle, des traits dysmorphiques, un syndrome polymalformatif, des anomalies neurosensorielles ou encore des anomalies hypothalamo-hypophysaires.

- les obésités monogéniques : elles sont principalement causées par des mutations dans les gènes de la voie leptine-mélanocortine (ex : gène MC4R) qui joue un rôle clé dans le contrôle de la prise alimentaire. Elles sont majoritairement de transmission autosomique récessive et caractérisées par des obésités sévères le plus souvent associées à des anomalies endocrines ou parfois neuro-développementales. L'évolution pondérale est rapide, avec une obésité se développant dès les premiers mois de vie, le plus souvent sans rebond d'adiposité, associée à une hyperphagie majeure.

Il est important de les détecter précocement car elles disposent maintenant de traitements spécifiques. D'ailleurs il a été lancé en mars 2019 une aide au diagnostic sous la forme d'un outil informatique nommé ObsGEN (5). Il permet à partir d'une observation clinique d'orienter le praticien vers la prescription de tests génétiques et ainsi d'améliorer la prise en charge des patients.

### **4. Facteurs environnementaux**

Enfin il est maintenant démontré que des facteurs biologiques ont un rôle à jouer sur le métabolisme :

- l'horloge biologique (6) : une dette de sommeil ou une perte de la qualité de sommeil (par le phénomène d'hypoxémie intermittente nocturne par exemple) favorise le développement de l'obésité, par des voies physiologiques complexes mais incriminant les hormones comme la leptine et la ghréline, dont le rôle dans la régulation de l'appétit et de la satiété n'est plus à démontrer.

- le microbiote intestinal (7) : il est impliqué dans le stockage énergétique, mais aussi dans l'installation de complications métaboliques et inflammatoires associées à l'excès de masse grasse. Il est également dépendant de nombreux facteurs environnementaux (alimentation, modes de naissance, saisons, polluants, niveau d'activité physique, hormones, médicaments, etc.). De plus, de nombreux travaux sont actuellement en cours sur son lien avec le système nerveux central (modification du comportement alimentaire en lien avec la stimulation des centres de la récompense via la sécrétion de sérotonine).

- les facteurs psychologiques peuvent également être mis en cause : le comportement alimentaire est très dépendant des émotions et du stress. L'anxiété et la dépression sont autant de facteurs pouvant modifier le comportement alimentaires (compulsions, etc.).

### **C. Conséquences de l'obésité**

L'obésité est une maladie chronique ayant de nombreuses complications : diabète de type 2, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires, rhumatismes articulaires, cancers, etc. Ainsi elle est reconnue par l'OMS comme étant la cinquième cause de mortalité dans le monde.

Un article paru dans la revue *Journal of the American Medical Association* (JAMA) (8) a d'ailleurs mis en avant que par rapport à des individus ayant un IMC entre 18 et 25 kg/m<sup>2</sup>, l'obésité (tous grades confondus) était associée à une mortalité significativement plus élevée, toutes causes confondues.

Elle a également un retentissement psychosocial majeur avec des discriminations, ou une altération de l'estime de soi, pouvant avoir des effets néfastes sur la qualité de vie mais surtout sur l'état psychologique des individus.

Les coûts humains, sanitaires, sociaux et économiques associés sont ainsi considérables. Selon une estimation de la Direction Générale du Trésor à partir des données de 2012 (9), le

coût pour l'assurance maladie de la prise en charge des personnes en situation d'obésité s'élèverait à 2,8 milliards d'euros pour les soins de ville et à 3,7 milliards d'euros pour les soins en milieu hospitalier. Au total le coût social de la surcharge pondérale avoisine les 20 milliards d'euros, ce montant est comparable aux coûts sociaux dus à l'alcool et au tabac.

## **D. Épidémiologie**

### **1. Dans le monde**

Depuis 1975, le nombre d'individus obèses a presque triplé au niveau mondial. En 2016, près de 2 milliards d'adultes étaient en surpoids, parmi eux 650 millions présentaient une obésité (1). Cela touche maintenant tous les continents, puisqu'en Afrique le nombre d'enfants en surpoids a augmenté de 24% en 20 ans.

### **2. En France**

En France l'obésité est devenue un enjeu majeur de santé publique, en effet on compte 8 millions de personnes obèses en 2019 soit 17% de la population adulte.

Avec l'étude ESTEBAN (10), portant sur plusieurs aspects de la santé en France métropolitaine, réalisée entre 2014 et 2016, on remarque une stabilité de la prévalence de l'obésité chez l'adulte en comparaison avec l'étude ENNS de 2006 (Étude Nationale Nutrition Santé). En revanche, on constate une augmentation de la proportion des obésités morbides ( $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ ) avec plus de 500 000 adultes concernés.

### **3. En Nouvelle-Aquitaine**

Une enquête de santé publique a été réalisée en 2018 par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine afin d'étudier l'état de santé de la population (11).

Elle a montré que 47% des néo-aquitains présentaient une surcharge pondérale : 32,4% un surpoids et 14,6% une obésité. Ces chiffres rejoignent ceux de l'enquête OBEPI-ROCHE

(12) réalisée en 2012 dans les anciennes régions qui retrouvait 15,8% d'obésité en Aquitaine et 13,8% en Poitou-Charentes.

Cette enquête régionale permet également de décrire les caractéristiques des individus présentant une surcharge pondérale :

- la surcharge pondérale est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (59% vs 36%).

- elle augmente avec l'âge : 35 % des 18-39 ans sont en surcharge pondérale, 47 % des 40-59 ans, pour atteindre 56% chez les plus de 60 ans.

- la prévalence de la surcharge pondérale apparaît plus fréquente chez les personnes les moins diplômées : 56 % pour un niveau d'étude inférieur au baccalauréat, contre 46 % pour celles ayant un niveau d'études équivalent au baccalauréat et 37 % pour celles ayant un niveau supérieur au baccalauréat.

- on observe plus fréquemment une surcharge pondérale chez les personnes vivant en zone rurale que chez celles vivant dans une commune de plus de 25 000 habitants (52 % vs 45 %).

- il existe également une différence entre départements : 38 % de personnes en surcharge pondérale dans les Pyrénées-Atlantiques contre 58 % en Creuse.

## **E. Mesures de santé publique**

### **1. Programme National Nutrition Santé**

Depuis 2001 le Ministère de la Santé a mis en place le Programme National Nutrition Santé (PNNS) qui a pour objectif principal l'amélioration de l'état de santé des français en agissant sur la nutrition.

Ce premier plan reposait sur 3 principes :

- modifier la consommation alimentaire (augmenter la consommation de fruits et légumes, diminuer celle de sel, etc.).

- modifier certains marqueurs nutritionnels (réduire l'hypercholestérolémie, réduire l'hypertension artérielle).

- augmenter l'activité physique.

Ce premier programme a notamment été relayé par la campagne de communication « manger bouger ».

Dans les programmes suivants, l'accent a été mis sur l'information et l'éducation alimentaire, l'amélioration de l'environnement alimentaire et de l'activité physique, le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels ainsi que la formation des professionnels. C'est ainsi que l'on a pu voir émerger des réseaux de prise en charge de l'obésité : chez l'enfant avec le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (RéPPOP), et chez l'adulte avec les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO).

En Nouvelle-Aquitaine, on compte 2 CSO : le CSO Nord-Aquitain (CSO-NA) dont le siège se trouve au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, et le CSO Sud-Aquitain (CSO-SA) dont le siège se situe à la Clinique Princess de Pau ; il existe également un réseau d'établissements partenaires.

Le PNNS 4, mis en œuvre depuis 2019 et qui se terminera en 2022, a pour nouvel objectif l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de surpoids et d'obésité par la structuration de parcours de soins gradués et coordonnés, en renforçant la régulation de la chirurgie bariatrique, ainsi qu'en développant la formation des professionnels de santé et l'information de la population (13).

## **2. Plan obésité**

Le Plan Obésité (PO), initié entre 2010 et 2013 en complément du PNNS, a permis la diffusion des recommandations et outils de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant la prise en charge de l'obésité auprès des médecins généralistes et des pédiatres (14). Il a également permis de mettre en place un maillage territorial de l'offre de soins avec la labellisation des 37 CSO français.

### **3. Les centres de soins en Pyrénées-Atlantiques**

Dans les Pyrénées-Atlantiques, il existe, comme expliqué plus haut, le CSO-SA situé à la Clinique Princesse à Pau. Celui-ci associe également plusieurs centres annexes que nous décrivons ci-dessous :

La Clinique Princess propose une prise en charge médicale des maladies métaboliques et endocriniennes avec des lits d'hospitalisation complète ainsi que des lits d'hôpital de jour. Le patient y est pris en charge du diagnostic au traitement, avec une grande place de l'éducation thérapeutique qui peut être proposée en session individuelle ou en groupe.

Le CSO-SA, dont la clinique Princess a le rôle de gestion, propose entre autres missions, des formations pour les professionnels de santé, pouvant être éligibles à une prise en charge par le Développement Professionnel Continu (DPC) dans le cadre de la formation médicale continue.

Le Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB) est le centre pluridisciplinaire du Pays Basque, notamment si une chirurgie bariatrique est envisagée. Les consultations avec des médecins endocrinologues, nutritionniste, et chirurgiens digestifs y sont réalisées. Il ne propose pas de programme d'éducation thérapeutique en son sein mais dirige les patients vers les partenaires locaux que sont le centre de soin Dabanta et le centre de soins de suite et rééducation Ursuya. Le service peut également orienter les patients au sein du CHCB vers l'Unité Transversale d'Activité Physique pour la Santé (UTAPS), qui propose un programme d'entraînement personnalisé coordonné par une équipe multidisciplinaire pour les patients présentant une maladie chronique (en Affection de Longue Durée (ALD) ou hors ALD).

La clinique Caradoc avec le réseau Dabanta se situe à Bayonne, c'est un hôpital de jour dédié aux personnes présentant des troubles du comportement alimentaire. Son offre de soin comporte un suivi psychiatrique, des psychothérapies, un suivi diétético-comportemental et des ateliers thérapeutiques.

La clinique Ursuya est un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisé dans la nutrition et le métabolisme, il est situé à Cambo les Bains. Ce service propose une

hospitalisation complète d'une durée moyenne de quatre semaines, pendant laquelle le patient va participer à différents ateliers permettant une rééducation nutritionnelle, la reprise d'une activité physique ou encore un accompagnement psychologique. La prise en charge est axée sur l'éducation thérapeutique du patient et la réadaptation progressive à l'effort physique.

Des cliniques privées prennent également en charge les patients obèses sur le plan chirurgical : la Clinique Navarre à Pau, la Clinique Belharra à Bayonne, la Clinique Aguilera à Biarritz, et la Polyclinique Côte Basque Sud à Saint Jean de Luz.

La Polyclinique Marzet à Pau dispose quant à elle de 5 lits de SSR Métabolique depuis 2 ans.

## **F. Place de la médecine générale**

La spécialité de Médecine Générale est la spécialité médicale dédiée aux soins primaires ambulatoires. Elle est définie par la WONCA Europe (World Organisation of Family Doctors) en 2002 par 11 caractéristiques (15) :

- Premier contact habituel avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.
- Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins et la gestion du recours aux autres spécialités.
- Approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire.
- Mode de consultation personnalisé à travers une relation médecin/patient privilégiée.
- Responsabilité de la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient.
- Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.
- Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

- Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une prise en charge rapide.
- Développement de la promotion et de l'éducation de la santé.
- Responsabilité spécifique en termes de santé publique.
- Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

En 2005 une dernière caractéristique a été rajoutée mettant en avant la responsabilisation du patient (16).

Cette définition met bien en évidence la place primordiale de la médecine générale dans la prise en charge de l'obésité, que ce soit en termes de dépistage, de prévention ou de coordination des soins.

Les médecins généralistes sont formés au dépistage de l'obésité et n'y rencontrent pas de difficultés majeures, comme peuvent le montrer différentes thèses réalisées sur le sujet (17, 18), mais ils sont parfois confrontés à des difficultés dans le parcours de soin et dans l'accompagnement des patients dans ce parcours.

On peut voir une certaine évolution dans la pratique des médecins généralistes à travers différents travaux : en effet dans une étude réalisée dans le Cher en 2010 (19), les médecins interrogés étaient bien conscients du problème d'obésité mais ne le dépistaient pas systématiquement et estimaient que ce n'était pas forcément leur rôle de prendre en charge ces patients.

En 2015, une autre thèse réalisée dans la Somme (18) met en avant des médecins plus conscients de leur rôle pivot dans cette pathologie, même si les résultats de leurs prises en charge ne sont toujours pas suffisants par manque notamment de temps et de mise en relation avec d'autres professionnels de santé non remboursés.

## **G. Objectif de l'étude**

Le but de cette étude est donc d'identifier les pratiques des médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques face au sujet de l'obésité, et ainsi mettre en avant leurs difficultés dans l'accompagnement et la prise en charge des patients en situation d'obésité, afin de leur proposer dans un deuxième temps des outils dédiés et adaptés au sein de leur territoire.

## **II. Matériel et méthode**

### **A. Type d'étude**

Pour ce travail, il a été décidé de réaliser une étude qualitative utilisant une démarche inductive, c'est-à-dire que la collecte des données et leur analyse se faisaient simultanément afin d'enrichir les entretiens tout au long de l'enquête.

Cette méthode nous est paru être la plus adaptée. En effet la recherche qualitative a pour but de recueillir des données afin d'aboutir à une démarche interprétative, elle vise à la compréhension d'un phénomène.

### **B. Population étudiée**

La population étudiée est composée de médecins généralistes exerçant dans le département des Pyrénées-Atlantiques.

Pour cela, nous avons effectué le tirage au sort d'un panel de médecins à partir de l'annuaire internet des Pages Jaunes®. Les mots clés de la recherche étant « médecin généraliste » et « Pyrénées Atlantiques » : le premier médecin de chaque page de résultat était appelé pour savoir s'il était disponible et acceptait de participer à un entretien, s'il refusait nous prenions la page de résultats suivante, et ainsi de suite jusqu'à avoir un nombre d'entretiens suffisant.

L'échantillonnage s'est terminé lorsque que nous sommes arrivés à saturation des données, c'est-à-dire lorsque nous avons observé l'absence de nouveaux nœuds sur deux entretiens consécutifs.

### **C. Recueil des données**

Le recueil des données a été réalisé par entretiens semi-dirigés à partir d'une grille d'entretien rédigée en amont (Annexe 1). Les entretiens ont eu lieu au cabinet de chaque médecin sélectionné, entre octobre 2020 et janvier 2021.

Ce type d'entretien permet de se saisir du discours et de l'expérience des personnes interrogées sur des thèmes précisés par l'enquêteur.

La procédure de l'entretien a été expliquée à l'oral à tous les médecins et une notice d'information écrite leur a également été remise (Annexe 2). Leur accord a été recueilli à l'oral avant le début de l'entretien.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone Philips® DVT1150 et d'un iPhone® SE, puis retranscrits en intégralité par écrit sur un logiciel de traitement de texte (Word®).

#### **D. Codage des données**

Le codage des données a été réalisé avec l'aide du logiciel Nvivo®, simultanément à la poursuite des entretiens. Chaque entretien a fait l'objet d'un codage par l'enquêtrice, puis d'un second codage par un médecin généraliste extérieur à l'étude.

Il en est ressorti des « nœuds », qui après avoir été catégorisés et qualifiés, ont permis la compréhension de l'expérience vécue.

### **III. Résultats**

#### **A. Population**

Au total, trente-trois médecins ont été contactés : dix-huit ont refusé ou n'ont pas répondu aux messages laissés malgré trois relances, un médecin avait un emploi du temps incompatible avec l'enquêteur principal, et quatorze médecins ont été interrogés.

Cette population de médecins interrogés était composée de sept hommes et sept femmes, dont l'âge variait entre 32 et 68 ans. Six d'entre eux étaient installés en milieu semi-rural, quatre en milieu rural et quatre en milieu urbain. La moitié d'entre eux faisaient partie d'une maison de santé pluri-professionnelle, cinq étaient en maison médicale, et deux seulement étaient installés en cabinets individuels. Le nombre d'années d'installation variait entre 1 et 39 ans. Un seul des médecins interrogés avait une formation complémentaire en nutrition, mais n'exerçait plus dans ce domaine au moment de l'étude.

Les différentes caractéristiques des médecins interrogés sont détaillées en Annexe 3.

#### **B. L'abord de l'obésité en consultation**

##### **1. Facteurs facilitant l'abord du sujet**

###### **a) Pas de tabou**

La plupart des médecins interrogés n'ont pas de difficultés pour aborder le sujet de l'obésité :

*MG 1 : « moi je l'aborde, pas de tabou, dans un sens comme dans l'autre, les anorexiques c'est pareil »*

*MG 7 : « j'y vais directement, il n'y a pas de problème »*

*MG 9 : « Alors la question de l'obésité ça me dérange pas du tout de l'aborder avec les patients »*

## **b) En fonction de la relation médecin-patient**

Certains conçoivent qu'il est plus facile d'aborder le sujet lorsqu'ils connaissent bien le patient :

*MG 2 : « si je connais la personne et que j'ai l'impression que je peux aborder le sujet et bien je le fais »*

*MG 3 : « c'est plus facile, quand on les connaît pour des renouvellements et de dire qu'à un moment donné ça va plus euh ça c'est intéressant, ceux-là généralement ils réagissent bien [...] et puis après il y a des gens qui au fur et à mesure de notre exercice médical quand on est, quand on arrive à être un vieux médecin (rires) c'est de les voir grossir et de dire que là ça va plus, voilà. »*

*MG 5 : « Chez quelqu'un qu'on suit on va plus facilement aborder le sujet petit à petit oui, au fur et à mesure des consult »*

*MG 9 : « c'est un sujet qui me semble pas difficile à aborder quand tu as un lien vraiment avec le patient, c'est vraiment pas compliqué je trouve, au contraire je crois que c'est bien pour nous de rentrer dans cette intimité-là qui parfois leur pose problème, c'est notre rôle »*

D'ailleurs un des médecins ne parle que très rarement du poids au patient, il attend que celui-ci amène la réflexion sur son poids :

*MG 12 : « je crois que j'ai jamais parlé de l'obésité directement, euh (pause) j'ai l'impression que quand les gens veulent en parler ça se voit assez vite et quand on les laisse un peu tranquille ils arrivent assez facilement à nous en parler [...] j'attends beaucoup que le patient me parle du poids, pour pas en fait, pour pas être frontal avec lui c'est à dire pour pas le braquer. Et aussi je trouve que sinon ça n'a pas d'intérêt s'il n'a pas la motivation de vouloir s'en occuper »*

## **c) Certains patients sont demandeurs d'une prise en charge**

Selon les médecins interrogés, les patients demandeurs d'une prise en charge vont évoquer d'emblée la chirurgie :

*MG 1 : « soit ils viennent, j'en ai eu une dernièrement "voilà j'ai envie de me prendre en charge je veux me faire opérer" alors je lui explique que voilà il*

*va falloir faire Dabanta, que ça va être un peu long qu'on se fait pas opérer comme ça »*

*MG 9 : « c'est rarissime quoi, que les gens viennent juste pour une obésité, ou alors ils ont des idées très rapides sur la chirurgie bariatrique »*

Et les patients sont en général bien renseignés sur les moyens pour perdre du poids :

*MG 3 : « il y a le monsieur qui est obèse et qui vient pour ça (souffle) il a déjà eu tous les conseils, je veux dire c'est pas un novice généralement, il s'est déjà renseigné sur internet, il a déjà consulté des gens, il s'est déjà mis au régime tout seul, il a déjà fait pleins de choses »*

#### **d) La prise de conscience du patient**

Pour les généralistes interrogés, il y avait souvent un élément déclencheur de la prise de conscience de la part du patient au sujet de son obésité, que ce soit un souci de santé ou une réflexion :

*MG 7 : « il suffit qu'il y ait une merde pour qu'automatiquement ils fassent gaffe, c'est tout [...] ou c'est l'électrochoc du mec qui va dire une réflexion "t'es trop gros" là c'est l'électrochoc »*

Deux des médecins ont souligné que la pandémie actuelle de la COrona Virus Disease (COVID 19) avait aidé certains patients dans cette prise de conscience :

*MG 3 : « on est un peu aidé par la pandémie de COVID parce que les obèses ont été quand même ciblés donc il y a des gens qui viennent nous voir parce qu'ils ont peur du COVID parce qu'ils sont obèses »*

*MG 13 : « alors le fait qu'il y ait eu le confinement, qu'ils ont euh, beaucoup ont pris du poids, et puis il n'y a plus de sport donc ils prennent du poids, eux-mêmes le disent "ah oui j'ai pris 2 kg", alors hop on essaye d'embrayer là-dessus »*

## 2. Aides à l'abord du sujet

### a) S'appuyer sur la clinique

Certains médecins s'appuient sur du concret et utilisent la balance ou l'IMC pour aborder le sujet, en effet la plupart des médecins interrogés pèsent régulièrement leurs patients :

*MG 5 : « on peut faire un IMC, j'aime bien m'appuyer sur quelque chose, sur des valeurs, sur quelque chose d'objectif, et puis après on voit si il y a une attente ou pas »*

*MG 6 : « de toute façon à chaque consultation je les pèse déjà, donc avec ça à chaque fois on regarde l'IMC ensemble »*

*MG 9 : « j'ai ma petite roulette IMC, mais ça s'arrête là »*

*MG 10 : « sinon ben j'essaye d'aborder le sujet en pesant, mesurant et voilà, et en lui expliquant les critères de surpoids »*

*MG 14 : « je leur demande "vous voulez vous peser ?", je leur demande, et des fois ils veulent pas, s'ils veulent et qu'ils font un peu les surpris en voyant les chiffres, tiens j'en profite pour demander. »*

Ils ne le font pas à chaque consultation, mais plutôt selon le motif de la consultation ou les antécédents :

*Enquêteur : « Est-ce que vous les pesez systématiquement ? »*

*MG7 : « Non je le vois, je les connais je le sais très bien »*

*MG 10 : « Euh non honnêtement non pas tout le temps, ça dépend pourquoi ils viennent et, alors c'est sûr que quand ils sont hypertendus, diabétiques tout ça je vais y penser plus facilement »*

*MG 12 : « j'aime pas ça, les faire passer par la balance, mais j'essaye que au moins dans l'année qu'il ait au moins une fois quoi »*

Par contre, très peu de médecins utilisent les autres mesures telles que le périmètre abdominal et le pli cutané :

*MG 1 : « après je sais qu'il y a des pinces qui existent là ou des balances spéciales mais moi j'ai pas »*

*MG 4 : « des fois le périmètre abdominal mais ça c'est, mais je le fais pas systématiquement j'y pense pas forcément »*

MG 6 : « honnêtement non je mesure pas l'abdomen je fais pas les mesures de graisse au niveau du bras tout ça, non ça je j'utilise pas, je fais pas. C'est trop chronophage en même temps »

MG 12 : « j'ai utilisé le périmètre abdominal, alors pas toujours par manque d'habitude, alors que c'est vachement bien »

MG 13 : « avant je faisais le périmètre abdominal, tout ça, mais là je le fais plus, j'avais une balance pour voir l'IMC, ça c'était quand je faisais vraiment de la nutrition, j'avais une consultation dédiée, j'y passais une heure donc c'était très prenant »

Certains médecins s'aident également de la biologie pour aborder le sujet :

MG 3 : « faire un bilan biologique en attendant »

MG 4 : « un bilan bio quand même, vérifier qu'il n'y ait pas un trouble endocrinien enfin thyroïde ou cortisol ou des choses comme ça »

MG 8 : « bilan biologique pour voir les facteurs de risque, diabète, cholestérol etc. »

MG 13 : « je leur fais faire un bilan sanguin »

### **b) S'appuyer sur les facteurs de risque**

Ils peuvent également utiliser d'autres motifs de consultation pour aborder le sujet, comme les facteurs de risque cardio-vasculaires ou les complications secondaires à l'obésité comme les arthralgies :

MG 2 : « j'essaie de l'aborder en fonction des facteurs de risque aussi »

MG 4 : « c'est souvent les patients diabétiques ou avec des facteurs de risque cardio-vasculaires un peu importants, et si je vois en plus qu'il y a un problème de surpoids c'est là que je mets le doigt dessus [...] ah si pour les problèmes de dos aussi, quand ils viennent et qu'ils ont mal au dos ou mal aux genoux, ou problèmes ostéo-articulaires là aussi quand même je leur pose la question, enfin je leur en parle »

MG 12 : « je passe par les conséquences, donc on parle de certaines problématiques et puis finalement c'est souvent eux qui disent "oui je sais que le poids" etc. »

### **c) L'obésité est une vraie maladie**

Les médecins interrogés sont persuadés que l'obésité est une pathologie à part dont il faut se préoccuper :

*MG 1 : « c'est une vraie maladie, moi c'est ce qu'on m'a appris c'est une vraie pathologie »*

*MG 5 : « et puis sensibiliser que l'obésité c'est une maladie »*

Certains médecins l'incluent donc comme un facteur de risque cardio-vasculaire et abordent le sujet avec le conseil minimal, comme pour le tabac :

*MG 1 : « c'est comme le tabac pour moi le poids de toute façon, poids taille tabac ça fait partie de la même chose quoi »*

*MG 9 : « c'est un peu comme le tabac "vous fumez ? oui" et puis vous initiez la question suivante "est ce que vous avez pensé à arrêter ?", là "vous êtes en surpoids ?" on fait l'examen clinique, "est-ce que vous avez pensé à perdre du poids ?" »*

## **3. Facteurs limitant l'abord du sujet**

### **a) Le poids : pas un motif de consultation**

Les médecins relatent bien que le poids n'est presque jamais un motif de consultation en soi :

*MG 1 : « souvent le poids on s'y intéresse en deux ou troisième motif. Il y en a peu qui viennent pour ça. »*

*MG 4 : « on vient rarement me voir pour ça en fait »*

*MG 5 : « J'ai rarement eu d'obèses qui m'ont dit qu'ils veulent vraiment maigrir quoi »*

*MG 9 : « c'est vraiment, en toute honnêteté, c'est rarissime quoi, que les gens viennent juste pour une obésité »*

Les patients n'abordent pas le sujet spontanément car ils n'expriment pas toujours de plaintes vis-à-vis de leur poids :

*MG 1 : « déjà il y en a plein qui n'ont pas envie, bah ils voient pas le problème quoi ils ont toujours bien mangé ils sont bien comme ils sont, ils voient pas le souci »*

*MG 4 : « quand ils n'ont pas de plaintes autres, c'est compliqué d'aller leur dire "il va falloir maigrir c'est pas bon pour vous" »*

*MG 8 : « au jour d'aujourd'hui ils font 90-120 kg bon ça se passe bien, euh ils sont en pleine santé en pleine forme, "pourquoi je ne continuerai pas comme ça quoi ?", ils ont du mal à s'imaginer 10 ou 15 ans ou 20 ans plus tard quoi »*

### **b) Blocage du patient**

Une des principales difficultés que les médecins expriment lorsqu'ils abordent le poids est lorsqu'ils sentent que le patient se braque, souvent lorsque le contexte personnel est difficile :

*MG 2 : « parce qu'à priori ici avec certaines personnes, euh l'évocation du surpoids ou de l'obésité, et bien amène tout de suite à une situation de blocage »*

*MG 5 : « je fais l'IMC et en parlant je vois s'il y a du répondant, si la personne elle a aucun retour et que (pause) je vais peut-être pas insister »*

*MG 6 : « alors si l'IMC est pas bon je vais assez facilement leur en parler oui, euh alors sauf ceux on voit qu'ils sont très braqués et là c'est compliqué, bon on leur en parle mais on voit qu'il n'y a pas trop d'impact »*

*MG 10 : « des fois on sent tout de suite que c'est pas la peine d'aborder le sujet (rires) »*

*MG 13 : « après c'est délicat, il y en a qui se froissent etc. donc il faut y aller avec des pincettes (rires) [...] ah si, il y a des fois on sent qu'on va, alors c'est souvent des gens qui le vivent très mal, qui vont se braquer, "oui oui je sais je fais attention", voilà alors là on comprend qu'il faut pas aller plus loin euh on sent qu'ils sont très blessés, je pense que c'est parce que, ils se sont fait une carapace, ils sont très blessés »*

Et parfois les patients refusent de monter sur la balance :

*MG 2 : « c'est extrêmement fréquent, que ce soit des gens que je connaisse ou que je ne connaisse pas il y en a beaucoup qui ne veulent pas, il y a même des diabétiques obèses qui ne veulent pas, dans ces cas-là, bon ça sert à rien de se battre »*

MG 14 : « je leur demande "vous voulez vous peser ?", je leur demande, et des fois ils veulent pas »

**c) En attente de la solution miracle**

Certains patients pensent qu'il y a des solutions miracles pour perdre du poids :

MG 3 : « parce que perdre du poids c'est la pensée magique hein »

MG 6 : « on en a aussi qui viennent avec cette idée "Docteur donnez-moi quelque chose pour maigrir" »

Les patients vont ainsi solliciter différents régimes minceur, sans le soutien évident des médecins :

MG 1 : « oui ils me parlent Weight-Watchers® ou je ne sais quoi, ou les trucs que protéine ou on enlève le gluten ou ça, non ça je, (pause) je leur dis ça sert pas à grand-chose [...] après les régimes minceur je leur dis vous allez perdre beaucoup de poids et puis vous allez reprendre donc euh non, moi je leur dis on fait pas du régime on réapprend à manger »

MG 3 : « de toute façon on peut pas les empêcher d'essayer hein, je veux dire euh par exemple la pub Comme j'aime® elle est hyper séduisante »

MG 6 : « il y en a qui m'en parlent mais voilà je leur explique quoi que c'est pas utile, qu'il n'y a pas de médicaments miracles pour maigrir et qu'on ne fait pas de régimes pour maigrir »

MG 9 : « il y en a qui ont pas mal tenté de choses comme ça quoi, des régimes hyper-protéinés, Dukan, etc. »

MG 14 : « il y avait une patiente qui m'a dit, je sais plus le nom du régime je crois que c'est Comme j'aime® qu'elle avait vu à la télé et que je connaissais pas moi du coup, et qu'elle faisait ça, et bon le problème c'est que quand c'est lancé après leur dire, bon moi je suis très méfiant sur ces, enfin celui-là en particulier je sais pas mais, sur ces régimes voilà hyper restrictif »

Il en va de même pour les compléments nutritionnels, souvent critiqués par les médecins interrogés :

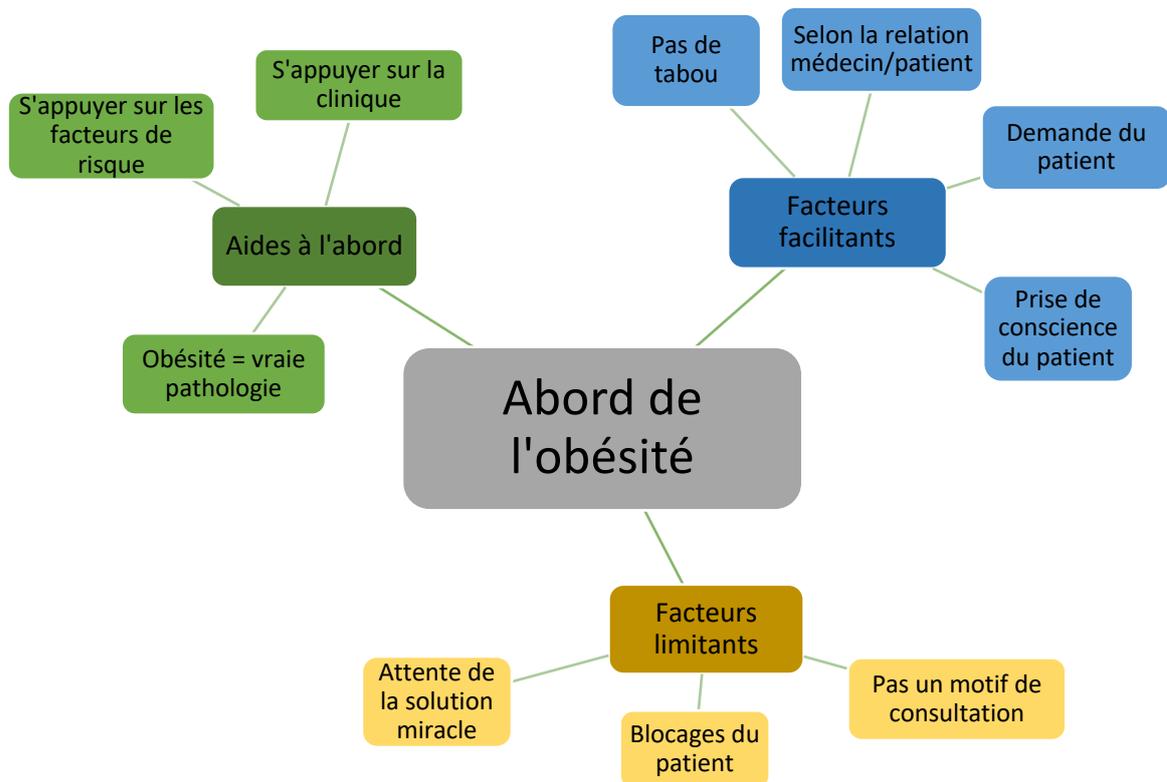
MG 1 : « quand ils me demandent les compléments bin non je leur dis vous allez perdre votre argent ça sert à rien »

MG 2 : « Ils m'en parlent mais moi je ne m'en sers pas du tout hein, ni des compléments alimentaires ni des comprimés de type lesteurs de l'estomac ou des choses comme ça »

Deux médecins ont également abordé l'influence des laboratoires pharmaceutiques dans ces ventes de compléments :

MG 4 : « Et tout ce qui est compléments alimentaires même les vitamines là que les labos qui viennent présenter leurs vitamines, non, je suis pas du tout pour, je me dis que si on mange correctement on n'a pas besoin de plus »

MG 7 : « tu sais moi j'ai vécu l'époque où il y avait des médecins sur la ville qui faisait faire des gélules par les pharmaciens [...] bon ça c'est une époque qui est révolue mais ça existait, moi je l'ai connue cette époque. La diététique elle se faisait comme ça, c'était les laboratoires aussi qui te vendaient ça, moi le Maxiton on me l'a présenté ici, il y avait le cacheton pour maigrir »



**Figure 1 :** Abord de l'obésité en consultation

## C. La prise en charge de l'obésité

### 1. Initiation de la prise en charge

#### a) *Amener une réflexion*

Les médecins essayent avant tout d'amener les patients à une réflexion sur leur obésité et sur la nécessité de perdre du poids :

*MG 2 : « je suis plutôt là pour essayer de leur faire prendre conscience et d'obtenir leur accord »*

*MG 5 : « faut plutôt amener une réflexion, c'est pour ça que ça prend du temps, c'est pour ça qu'il faut être accompagné, psychologiquement, nutritionnellement »*

*MG 8 : « Leur mettre l'accent sur le fait que bon, au jour d'aujourd'hui ça va, mais peut être que dans quelques euh pas quelques jours ou quelques mois mais dans quelques années euh ils regretteront de peser ce poids »*

Ils vont parfois tenter d'aborder le sujet pour amener la réflexion et revoir ensuite les patients spécifiquement pour le motif du poids ou pour débiter la prise en charge :

*MG 1 : « dans tous les cas quand je vois un IMC euh bon 30 je laisse mais quand je vois un 45 qui vient pour angine euh je lance la perche et je lui dis "va falloir revenir pour en discuter" ou s'il a envie d'en parler je prends le coche et là je lui dis "on y va" quoi »*

*MG 5 : « s'il ne vient pas pour ça euh on va lui faire son IMC et pointer du doigt où il en est, et puis voir un petit peu s'il est entendeur ou pas par rapport ça »*

*MG 11 : « Euh souvent on commence à en parler un petit peu, on voit la réponse du patient, s'il est motivé ou pas »*

*MG 14 : « je vais lui demander une question assez vague enfin assez large "par rapport au poids où vous en êtes ? enfin comment vous voyez les choses ?" voir un petit peu si euh si ça fait partie de ses objectifs de travailler dessus ou s'il est pas du tout là-dessus s'il a d'autres problèmes etc. Et si jamais il est intéressé pour en parler je délègue gentiment euh à l'infirmière ASALEE »*

## **b) Enquêter sur le mode de vie**

La plupart des médecins demandent aux patients la composition d'un repas type afin de relever des erreurs potentielles :

*MG 4 : « je leur pose des questions sur leurs habitudes, alors alimentaires et puis sport/activité physique et leur travail, s'ils sont célibataires enfin s'ils ont une famille, des enfants à nourrir tout ça, enfin le contexte quoi »*

*MG 8 : « enquête alimentaire toute simple, voilà enquête sur le rythme de vie »*

*MG 11 : « je leur demande d'abord de me décrire ce qu'ils mangent »*

Mais un seul médecin demande aux patients de réaliser un journal alimentaire c'est-à-dire de noter les repas (composition, quantités) ainsi que les prises extra-prandiales sur plusieurs jours afin d'évaluer objectivement l'alimentation :

*MG 10 : « quand ils sont d'accord pour qu'on les prenne en charge je leur demande de faire un, un petit retour, de noter ce qu'ils mangent, mais honnêtement il n'y en a pas beaucoup qui reviennent avec »*

Un des médecins essaye également de retracer l'histoire pondérale :

*MG 3 : « c'est décortiquer un peu cette prise de poids, c'est décortiquer les effets yoyo c'est décortiquer les régimes »*

## **c) Donner des conseils alimentaires**

La plupart des médecins reprennent avec les patients les bases des règles hygiéno-diététiques et vont essayer de corriger les erreurs flagrantes :

*MG 2 : « chez certaines personnes au cours d'une enquête qu'on peut faire ici au cabinet médical, moi-même par exemple, on peut parfois étiqueter des erreurs évidentes »*

*MG 4 : « soit je vois par moi-même qu'il y a vraiment des choses, enfin qu'ils ont des erreurs alimentaires énormes des trucs qu'ils me disent qui paraissent évidents et là j'essaye de de leur faire changer et puis je vois la consultation*

*d'après, enfin c'est des renouvellements, des consultations de renouvellement, donc je repèse et je vois si ça a fonctionné »*

*MG 6 : « on commence à revoir ensemble l'alimentation, quelques règles hygiéno-diététiques, euh voilà donc c'est ça quoi on essaye de mettre en place des petits changements, euh des choses assez simples déjà pour voir l'évolution et du coup au fur et à mesure voilà on surveille l'évolution du poids »*

*MG 7 : « tu remplis, si tu te dépenses tu maigris et si tu te dépenses pas tu stockes, voilà c'est tout, c'est les bases et ça n'a pas changé »*

*MG 8 : « après essayer de corriger à mon petit niveau s'il y a vraiment des erreurs sur l'hygiène de vie, l'activité physique etc. »*

*MG 11 : « essayer un petit peu de corriger les choses faciles, souvent les gens en corrigeant quelques petits domaines ils perdent 4-5 kilos très vite, en équilibrant le repas du matin, qui est souvent oublié, ils mangent beaucoup le soir, rien que le fait de transférer du soir au matin les charges alimentaires il y a un bénéfice assez rapide »*

Certains médecins insistent sur le fait que ce n'est pas un régime qu'il faut faire, mais plutôt de nouvelles habitudes alimentaires qu'il faut prendre :

*MG 1 : « je le met pas au régime strict parce que moi je trouve que mettre à la salade verte et tomate c'est pas le but donc je leur dit on va rééquilibrer plus »*

*MG 2 : « la prise en charge du poids c'est, c'est pas simplement des conseils, c'est pas simplement suivre les conseils, mais c'est un bouleversement de vie »*

*MG 5 : « la seule chose que je leur dis c'est que c'est pas un régime qu'il faut, faut pas utiliser le mot régime »*

*MG 8 : « leur expliquer que c'est prendre de nouvelles habitudes voilà, prendre de meilleures habitudes »*

Ils rassurent les patients sur le fait que la perte de poids prend du temps :

*MG 11 : « quand on leur explique que s'ils perdent entre 2 et 3 kilos par mois sur 12 mois ça fait 36 kilos et c'est pas la peine de les perdre trop vite autrement ils les reprendront »*

Ils vont également discuter de la quantité des aliments :

*MG 1 : « Il faut manger de tout mais en quantité raisonnable »*

*MG 3 : « C'est mettre l'accent sur euh sur la quantité de nourriture plutôt que sur la qualité parce que finalement je crois que c'est plutôt ça qui joue »*

*MG 7 : « tu gardes la qualité tu diminues la quantité »*

Et vont s'adapter au mode de vie de leurs patients :

*MG 8 : « On ne va pas conseiller la même chose à manger chez l'agriculteur, ou chez le routier qui est obligé de manger au restau le midi tous les jours, et que le type qui travaille dans un bureau et qui peut s'amener sa gamelle, en gros c'est adaptable »*

#### **d) Autres conseils donnés**

Quelques médecins vont également inciter les patients à faire de l'activité physique :

*MG 1 : « je leur prescrit le sport, je leur dis c'est 30 à 45 minutes de marche par jour »*

*MG 5 : « et puis je vais plutôt baser sur l'activité physique hein, j'aime bien leur dire bon ben l'activité physique est importante tout ça »*

*MG 8 : « après je leur conseille d'aller à la salle de gym, des choses comme ça, je suis assez sportif donc je vais conseiller sur l'activité physique en leur donnant des choses simples, euh voilà en leur disant que c'est pas en faisant de la musculation qu'ils vont perdre du poids quoi, en leur disant que si vous allez courir il faut en gros courir au moins 40 minutes avant de commencer à bruler ses graisses, voilà dire des trucs simples »*

D'autres leurs donnent des conseils sur le choix des vêtements :

*MG 3 : « Et puis aussi euh des conseils d'habillement, c'est à dire qu'en fait je demande aux gens de s'habiller à leur taille, de ne pas s'habiller dans du XXXL si ils font du XL voilà, et surtout d'arrêter de mettre tout ce qui est jogging et tout ça, jogging legging caleçon tout ça c'est l'horreur pour les femmes, ça je leur dis "je veux plus vous voir habillés comme ça, vous arrêtez, vous mettez des habits qui vous vont, qui vous serrent si vous avez grossi, qui vous alertent en fait" »*

Ou encore de retrouver du plaisir dans certains actes de la vie quotidienne :

*MG 3 : « c'est retrouver du plaisir avec, c'est l'acceptabilité en fait, qu'on trouve du plaisir pour avoir un corps un peu plus joli, et retrouver du plaisir de se faire à manger comme il faut et de savoir qu'on peut être bien en alliant manger bon et léger »*

#### **e) Les supports utilisés**

Certains médecins vont utiliser des fiches standardisées :

*MG 1 : « on va pas mentir je vais sur internet et j'imprime la fiche qui me semble à peu près correcte »*

*MG 9 : « alors j'ai un petit kit médical, le site internet, où là paf je prends les conseils »*

*MG 10 : « alors oui on a deux trois fiches à donner dans le logiciel »*

*MG 14 : « ça m'arrive encore de donner les fiches Prescrire sur le régime méditerranéen »*

Mais d'autres sont sceptiques sur l'intérêt de ces fiches :

*MG 3 : « Après d'emblée donner des fiches de régime je pense pas, ils viennent pour ça mais je pense pas que ce soit la première démarche. »*

*MG 14 : « après je suis pas convaincu que juste la donner comme ça, bon je la lis un peu avec eux mais, j'ai des doutes un peu sur l'efficacité de donner une fiche et puis débrouillez-vous »*

La plupart vont plutôt écrire durant la consultation les informations qu'ils veulent transmettre à leurs patients :

*MG 3 : « ce qui marche pas mal c'est euh ça peut être les consignes diététiques écrites à la main, devant le patient, voilà ça ça marche mieux, euh on commence par les vraiment gros interdits, le sucre, et puis après d'essayer de composer avec eux un petit déjeuner, un repas de midi et un repas du soir qui soit euh qui soit acceptable et validant et dans l'équilibre alimentaire »*

*MG 6 : « souvent moi je leur fais une petite fiche où je leur détaille certains points, euh mais voilà rapidement à l'écrit »*

*MG 10 : « sinon moi après je leur écrit en fait »*

*MG 11 : « J'écris des conseils de ce qu'il faut manger, les quantités, grosso modo, et voilà »*

On retrouve également d'autres supports comme les affiches dans la salle de consultation :

*MG 6 : « après ici ce qui marche beaucoup c'est ça (montre des affiches sur les recommandations alimentaires des adultes de Mangerbouger.fr collées sur le paravent juste à côté de son bureau) parce que moi je les ai affichées, il n'y en avait pas avant, et vraiment les affiches je vois ça les, même parfois ils vont me parler alimentation sans que moi j'en parle, ça les impacte beaucoup ces affiches, donc ça, ça marche pas mal »*

Enfin, certains médecins n'utilisent pas de support écrit :

*MG 4 : « c'est à l'oral, j'ai pas de trucs bien carrés, précis, non c'est en fonction de leurs habitudes aussi, je trouve que ça dépend de chaque personne donc j'ai pas de trucs pré-identifiés »*

*MG 8 : « je ne fais qu'en parler, je suis pas très fiches et puis bon souvent les gens ici à la campagne, c'est "oui docteur" et puis hein ça reste dans un coin. »*

*MG 13 : « je vais dire à l'oral seulement »*

#### **f) Définir des objectifs**

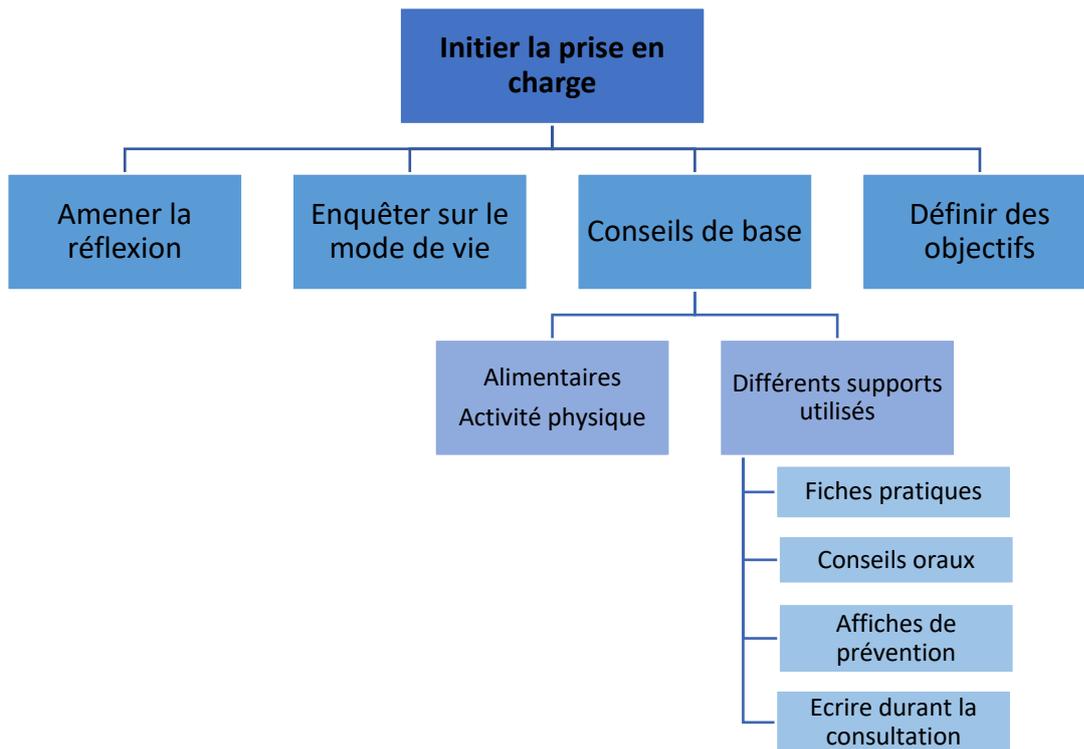
Ils vont ensuite définir des objectifs avec leurs patients :

*MG 3 : « donc c'est plutôt du long terme, ça veut dire c'est donner des objectifs qui sont atteignables »*

En sachant que ces objectifs doivent pouvoir être applicables sur la durée :

*MG 8 : « après faut pas les contraindre quoi, dès que ça devient contraignant euh on est tous capable de faire l'effort pendant 10 jours mais après c'est un travail de longue haleine donc le faire sur des mois et des années c'est plus compliqué »*

*MG 9 : « je crois qu'un régime doit être équilibré, alors encore une fois c'est un bien grand mot mais, un régime doit se tenir dans le temps ».*



**Figure 2 :** Initiation de la prise en charge par le médecin généraliste

## 2. Résultats des prises en charge

Les résultats des prises en charge des médecins interrogés sont contrastés

### a) *Résultats positifs*

Quelques médecins ont fait part du bon fonctionnement de leurs prises en charge, ils en étaient parfois eux-mêmes surpris :

*MG 1 : « Là en tout cas pour l'instant je suis plutôt contente »*

*MG 4 : « ces deux mère et fille ça marche plutôt pas mal sans prise en charge chirurgicale pour l'instant, donc oui je suis assez, assez surprise dans le bon sens »*

*MG 6 : « il y en a une partie chez qui ça marche bien franchement, puisqu'il y en a ça se voit ils ont perdu quelques kilos ça marche bien »*

*MG 12 : « Je trouve que ça marche vachement bien, rien qu'avec, mais j'étais même étonné au début, même avec des conseils très simples »*

Deux médecins pensent que ceux qui ont subi une intervention chirurgicale ont plus de chances de réussir leur perte de poids :

*MG 5 : « les seuls qui ont marché en fait c'est ceux qui ont fait, qui sont intervenus chirurgicalement, là c'est vrai que pour le coup ça marche »*

*MG 10 : « c'est pas très efficace (rires) quand même globalement, à part les gens qui ont été opérés au final »*

Et certains patients arrivent à perdre du poids sans aide médicale, avec d'autres professionnels :

*MG 2 : « moi je me suis aperçu d'un truc bête (rires) mais euh ceux qui réussissent le mieux euh à la limite ils sont pas pris en charge parfois par les médecins, ils sont parfois pris en charge par des coachs, ou des ostéo, ou des kinés ou quoi que ce soit, euh qui les voient toutes les semaines, c'est pas remboursé mais à la limite euh c'est pas forcément ça au contraire ça sélectionne les gens, et les gens qui y vont ils ont vraiment envie de perdre du poids, euh mais souvent j'ai vu des gens transformés en me disant "et bien moi je vais voir telle ou telle personne j'y vais toutes les semaines, je dépense plein d'argent et ça marche" »*

## **b) Résultats négatifs**

Mais la plupart des médecins pensent que les résultats ne sont globalement pas bons :

*MG 2 : « c'est souvent assez décevant, oui »*

*MG 3 : « Elles sont pas bonnes, elles sont pas bonnes (rires) »*

*MG 5 : « le peu que j'en ai fait (souffle) c'est voué à l'échec quoi, voilà faut que la prise en charge ne soit pas que par moi parce que sinon c'est forcément à l'échec »*

*MG 10 : « c'est un peu frustrant, c'est pas très efficace (rires) quand même globalement »*

Même ceux qui avaient pourtant des exemples encourageants :

*MG 4 : « je trouve quand même, enfin à part ces deux exemples là, après j'ai l'impression quand même qu'il y a plus d'échecs que de réussites en général dans tout ça quoi »*

*MG 6 : « ça marche pas je pense sur la majorité quand même »*

**c) Le résultat est conditionné par la motivation du patient**

Certains médecins sont plus nuancés et précisent que le résultat dépend en grande partie de la motivation du patient :

*MG 8 : « ceux qui sont sensibles ça peut marcher, après ceux qui sont pas réceptifs, ils ont beau faire n'importe quoi, aller voir 36000 spécialistes et avoir 36000 conseils euh voilà, ça se divise vraiment en deux catégories quoi »*

*MG 9 : « je sais pas je dirais en proportion un sur deux, un sur deux qui va au bout de la démarche qui applique la démarche »*

*MG 11 : « je dirais que c'est très variable, ça peut être très bénéfique, les gens sont contents, et d'autres fois c'est l'échec »*

Certains évoquent également le fait qu'initialement les patients perdent du poids mais reprennent tout par la suite car ils reprennent leurs « mauvaises » habitudes, et regrossissent en conséquence :

*MG 3 : « on sait qu'ils vont maigrir, qu'ils vont réussir à maigrir avec une prise en charge, une adaptation alimentaire et tout ça mais je veux dire combien il y en a qui regrossissent derrière ? C'est dur de conserver un poids plus bas quand on a déjà été plus haut, c'est très très dur. »*

*MG 13 : « Autant la première consultation et la première fois que je les prenais en charge ils perdaient systématiquement du poids, ça marchait super bien, mais deux ans après ils revenaient en disant que ça n'avait pas marché, ben ouais, ils ont tout repris parce qu'ils ont refait les mêmes erreurs »*

### **3. Limites de la prise en charge propres aux médecins généralistes**

#### **a) *Activité chronophage***

Pour la plupart des médecins, le principal frein à une prise en charge de qualité d'un patient obèse en médecine générale est le manque de temps lors des consultations :

*MG 2 : « enfin au sein d'une consultation, si on veut faire une enquête vraiment c'est chronophage, c'est extrêmement chronophage »*

*MG 5 : « je trouve que c'est hyper chronophage »*

*MG 6 : « déjà nous nos consultations elles sont un peu courtes donc on peut pas non plus rentrer dans des détails sur une consultation sur le poids donc on est un peu limités par le temps »*

*MG 7 : « moi j'ai pas le temps de faire ça »*

*MG 9 : « dans un temps de consultation de 15 minutes, ou 20 minutes ça dépend ce qu'on prend, euh leur aborder la question de l'obésité, les prendre en charge euh (souffle) c'est du travail très long quoi »*

*MG 11 : « mais on peut pas demander au médecin généraliste de tout faire, parce qu'on est vite débordé »*

*MG 13 : « quand des gens viennent et que je ne les aide pas alors que je pourrais les aider j'ai un peu, voilà je suis entre les deux, mais quand on les prend en charge je pense qu'il faut y passer le temps, et là j'ai pas le temps »*

#### **b) *La nutrition est une spécialité à part***

Ils évoquent également le fait que la nutrition est une spécialité à part et que d'autres professions ou spécialités font cela plus efficacement qu'eux :

*MG 1 : « c'est une spécialité à part. Moi je suis pas spécialiste obésité. »*

*MG 2 : « plutôt que de se lancer dans des enquêtes, moi personnellement les enquêtes diététiques partielles avec des conseils partiels, aussi je préfère les envoyer directement à la diététicienne »*

*MG 5 : « je pense qu'il y a des professionnels qui font ça bien et voilà »*

*MG 7 : « moi je pense qu'il y a des gens spécifiques comme les diététiciennes, chacun son boulot »*

*MG 9 : « mais encore une fois, cette personne elle a peut-être un diabète, a peut-être une hypertension, a peut-être euh d'autres soucis, et vous avez un quart d'heure pour tout gérer et aborder cette micro-question de poids, alors est ce que quelqu'un s'en charge pas mieux que vous ? très probablement ... Et ce médecin spécialiste il a cette capacité de cibler en fait la personne, avec le temps de consultation nécessaire dédié, en disant voilà peut-être qu'il y a une sphère psychologique sur laquelle il faut vraiment insister, ou bien peut être qu'il faut insister plus sur le sport, voilà. Il en voit tous les jours, il a ce recul, il a les bons outils avec lui »*

Les conseils donnés leur paraissent parfois inadaptés à la situation du patient :

*MG 1 : « je leur donne des billes, mais il faut qu'ils soient plus suivis et les patients qui ont un IMC à 40-45 c'est pas moi avec mes 3 conseils, il leur faut plus quoi »*

*MG 11 : « d'autres fois c'est l'échec, parce que peut être que j'ai pas su parler, ou j'ai pas su expliquer et voilà, et euh ou j'ai manqué de temps pour leur expliquer comme il faut, donc on envoie vers la diététicienne toujours, puisque c'est le seul truc qu'on a ici pour prendre le relais »*

### **c) Absence de formation adéquate**

Les médecins évoquent également leur manque de formation sur le sujet, et ne se sentent donc pas compétent pour gérer seuls ces situations :

*MG 1 : « mais non j'ai pas eu de formation nutrition, bah juste sur mes stages et c'est tout »*

*MG 5 : « et je ne me sens pas compétente »*

*MG 8 : « bon d'abord j'ai pas la formation pour savoir ce qu'il faut, enfin comme tout le monde mais enfin je suis novice dans la matière »*

*MG 9 : « je t'avouerais que mes connaissances sont super limitées »*

*MG 14 : « je délègue assez facilement puisque déjà je suis pas compétent, j'ai pas encore de formation là-dessus »*

### **d) Absence d'intérêt pour le sujet**

Un des médecins évoque son manque d'intérêt pour cette discipline :

*MG 5 : « c'est vraiment c'est un truc qui me passionne pas, donc tout ce qui est nutrition tout ça, ça ne m'intéresse pas du tout »*

De même, le médecin ayant son DU de nutrition et qui a donc pratiqué pendant plusieurs années a perdu de l'intérêt pour le sujet :

*MG 13 : « j'ai plus envie, parce qu'autant au début ça me plait je les prends en charge ils perdent du poids ils sont super contents, mais après ils font n'importe quoi ça m'énerve donc je lâche. »*

#### **e) Nécessité d'une multidisciplinarité**

Des médecins pensent que la meilleure façon de prendre en charge ces patients est la multidisciplinarité :

*MG 5 : « il faut qu'il y ait une prise en charge psychologique, il faut qu'il y ait un déclic de la personne, enfin il faut beaucoup de choses »*

*MG 6 : « Après bon les prises en charge approfondies c'est un peu complexe parce que c'est quand même souvent multidisciplinaire »*

*MG 9 : « si le temps est dédié au sein d'une maison de santé par des gens qui le font mieux que toi alors génial, mais quand t'es un peu seul etc. ben ouais il faut, c'est compliqué quoi »*

### **4. Limites propres aux patients**

#### **a) La motivation du patient est primordiale**

Pour la majorité des médecins, la motivation du patient est primordiale pour que la prise en charge de son obésité soit réussie :

*MG 2 : « faut déjà avoir une motivation énorme et à la limite le travail il est déjà fait au départ, le biais de sélection de la personne super motivée qui, quoiqu'elle voie en face d'elle, de toute façon elle aura de grandes chances de réussir, même toute seule »*

*MG 4 : « alors je pense qu'il y a quand même la volonté au début, enfin il y en a certains clairement ils n'ont peut-être pas forcément envie de faire l'effort, ou ils ont pas la motivation au moment voilà où on leur en parle, ils se sentent pas »*

*MG 9 : « à un moment donné il y a la démarche personnelle, qui est immense, immense, dans le sevrage tabagique, dans la prise en charge de l'obésité. En fait s'il n'y a pas un vrai, une vraie volonté, personnelle, à un moment donné on s'épuise un petit peu quoi, donc on les met face à leurs responsabilités, on leur offre les possibilités de, à nous de les aiguiller. Alors il faut pas abandonner dès le premier échec mais, je crois qu'à un moment donné voilà chacun doit prendre ses responsabilités »*

Et l'abandon du patient est assez fréquent lors d'une baisse de motivation, ou du fait de contraintes trop importantes :

*MG 3 : « généralement pour moi ils arrêtent de nous voir hein, parce qu'ils n'arrivent pas aux objectifs, mais ça va être pareil chez le voisin d'à côté, ça va être pareil chez la diététicienne, ça va être pareil »*

*MG 9 : « ils s'épuisent, très vite, très vite »*

*MG 13 : « mais non les gens ils arrêtent au bout d'un moment »*

### **b) Être prêt à changer de mode de vie**

La réussite est aussi liée au fait d'accepter et d'arriver à changer de mode de vie, et cela peu de patients semblent l'avoir bien compris :

*MG 2 : « la prise en charge du poids, c'est pas simplement des conseils, c'est pas simplement suivre les conseils, mais c'est un bouleversement de vie, c'est euh c'est vraiment bouleverser sa vie, c'est se bouleverser soi-même parce qu'il faut être capable hein de d'accepter de changer de nourriture, de changer de mode de vie »*

*MG 6 : « le problème c'est que tant qu'eux n'ont pas décidé de changer leur manière de vivre c'est difficile pour nous aussi de euh (pause) euh d'agir, voilà on peut pas être chez vous à surveiller ce que vous mangez, et ce que vous faites aussi »*

*MG 10 : « déjà il y a le changement de mode de vie que ça engendre, donc les gens ne sont pas forcément prêts à voilà, ils ont une façon de vivre, surtout dans le Béarn c'est pas toujours facile »*

*MG 13 : « c'est rare les gens qui comprennent qu'il faut changer, c'est pas un régime c'est une modification des habitudes alimentaires, et pour eux c'est un régime donc c'est limité dans le temps, et ils comprennent pas que c'est à vie qu'il va falloir changer leur façon de manger »*

### **c) Les blocages psychologiques**

Les patients peuvent aussi avoir le sentiment que leur obésité est un fait immuable, voire une fatalité, et qu'ils n'ont pas le pouvoir de changer les choses :

*MG 2 : « c'est comme ils disent souvent c'est la famille c'est dans nos gènes, ils le disent comme ça, mais (pause) c'est pas une fatalité parfois ils le disent pas comme une fatalité mais comme une évidence, euh voilà c'est comme ça et euh il n'y a pas de raison que ça change. »*

*MG 5 : « parce que pour beaucoup en fait c'est une fatalité »*

*MG 6 : « j'ai des patients âgés aussi, donc il y en a certains ils ont une sorte de fatalisme, de se dire "voilà je suis à cet âge-là c'est comme ça et puis voilà c'est pas grave", c'est compliqué eux du coup. »*

*MG 11 : « C'est l'impuissance de plusieurs régimes qu'ils ont déjà fait, c'est surtout ça, c'est le fait que ce soit une fatalité "voilà j'ai tout fait ça marche pas ben tant pis c'est comme ça, je sais qu'il faut maigrir mais je peux pas" »*

Le patient doit accepter de prendre soin de lui :

*MG 1 : « après euh c'est tabou aussi, ils ne parlent pas spécialement d'eux-mêmes »*

Pour beaucoup de médecins, le terrain psychologique est très important dans les problèmes d'obésité :

*MG 2 : « il y a souvent aussi on vient d'en parler parfois des blocages psychologiques qui sont avec »*

*MG 5 : « parce que je pense que psychologiquement il peut y avoir un frein »*

*MG 6 : « Et après il y en a qui ont besoin vraiment d'une prise en charge psychologique c'est sûr, donc il y en a ça ne marche pas parce qu'il faut une prise en charge psychologique à côté. »*

### **d) Le problème financier**

Le problème financier peut souvent être mis en avant par les patients, notamment pour aller voir des professionnels de santé non remboursés :

*MG 4 : « alors ça le seul problème c'est qu'après financièrement c'est pas possible pour tous quoi, pour les diététiciennes c'est plus compliqué »*

*MG 5 : « et après sur le plan financier je pense qu'il peut y avoir aussi, parce qu'au niveau nutritionniste etc., c'est euh, c'est pour ça que je parle de Dabanta sur Bayonne, parce qu'il y a une prise en charge financière, enfin ils n'ont rien à régler, je me dis que l'argent peut être un frein. »*

*MG 8 : « après le problème c'est que les autres prises en charge c'est souvent pas remboursé enfin ça dépend un peu des mutuelles »*

*MG 12 : « parce qu'il y a le frein financier aussi, globalement rien n'est pris en charge, en diététicien, en sport »*

Mais pour certains médecins, ce n'est pas un argument en ce qui concerne l'alimentation :

*MG 3 : « Alors le problème financier ils s'aperçoivent rapidement que l'argent qu'ils mettent dans les sodas, dans l'alcool, dans des plats tout préparés, dans des euh des bonbons, des sucreries, des pâtisseries achetées comme ça, finalement les légumes coûtent pas cher par rapport à ces pizzas toutes faites, ou MacDo tout fait ou voilà ça coûte pas cher de bien manger, ça il faut le pointer, on dit toujours les légumes c'est cher, les fruits c'est cher, non c'est euh c'est le reste qui est cher »*

#### **e) Les difficultés liées au milieu social**

Pour certains médecins, un milieu social défavorisé va entraîner plus de cas d'obésités :

*MG 1 : « Après il y a des milieux sociaux ben on le voit c'est quand même plus compliqué »*

*MG 2 : « obésité et manque d'argent, obésité et chômage, obésité et niveau social défavorisé, ben c'est clair quand on s'emmerde quand on est angoissé ben oui faut bien qu'on passe le temps et oui voilà »*

*MG 11 : « par contre après on a pas mal d'obèses jeunes oui, ou chez les personnes à situation sociale défavorisée [...] Les gens qui travaillent se prennent plus ou moins en charge, ceux qui n'ont rien d'autre à faire faut qu'ils aient une force mentale et des convictions à vouloir se créer une hygiène de vie autour d'eux »*

### **f) Les différences milieu urbain/milieu rural**

Certains évoquent également une différence entre le milieu urbain et le rural :

*MG 2 : « chez certaines personnes le rapport au corps qui peut motiver, et bien ils l'ont plus du tout, l'image du corps ils s'en foutent complètement. Chez d'autres, des citadins par exemple ça les motive un peu plus, ici à la campagne pas beaucoup. »*

*MG 11 : « il y en a beaucoup qui font du sport en plus donc ils compensent leur manque d'activité par du sport, comme les gens de la ville finalement »*

La culture régionale des patients est également mise en avant par certains médecins, le surpoids y est parfois vu comme un signe de bonne santé :

*MG 3 : « mais là il a 4 ans votre enfant là il est déjà dans, "mais non il est beau comme tout", mais oui bien sur ici au Pays Basque il est pottolo il est mignon, non non il est pas mignon il est gros, enfin je le dis pas comme ça hein (rires) mais la réalité c'est qu'il est gros. »*

*MG 11 : « Bon il y en a certains des costauds qui n'ont jamais voulu, mais après ici on a une race où il y a des os très costauds, les basquoys, et il y a des charpentes aussi, les montagnes ou les armoires à glace on a beau faire ce qu'il faut même maigres ils pèsent leur poids, même sans graisse on voit ils sont costauds, ils ont pas les muscles dessinés certes mais la graisse il n'y en a pas beaucoup quand on regarde au pli cutané euh, on peut chercher. »*

### **g) Le manque de temps**

Le manque de temps est avancé par les médecins. En effet, lorsqu'on entreprend une démarche de perte de poids, cela demande de prendre du temps pour soi ou en tout cas une planification plus importante (de l'activité physique, des consultations s'il y en a, etc.) :

*MG 1 : « ils disent qu'ils n'ont pas le temps, c'est vrai que ça demande de rentrer dans le soin »*

*MG 2 : « parce qu'il y a aussi les contraintes de temps et d'espace ici, euh aller voir quelqu'un toutes les semaines qui exerce à une heure euh c'est pas possible quoi »*

*MG 14 : « ça implique quand même de revoir toutes les habitudes de vie, enfin les habitudes alimentaires donc euh ça implique beaucoup de choses,*

*les repas, du coup ça implique aussi l'organisation familiale etc., le temps disponible qu'ils auront pour aller faire de l'activité physique, donc le travail, le fait qu'ils soient avec ou sans emploi, quel type de travail, euh (pause) donc euh les facteurs limitant oui moi je dirais le temps disponible donc le travail, la situation personnelle et familiale »*

#### **h) Le manque d'activité physique**

Un des freins à la prise en charge est également la reprise d'une activité physique qui paraît compliquée pour certains patients :

*MG 9 : « parce qu'il y en a aussi c'est parce qu'ils ne bougent pas aussi, ça c'est plus compliqué de les faire bouger, autant l'alimentation on arrive, autant certains c'est très compliqué de les faire bouger un petit peu, oui une fois qu'ils ont un déconditionnement c'est très compliqué. »*

*MG 10 : « et euh puis quand les gens sont pas sportifs globalement c'est super dur de les mettre au sport »*

*MG 12 : « je trouve qu'on a totalement oublié ce que c'est qu'un vrai, une vraie activité physique ouais, on est tellement habitué à rien faire que faire un tout petit peu ils trouvent que c'est déjà pas mal quoi, je trouve qu'on a un décalage complet avec ce que devrait être la réalité, donc ouais moi je dirais que c'est ça qui peut pêcher souvent »*

#### **i) La pensée magique**

Un des médecins a évoqué le fait que certains patients pensent que la chirurgie bariatrique va résoudre leur problème d'obésité :

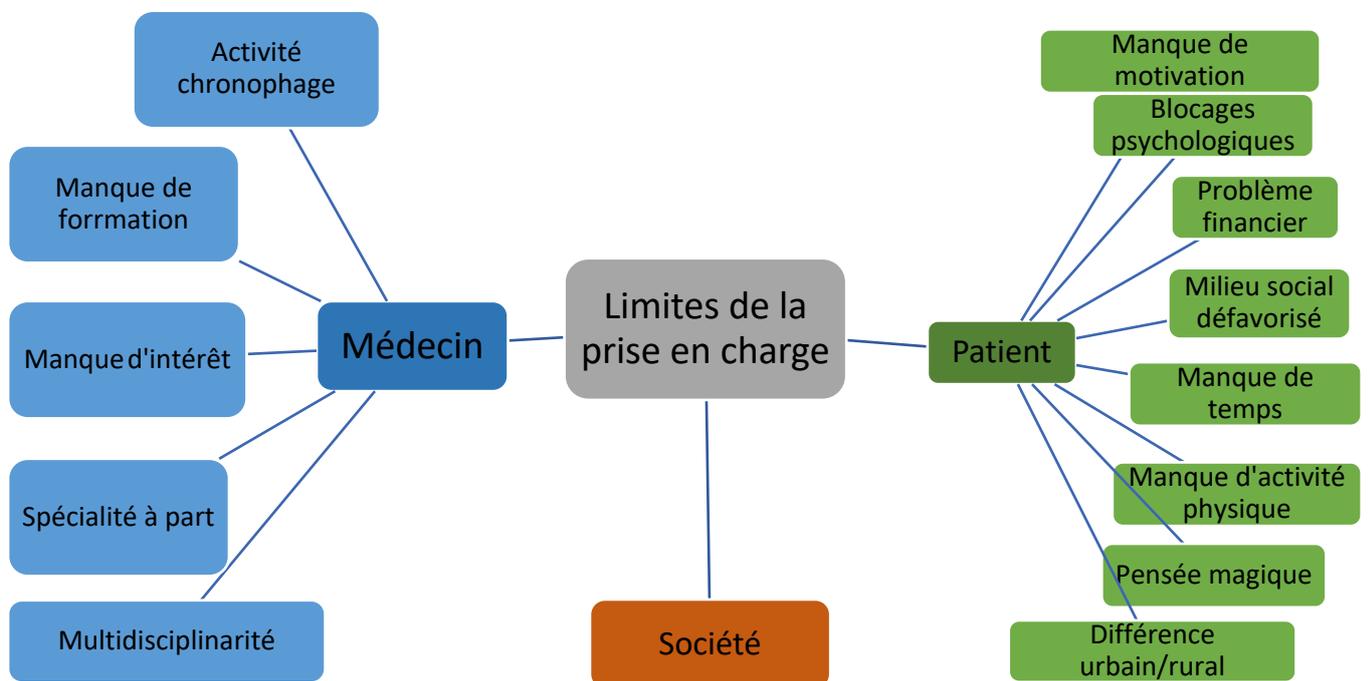
*MG 3 : « une pensée des fois un petit peu à l'envers c'est à dire elle va penser qu'elle va continuer à grossir pour aller jusqu'au bypass, et que là ça va être facile, donc là on arrive sur la pensée magique. »*

### **5. Limites liées à la société**

Certains médecins mettent également en avant le rôle des mentalités dans la société actuelle notamment dans le manque de prise en charge personnelle :

MG 3 : « perdre du poids c'est la pensée magique hein, c'est à dire qu'on peut pas perdre du poids sans effort, sans frustration, et que la frustration c'est pas du tout à la mode (rires) »

MG 7 : « C'est un laissé aller complet de la société, mais ça, ça fait partie de la société en général. »



**Figure 3** : Limites de la prise en charge de l'obésité par le médecin généraliste

## D. Le parcours de soins

### 1. Rôle du médecin généraliste

#### a) *Aborder le sujet et amener la prise de conscience*

Selon les médecins interrogés, le premier rôle du généraliste est d'abord le sujet et surtout de faire prendre conscience aux patients leur surpoids qui est en soi, un problème de santé :

*MG 2 : « Donc je suis plutôt là pour essayer de leur faire prendre conscience et d'obtenir leur accord, ce qui est déjà beaucoup. »*

*MG 5 : « donc faut plutôt amener une réflexion, c'est pour ça que ça prend du temps, c'est pour ça qu'il faut être accompagné, psychologiquement, nutritionnellement, voilà »*

*MG 9 : « l'idée c'est d'ouvrir la discussion, c'est de savoir ce qu'ils attendent »*

*MG 12 : « Les sensibiliser et démarrer la prise en charge oui, parce que je vois pas de qui ce serait le ressort sinon »*

Les médecins peuvent pour cela s'appuyer sur la relation de confiance entre le médecin et son patient :

*MG 6 : « En première intention oui quand même, on a quand même un rôle, c'est nous qui le, (pause) déjà les patients nous font souvent confiance donc si ça vient de nous très souvent quand même ça a un impact, et puis ben c'est nous qui les voyons le plus régulièrement donc il faut bien qu'on dépiste ça et qu'on commence à prendre en charge »*

Il paraît également important aux médecins de faire preuve d'empathie :

*MG 2 : « Il faut être conciliant aussi avec les gens et puis les comprendre, euh c'est pas facile de vivre dans des conditions de vie difficile, et on a besoin de, d'un peu d'espoir, on a besoin de se faire plaisir, et bien oui parfois on se fait plaisir d'une mauvaise manière mais euh faut continuer hein. »*

*MG 5 : « c'est pour ça que je parle, je leur en parle gentiment enfin, je lance une perche »*

*MG 14 : « moi j'essaye le moins possible de leur faire la morale parce que c'est pas euh, et aussi de leur donner des objectifs qu'ils pourront pas tenir, »*

A l'inverse, ils tentent d'éviter l'attitude paternaliste :

*MG 1 : « ceux qui n'ont pas envie au moins on les a informés moi c'est mon rôle, je suis pas leur maman donc moi je les informe, il y a un problème de poids, mais s'ils veulent pas se prendre en charge ben (pause), je suis pas leur maman. »*

*MG 6 : « on peut pas être chez vous à surveiller ce que vous mangez, et ce que vous faites »*

### **b) Sensibiliser sur les risques et les complications**

Le médecin généraliste a un rôle de prévention important, il va donc également sensibiliser le patient aux risques de cette pathologie et dépister d'éventuelles complications :

*MG 1 : « je vais dépister, je les envoie chez le cardiologue pour faire le cœur, je les envoie chez le pneumologue pour les syndromes restrictifs, je parle des douleurs articulaires voilà je dépiste toutes les complications »*

*MG 3 : « la prévention oui c'est notre boulot »*

*MG 5 : « le sensibiliser sur les facteurs de risque après plutôt, sur les bilans »*

*MG 8 : « je les préviens sur éventuellement les conséquences à long terme, en leur disant vis à vis du boulot, vis à vis euh de quand ils vont vieillir, etc. Plutôt dans cette optique quoi. Leur mettre l'accent sur le fait que bon au jour d'aujourd'hui ça va, mais peut être que dans quelques euh pas quelques jours ou quelques mois mais dans quelques années euh ils regretteront de peser ce poids »*

*MG 14 : « c'est notre rôle de donner des conseils quand ils sont dispos pour ça je pense »*

### **c) Orienter vers les spécialistes**

Un autre rôle important des médecins généralistes va être d'orienter le patient vers la structure ou les professionnels de santé adéquats :

*MG 2 : « en ce qui concerne la prise en charge générale euh je vais vous dire franchement que je la délègue très très facilement, enfin pas à chaque fois mais vraiment très très souvent »*

*MG 4 : « Et puis si vraiment je vois pas de choses évidentes que moi je pourrais corriger, en général je les adresse »*

*MG 12 : « j'essaye en fait d'être hyper simple et de pas creuser trop pour leur dire après "voilà vous pouvez continuer avec quelqu'un d'autre" »*

Certains médecins adressent les patients en fonction de leur degré d'obésité :

*MG 1 : « soit ils sont dans l'obésité ils sont juste limite obésité je vais pas les envoyer directement à Dabanta où c'est plus lourd, donc ceux voilà qui sont un peu limite et qui ont envie de se prendre en charge bah je le gère un petit peu moi-même »*

*MG 6 : « en fait ça dépend de la consultation parce qu'il y en a certains que je vais envoyer d'emblée, et d'autres ça va plus être au bout de quelques mois si on voit que vraiment on n'y arrive pas quoi »*

*MG 10 : « soit tu vois que c'est pas franchement efficace et j'envoie quand même sur une équipe spécialisée, enfin surtout en cas d'obésité vraiment euh, quand on voit des gens qui ont un IMC à 30 bon voilà, mais quand il y a une obésité morbide après j'envoie vite soit sur Dax soit sur Pau »*

*MG 13 : « quand ils viennent vraiment pour une perte de poids là j'adresse rapidement puisqu'ils viennent pour ça, quand ils viennent pour autre chose j'adresse pas et on en discute juste et on voit ce que ça donne avec le temps. »*

Un des médecins souligne qu'avant d'adresser un patient à un spécialiste, il faut s'assurer qu'il soit motivé pour se prendre en charge :

*MG 14 : « j'essaye quand même de voir si le patient va adhérer, parce que si c'est juste pour adresser et dire que je l'ai fait, bon s'il n'y a pas de suivi après s'ils n'adhèrent pas au suivi, donc je leur en parle systématiquement si je vois une ouverture durant la consultation, après je l'ai dans un coin de ma tête pour les patients obèses toujours »*

#### **d) Effectuer un suivi et apporter un soutien**

Pour certains la prise en charge en elle-même n'est pas du ressort du médecin généraliste. En revanche, il leur paraît important de soutenir le patient dans sa démarche :

*MG 1 : « oui je vais être là pour les suivre mais c'est pas moi qui vais les prendre en charge »*

*MG 4 : « après faire un suivi tous les mois, tous les 3 mois pour vraiment suivre le poids, le comportement alimentaire, euh moi je ne me sens pas capable, enfin capable si mais c'est surtout qu'il faudrait aussi avoir le temps et (pause) »*

*MG 5 : « en médecine générale on peut pas tout faire (rires) et euh qu'on peut les, on peut les aider à trouver le chemin mais après on n'est pas, je crois qu'on n'est pas la solution tout seul quoi, en tout cas, on peut être un élément parmi d'autres pour un soutien, mais c'est tout »*

## **2. Offre de soins médicale**

Les médecins adressent les patients à différents spécialistes en fonction des besoins de chacun.

### **a) Endocrinologue**

Certains médecins adressent en premier lieu à des endocrinologues en ville :

*MG 1 : « ou en ville aussi, donc elles font le bilan au moins obésité au Futura à Anglet là »*

*MG 7 : « quand je vois qu'il y a une obésité morbide alors là c'est l'endocrinologue »*

*MG 8 : « Après si au décours on découvre diabète ou que sais-je encore, ou autre chose, on adresse aux spécialistes en fonction du bilan biologique quoi. »*

*MG 11 : « les endocrinos voilà, surtout si c'est une femme jeune et qu'on voit que malgré les efforts elle perd pas »*

*MG 13 : « je les adresse à une consœur qui fait pareil de la nutrition »*

L'impact d'une consultation avec un spécialiste peut parfois être plus important pour les patients, sur la prise de conscience ou encore sur les changements à opérer :

*MG 8 : « si jamais il y a du diabète ou des choses comme ça donc ça sera plutôt euh endocrino au départ, parce que "le spécialiste a dit que" voilà ils sont quand même plus réceptifs »*

## **b) Chirugiens**

Peu de médecins adressent directement au chirurgien :

*MG 11 : « Ah euh pour les chirurgies bariatriques si on y arrive bien sûr quand même »*

*MG 12 : « des fois je les envoie directement au chirurgien pour qu'il leur explique tout »*

Ils préconisent plutôt une prise en charge globale avant d'arriver à la chirurgie. Ils soulignent qu'une fois rentré dans un réseau de prise en charge, le patient sera amené à la chirurgie si les spécialistes la pensent nécessaire :

*MG 1 : « donc je ne fais pas direct au chirurgien, parce que de toute façon il l'opèrera pas demain c'est ce que je lui ai dit ... ils sont plusieurs, où eux de toute façon d'eux même ils sont dans le réseau obésité donc ils adressent aux autres professionnels donc je pense qu'ils avaient dit que si on adressait aux endocrinologues ou aux chirurgiens enfin de toute façon ils avaient le même réseau et ça finissait au même endroit. »*

*MG 8 : « mais l'envoyer directement chez un chirurgien pour faire euh non ça doit se dérouler par étape quoi »*

*MG 13 : « quand c'est des obésités morbides là c'est carrément les chirurgiens, j'adresse au chirurgien qui après les fait rentrer dans l'équipe avec les endocrinologues etc. »*

*MG 14 : « directement au chirurgien non j'ai jamais fait, je passe directement par le réseau »*

Certains médecins peuvent d'ailleurs être réticents à la chirurgie bariatrique :

*MG 6 : « La chirurgie bariatrique j'ai une patiente qui m'en a parlé récemment et qui voulait mon avis, bon, moi je suis pas contre mais quand même très réticente, je j'essaye quand même de temporiser au maximum parce que j'en ai vu pas mal des post-chirurgie quand j'étais remplaçante et euh (souffle) qui allaient pas forcément très bien, enfin psychologiquement »*

### **c) Psychiatre**

Des médecins peuvent également adresser les patients en psychiatrie quand il existe des troubles du comportement alimentaire importants. Un des médecins souligne le fait que les consultations avec le psychiatre sont remboursées et sont donc plus accessibles pour certains patients :

*MG 1 : « psychologue j'ai des patients à qui j'ai déjà proposé, mais ce sera souvent psychiatre parce que c'est pas remboursé les psychologues. »*

*MG 2 : « sinon quand il y a des troubles des conduites alimentaires mais vraiment très importants directement euh en pédopsychiatrie ou en psychiatrie oui ça m'arrive »*

### **d) Réseau de prise en charge de l'obésité**

La plupart des médecins vont adresser leurs patients dans un réseau de prise en charge de l'obésité, dont ils connaissent bien l'existence, et auquel l'accès ne pose pas de difficultés.

Pour les médecins exerçant au Pays Basque, le réseau Dabanta, à travers la Clinique Caradoc, est sollicité :

*MG 1 : « et puis j'adresse facilement s'il a envie et que je vois que l'IMC est à 45 euh au réseau à Dabanta »*

*MG 5 : « moi je leur parle de Dabanta »*

*MG 9 : « je connais mes limites moi j'adresse au réseau Dabanta systématiquement »*

*MG 12 : « en passant par le réseau Dabanta »*

*MG 14 : « j'ai adressé aussi au réseau Dabanta »*

Parfois ils font également appel à l'hôpital de Bayonne :

*MG 3 : « là si c'est un bypass je vais l'envoyer sur l'hôpital, parce que là il y a un bon suivi »*

*MG 4 : « j'envoie à l'hôpital de Bayonne »*

Dans le Béarn, c'est la Clinique Princess qui accueille les patients :

*MG 2 : « soit à des équipes dont la clinique Princess à côté »*

*MG 6 : « ça m'est arrivé aussi de les envoyer à la clinique Princess qui nous fait des hospitalisations obésité où là il y a une prise en charge plus globale »*

*MG 8 : « moi je travaille beaucoup avec la clinique Princess »*

*MG 10 : « moi j'envoie à Princess »*

*MG 11 : « A la clinique Princess à Pau »*

Certains médecins font aussi appel à la Clinique Ursuya (anciennement Clinique Dieudonné) qui est un service de soins de suite et réadaptation situé à Cambo-les-Bains :

*MG 12 : « j'adresse aussi à Dieudonné »*

*MG 14 : « il y en a deux qui, à leur demande, je les avais adressés à Dieudonné »*

La plupart estiment que l'intérêt de ces centres est la prise en charge globale du patient :

*MG 2 : « ce qui motive les patients c'est qu'il y ait un groupe, ils ont l'impression d'être bien cachés à ce moment-là, euh que les divers aspects de la prise en charge et bien peuvent être pris en charge sans avoir besoin d'aller ici ou là »*

*MG 5 : « je trouve que c'est l'accompagnement psychologique, c'est le groupe, c'est l'exercice physique, je trouve que l'idée est bonne de prendre cette prise en charge globale de l'obésité. »*

*MG 6 : « l'hospitalisation ça peut être intéressant dans le sens où, enfin hospitalisation ou hôpital de jour en tout cas, ça peut être intéressant parce qu'ils ont un peu tout : ils ont les conseils de la diététicienne, ils ont le psychologue, ils ont un médecin qui va aussi être là, donc c'est intéressant »*

*MG 9 : « l'avantage du réseau Dabanta c'est qu'il y a la prise en charge globale, de la dimension psychologique »*

*MG 11 : « ils font la prise en charge globale avant d'amener au chirurgien, je pense que c'est une bonne politique »*

En revanche, ils regrettent que les patients ne soient pas assez autonomisés dans leur prise en charge, ce qui pose problème lors du retour à domicile :

*MG 13 : « alors moi j'y crois moyennement à ça, parce que les gens oui ils vont perdre du poids, on les prend en charge, on les nourrit, on leur donne la quantité qu'ils doivent manger, on les oblige à bouger, et puis dès qu'ils sont partis de là, ils reprennent tout donc moi j'y crois pas donc je les adresse pas là-bas »*

### **3. Offre de soins paramédicale**

#### **a) Diététiciens**

Tous les médecins vont adresser leurs patients à des diététiciens s'ils pensent que c'est nécessaire :

*MG 1 : « je vais pousser avec une nutritionniste ou diététicienne »*

*MG 3 : « Alors diététicienne oui parce que j'en ai à côté donc euh voilà donc on travaille ensemble »*

*MG 5 : « il y en a qui me demandent des noms de nutritionnistes ou diététiciennes, donc j'ai dans mon carnet des noms, d'ailleurs c'est d'autres patients qui m'ont donné en disant "celle-là elle est bien" donc je me suis fait une petite liste comme ça et puis je leur dis, voilà »*

*MG 8 : « j'ai tendance moi vite à envoyer chez les diététiciens »*

*MG 9 : « j'ai une dame alors je l'ai jamais rencontrée mais je l'ai là (sort une carte de visite de son bureau) parce que c'est mon réflexe, une dame qui manifestement est super, à chaque fois que mes patients sont allés la voir, c'est une diététicienne-nutritionniste »*

*MG 11 : « on envoie vers la diététicienne toujours, puisque c'est le seul truc qu'on a ici pour prendre le relais »*

#### **b) Psychologues**

Certains médecins vont adresser à des psychologues libéraux :

*MG 6 : « des fois je leur conseille aussi d'aller voir le psychologue parce qu'il y en a, on sent que c'est vraiment le problème »*

*MG 10 : « oui psychologues ça m'est arrivé oui, quand on voit que vraiment les gens en fait il y a un problème de rapport à l'alimentation quoi, quand il y a des troubles anxio-dépressifs dessous, que les gens ils te disent "mais de toute façon je mange parce que ..." voilà, ou les troubles compulsifs, enfin*

*voilà, et puis la thérapie comportementale qui est quand même efficace quoi »*

*MG 13 : « c'est vrai que quand on creusait, euh on savait qu'il y avait beaucoup euh de soucis, dans l'enfance, il y avait souvent des trucs voilà, la prise de poids c'était pas anodin, c'était parce qu'ils masquaient quelque chose derrière, donc oui il y avait des psychologues de temps en temps. »*

Mais ils se heurtent à des freins financiers et de délais de rendez-vous :

*MG 1 : « Psychologues s'ils en ont besoin, mais après c'est au niveau sous, souvent les patients que j'ai moi n'ont pas beaucoup de moyens donc euh »*

*MG 6 : « nous ici quand même les rendez-vous les délais sont assez long, pour des rendez-vous avec des psychologues donc euh c'est souvent un peu long, et puis bon même s'ils vous disent "oui oui" devant euh après derrière ils se disent "je vais pas aller voir un psychologue, aller payer 50 euros ..." donc euh oui c'est pas trop suivi. »*

C'est pour cela que la plupart utilisent les réseaux de prise en charge :

*MG 5 : « Euh (pause) psychologue comme ça spontanément que pour le problème de l'obésité non, c'est pour ça que je passe par Dabanta parce qu'il y a des psychologues et qu'il est pris en charge »*

*MG 14 : « psychologues pour ce motif et seulement ce motif non, j'ai pas adressé, mais bon comme j'adresse à des réseaux où il y a des psychologues »*

### **c) Kinésithérapeutes**

La kinésithérapie est peu prescrite pour le seul motif de l'obésité :

*MG 1 : « J'ai déjà fait du kiné voilà parce que c'est une personne qui pouvait pas du tout faire de sport, euh je lui ai prescrit quelques séances de kiné au moins pour rebouger, parce que forcément des douleurs articulaires »*

*MG 5 : « après, par rapport à la kiné alors je leur dis qu'il faut reprendre, mais j'ai pas forcément le réflexe, parce que je me dis que marcher, tout le monde peut aller marcher il n'y a pas besoin d'aller voir un kiné »*

*MG 6 : « Alors certains oui j'ai eu fait, (pause) euh il y en a certains oui j'en ai une en particulier euh que j'ai envoyée chez le kiné »*

*MG 14 : « et des kinés ça oui, quasi systématiquement, enfin souvent, après j'ai pas forcément le réflexe obésité-kiné mais bon au final, c'est quand ils se*

*plaignent d'autres pathologies liées au poids, assez facilement je prescris la kiné oui »*

#### **d) Infirmières ASALEE**

Deux médecins, exerçant en milieu semi-rural et rural, ont dans leur maison de santé une infirmière ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe) et lui adressent régulièrement des patients pour la prise en charge de maladies chroniques, dont la prise en charge nutritionnelle :

*MG 12 : « notre infirmière ASALEE, c'est super chouette, il se trouve qu'elle braque pas du tout les gens, donc c'est un peu le premier rôle de l'infirmière ASALEE : d'y aller au rythme du patient. Et donc pour des gens qui sont dans un entre deux, qui ont un pré-diabète, qui ont quelques questionnements, qui savent pas trop comment faire, qui veulent pas aller voir la diététicienne ou pour lesquels c'est pas la peine, je trouve que c'est super »*

*MG 14 : « si jamais il est intéressé pour en parler je délègue gentiment euh à l'infirmière ASALEE pour faire l'enquête alimentaire, les premiers conseils diététiques et tout ça »*

Un troisième médecin l'a également évoqué car c'est en projet dans sa maison de santé :

*MG 11 : « on va monter le réseau des infirmières ASALEE, on va le faire assez vite pour pouvoir justement faire le suivi »*

#### **e) Éducateurs sportifs**

Certains médecins vont faire appel à des éducateurs sportifs afin de faire reprendre une activité physique adaptée (APA) à leurs patients :

*MG 8 : mais sinon prof de sport et des choses comme ça oui, pour établir des programmes, là j'en ai 2-3 s'ils ont les moyens financiers voilà ça ça peut, c'est un bon outil.*

*MG 12 : « Il y a form' AP je sais pas si tu vois ce que c'est, c'est le réseau d'éducateurs sportifs, euh enfin de coach sportifs à domicile pour les personnes âgées, qui viennent une fois par semaine pendant un an, et ils passent c'est pour réintroduire les vieux à l'exercice physique, il vient voir ce qu'ils sont capables de faire et après ça se fait en petits groupes, et ça peut*

*être proposé à n'importe quel âge, et moi j'ai une jeune fille qui était boulimique anorexique sur un autisme Asperger c'était un peu compliqué, je lui ai fait découvrir form' AP pour que le gars vienne chez elle et lui fasse reprendre une activité physique, ça a marché du feu de Dieu »*

#### **4. Les Centres Spécialisés de l'Obésité**

La plupart des médecins connaissent leur réseau de proximité pour adresser leurs patients souffrant d'obésité, mais seulement deux connaissaient le terme de « Centre Spécialisé de l'Obésité ». Le seul médecin qui connaissait le CSO Sud-Aquitain était celui qui avait son DU (Diplôme Universitaire) de nutrition.

Aucun n'avait participé à une des formations proposées par le centre.

*Enquêteur : Est-ce que vous connaissez les Centres Spécialisés de l'Obésité ?*

*MG 1 : « Ben ici à part Dabanta je sais pas »*

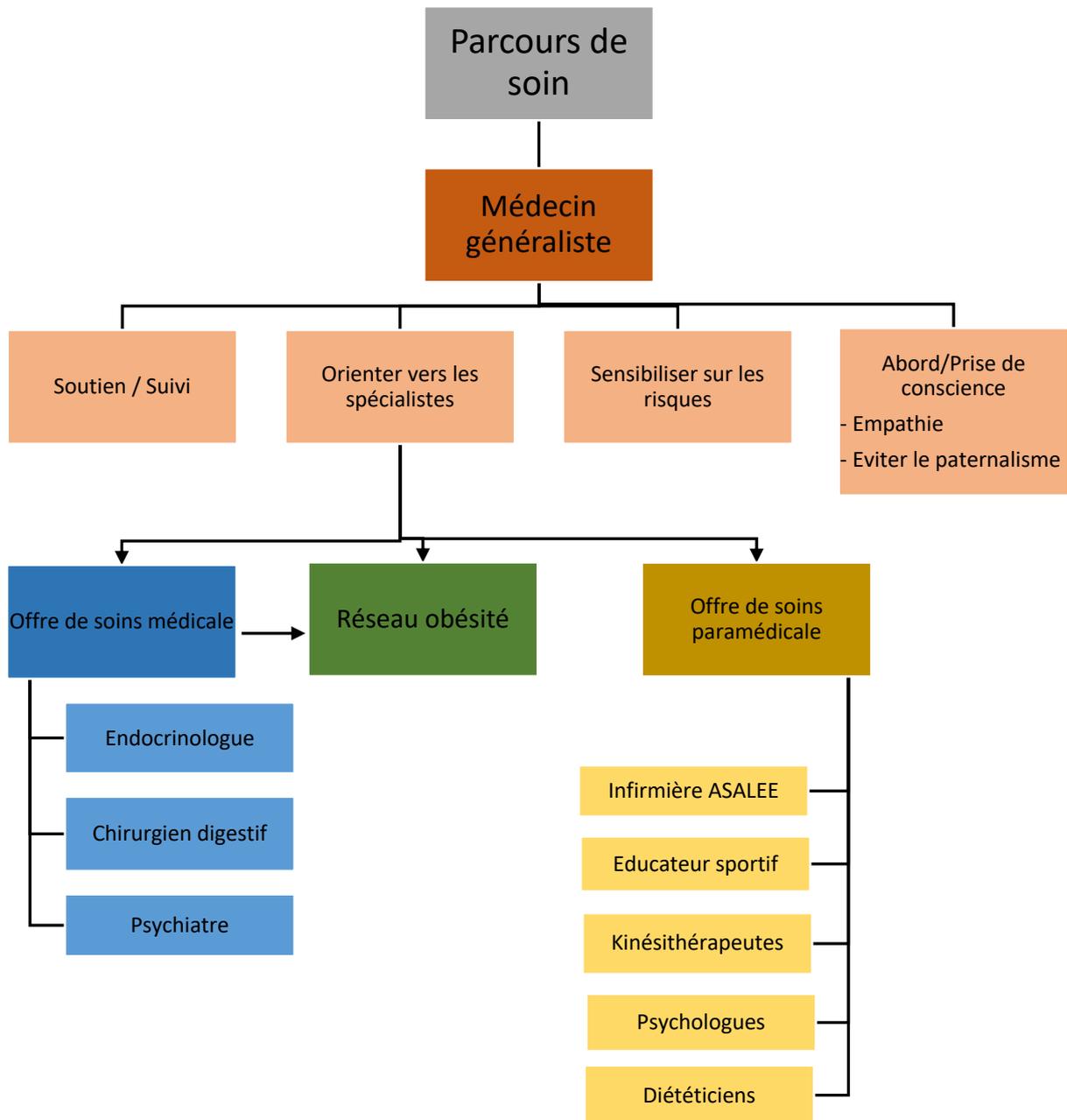
*MG 4 : « Euh ben euh spécialisé, Dabanta à Caradoc je crois que c'est, voilà, et puis après euh à l'hôpital ... après je sais pas le parcours exact quoi, je sais pas comment ils procèdent »*

*MG 5 : « Non, pour l'adulte, non. »*

*MG 8 : « Non enfin je travaille uniquement avec la clinique Princess »*

*MG 12 : « Oui une fois j'en ai entendu parler »*

*MG 14 : « Ah non non je connais pas »*



**Figure 4 :** Parcours de soin du patient en situation d'obésité

## **E. Pistes d'amélioration proposées par les médecins généralistes**

### **1. A l'échelle du soin**

#### **a) En parler systématiquement en consultation**

Certains médecins interrogés pensent qu'en tant que médecin il est primordial d'aborder le sujet du poids lorsque l'on voit que celui-ci augmente :

*MG 1 : « plus en parler aux consultations, mais moi je pense que je le fais mais voilà l'aborder tout de suite et pas attendre que l'IMC soit à 45, moi ça fait que trois ans donc j'ai pas vu la courbe mais je me dis il y a bien des confrères qui doivent bien voir la courbe monter, rien dire, et ça après c'est là que ça me semble, il faut adresser tout de suite quoi, enfin en parler tout de suite, mieux prendre en charge un IMC à 30-35 que le prendre à 45 quoi. Donc voilà en parler, à toutes les consultations comme le tabac, comme n'importe quel antécédent, oser parler du poids »*

*MG 10 : « il faudrait intervenir plus tôt, avant qu'ils en soient à un stade d'obésité morbide en fait quoi, parce qu'ils sont pas d'un seul coup obèses quoi. »*

#### **b) Prévention de l'obésité infantile**

La majorité des médecins estiment qu'il faut prendre en charge les problèmes de poids dès le plus jeune âge :

*MG 3 : « Et là où faut faire de la prévention c'est sur l'enfant obèse »*

*MG 5 : « je pense que c'est de l'éducation dès l'enfance en fait, s'il faut tabler sur quelque chose c'est là-dessus, sur l'éducation ... sur ces comportements de récompense par rapport à la nourriture qu'on peut instaurer insidieusement dans l'enfance »*

*MG 6 : « il faut surtout cibler les enfants quoi, parce qu'on le voit, enfin moi j'ai beaucoup remplacé dans des quartiers un peu défavorisés à Pau avec beaucoup d'immigration, et on voyait il y avait énormément d'enfants qui commençaient à être en obésité très vite, et à mon avis c'est surtout là-dessus qu'il faut acter quoi, il faut plus de mesures de, je sais pas, d'accompagnement, de prévention, d'information »*

*MG 8 : « Sensibiliser surtout les jeunes, que ça fasse partie de l'éducation d'un enfant, prendre des bonnes habitudes au départ quoi »*

*MG 10 : « je pense qu'il faudrait agir dès qu'ils sont euh chez les enfants en fait, c'est euh je pense que le souci il est là déjà »*

**c) Augmenter l'offre de soins**

Quelques médecins ont mentionné le fait qu'une majoration de l'offre de soins serait bénéfique, notamment plus de centres de soins spécialisés de l'obésité et d'infirmières ASALEE :

*MG 4 : « mais peut être augmenter l'offre par contre, les centres de prise en charge de l'obésité par exemple, parce que là à l'hôpital pour avoir une prise en charge à l'hôpital je crois qu'il y avait quand même pas mal de délai, enfin moi mes patients à chaque fois c'était 2-3 mois avant d'avoir un rendez-vous, et je pense que pour ça enfin pour lutter contre l'obésité il faudrait déjà avoir les structures associées qui pourraient le faire »*

*MG 12 : « après les infirmières ASALEE si on pouvait en avoir partout (rires) non mais enfin ça nous change la vie quoi, on l'a depuis un an moi ça m'a changé la vie, euh les gens accrochent et en fait ce qui est important c'est vraiment qu'ils accrochent, en dehors de la prévention qui est pas assez faite, il faut que les gens soient pas braqués, accrochent petit à petit par n'importe quel canal, mais faut quelqu'un qui ait du temps quoi, ça prend énormément de temps de voir ce que lui a en tête, qu'est ce qui lui fait peur, faut se mettre juste à sa place »*

**d) Avoir un référent local**

Un des médecins évoque la difficulté à joindre les spécialistes, et propose donc la mise en place d'un référent local :

*MG 1 : « s'il y avait un référent, ce serait quand même mieux, parce qu'on galère, les patients galèrent pour appeler Dabanta mais bon »*

**e) Formation des médecins**

Une meilleure formation des médecins est également proposée :

*MG 4 : « peut-être être plus former, enfin nous quand on est, pendant nos études en fait durant la formation je trouve qu'on ne nous en a pas parlé énormément »*

*MG 12 : « j'aimerais bien me former parce que tout ce qu'on a dit là moi je l'ai appris sur le tas et je sais pas trop si c'est bien, pas bien, enfin clairement c'est tellement prépondérant et central, j'aimerais bien être formé à ça »*

## **f) Remboursement des professionnels paramédicaux**

Un des facteurs limitant de la prise en charge pour les patients est le côté financier. Certains médecins demandent donc un remboursement de certaines consultations paramédicales :

*MG 1 : « ça serait déjà rembourser, je le dis pour tout pas que pour l'obésité, rembourser les psychologues les diététiciennes voilà au moins qu'il y ait une part de remboursée parce que les mutuelles elles en remboursent une ou deux mais moi c'est le plus gros frein, c'est ça pour les patients, c'est quand même au niveau sous »*

*MG 12 : « d'après moi il y a pleins de choses pas remboursées qui gagneraient à être remboursées...il y aurait un réseau qui prendrait du sport en charge, et un accompagnement individuel quel qu'il soit il y aurait beaucoup beaucoup de postulants quoi. »*

## **2. A l'échelle sociétale**

### **a) Alerter la population**

Certains médecins estiment que la population n'est pas assez informée sur les effets néfastes de l'obésité :

*MG 3 : « il faut alerter la population...les gens sont pas assez prévenus que l'obésité se dessine avant 6 ans, ça ils sont pas au courant »*

*MG 5 : « et puis sensibiliser que l'obésité c'est une maladie, que c'est plurifactorielle »*

*MG 8 : « les alerter sur les problèmes éventuels auxquels ils s'exposent »*

**b) Initier un changement sociétal**

La société entière doit changer pour que l'incidence de l'obésité diminue, que ce soit dans son fonctionnement ou dans les mentalités :

*MG 2 : « non le lieu le plus efficace ce serait sûrement sur un point de vue de société qu'il faudrait prendre en charge, euh la question de l'obésité, de l'alimentation, du rapport au corps, euh de l'inactivité, du temps passé devant des vidéos ou la télé, c'est, c'est vraiment un problème de société »*

*MG 3 : « c'est la vie des pays riches, quand on voit les États-Unis, le Canada, les pays d'Amérique latine, l'Asie, on a des obèses partout quoi...moi je me suis déjà promenée un petit peu en Asie, les petits asiatiques je veux dire maintenant qu'ils ont accès à toute la nourriture européenne c'est catastrophique, après parce qu'on a les magasins ouverts 24h sur 24, qui distribuent des confiseries à l'unité, à n'importe quelle heure, des sodas, des confiseries »*

Un des médecins souligne que la grossophobie, très présente dans la société actuelle, entretient la prévalence de l'obésité :

*MG 5 : « sensibiliser peut-être sur le côté psychologique, pour pas avoir cette stigmatisation du gros quand même, parce qu'on est quand même dans une société (pause) grossophobique on va dire, ce serait plutôt une éducation, des spots pour tolérer le gros quoi, je serais plus à faire ça, la tolérance du gros que d'aller stigmatiser le gros, (pause) oui je crois qu'il y a un vrai problème là-dessus, parce qu'ils sont stigmatisés je crois que ça aggrave le truc »*

Et des médecins se félicitent des avantages que présentent le département dans l'accès au sport et à l'activité physique :

*MG 7 : « actuellement je trouve qu'on revient à des choses simples et c'est ça qu'il faut mettre en place »*

*MG 11 : « après ici on est assez sportifs, il y a des clubs de tout ici, de foot, de rugby, de basket, de karaté, de hand, de judo, ici c'est sportif et c'est vrai qu'en discutant avec les cardiologues ils disent qu'ici on est quand même sportif, on a la montagne pas loin, on a la mer pas trop loin, les jeunes avec les bus à 2€ ils prennent, avec ça ils vont jusqu'à la plage, ils sont contents, c'est des changements de mentalité avec ça, il vaut mieux ça que de trainer à la maison »*

### **c) Éducation alimentaire**

L'éducation alimentaire doit pouvoir se faire par des mesures politiques locales ou nationales :

*MG 3 : « arriver à démontrer que cuisiner des légumes ça prend pas beaucoup de temps et ça coûte pas cher, c'est on prend des brocolis ou des carottes on a pas dépensé beaucoup d'argent, on n'a pas pris beaucoup de temps. Voilà faire des démonstrations. »*

*MG 10 : « travailler avec les parents peut-être, dès le plus jeune âge sur l'alimentation »*

*MG 11 : « Avant autrefois il y avait des écoles comme ça où ils apprenaient à, réservées qu'aux femmes à cette époque, à gérer les comptes du couple, savoir faire la cuisine avec des trucs simples, euh voilà il faudrait revenir à des cours comme ça pour certaines populations, ce mode d'éducation est dépassé, parce que ça c'est des choses simples qu'on pourrait apprendre. Pas à notre niveau mais au niveau cantonal par exemple, et apprendre à faire de la cuisine toute simple, une soupe en faitout, éventuellement on offre des faitouts... qu'il y ait des formations au niveau des lycées sinon »*

Il faudrait également des mesures pour limiter les taux de sucre ou graisses dans les produits transformés issus de l'industrie agro-alimentaire :

*MG 14 : « on pourrait très bien comme on interdit la cigarette interdire un taux de sucre supérieur à tant (pause) le Nutriscore, voilà le rendre obligatoire parce que ça a été récusé il me semble, c'est les entreprise si elles le veulent qui le mettent (pause) c'est plutôt sur les facteurs structurels quoi, diminuer ces stimuli qui poussent à consommer, et puis diminuer les possibilités de consommer gras voilà, je dis pas qu'il faut interdire, mais on peut très bien limiter le taux de sucre des sodas comme on limite la vitesse voilà »*

### **d) Diminuer la publicité**

Diminuer la publicité pour les produits gras et sucrés est une des solutions proposées :

*MG 7 : « moins de publicité sur la bouffe, moins de tentations sur les supermarchés parce que si tu vas dans un supermarché rien que de voir ça t'a envie de bouffer »*

*MG 12 : « beaucoup d'efforts je pense en santé publique sur les, la publicité des cochonneries qu'on mange quoi »*

*MG 14 : « la publicité de la télé globalement, enfin pas directement mais des modes de vie qui sont véhiculés ou qui sont transmis via la télé et les médias »*

Certains médecins proposent également de favoriser la publicité du mieux manger :

*MG 3 : « c'est euh peut être faire des émissions sur ces, sur ces centres de l'obésité, ou sur euh le bypass pour ou contre le bypass, comment on vit avec ça, voilà essayer d'expliquer de vulgariser ça. Après dire aux gens qu'il faut manger 5 fruits et légumes par jour ils le savent, mais voilà ce serait plutôt des (pause) arriver à démontrer que cuisiner des légumes ça prend pas beaucoup de temps »*

*MG 6 : « aussi peut être insister sur les mêmes messages de pas faire de régimes restrictifs, enfin voilà des campagnes d'information un peu plus larges. Peut-être des campagnes publicitaires pour la prévention de l'obésité infantile, enfin souvent à la télé ça passe bien (rires) »*

#### **e) Favoriser l'activité physique**

Associé à une meilleure alimentation, les médecins proposent une activité physique plus régulière :

*MG 7 : « il y a déjà toute l'activité physique déjà, forcer les gens à l'activité, mais depuis petit hein depuis l'école, et les inciter à faire du sport »*

*MG 9 : « c'est orienter les gens vers le sport »*

*MG 10 : « oui après c'est le sport, enfin je pense qu'il y a quand même un gros problème avec l'activité physique depuis l'enfance qui a vachement diminué quand même...revaloriser l'activité physique quand même parce que, les enfants encore, mais les adolescents quoi, à partir de l'adolescence il y a quand même pleins de jeunes femmes enfin jeunes filles qui font zéro sport à partir de 12-13 ans là »*

*MG 12 : « l'activité physique moi dans ma tête ce serait une priorité »*

### **f) Diminuer les temps d'écran**

En plus de favoriser l'activité physique, une diminution du temps d'écran est préconisée par les médecins interrogés :

*MG 9 : « diminuer les écrans aussi quand ils sont petits parce que ça il n'y a pas de lien prouvé mais je pense que plus ils sont sédentaires devant les écrans, moins ils font d'activité physique c'est le continuum »*

*MG 11 : « et puis peut être limiter les téléphones portables chez les ados, les écrans »*

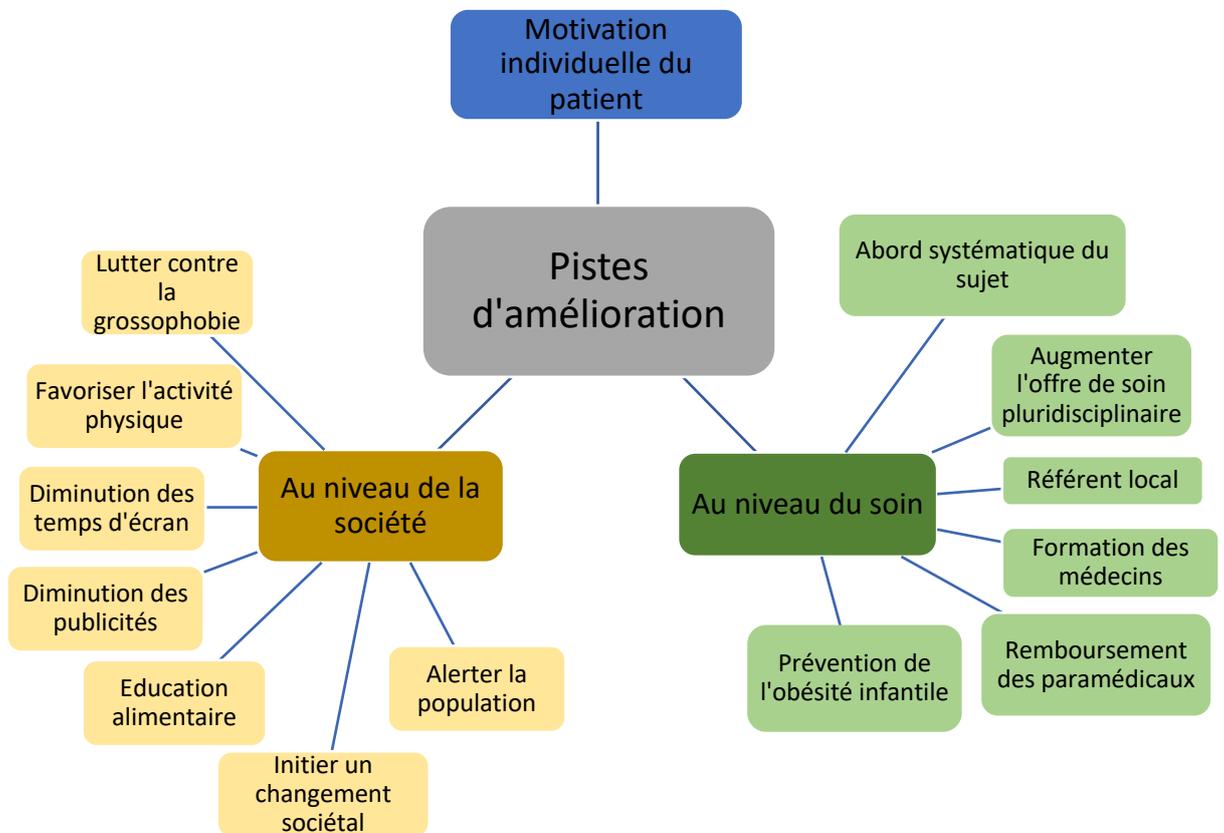
*MG 14 : « l'autre chose sur laquelle on pourrait agir c'est en dehors des contenus des écrans c'est les écrans eux-mêmes, voilà le plus possible répéter, enfin pas les interdire c'est pareil c'est pas productif, mais au moins mettre des règles simples, pas d'écran dans la chambre, des moments sans écran, etc. ... et ça on sait que ça joue sur le poids donc voilà »*

### **3. A l'échelle de l'individu**

Quelques médecins ont souligné que pour sortir de l'obésité, seul l'individu peut initier sa prise en charge :

*MG 4 : « après je pense que c'est vraiment individuel, chaque patient doit à un moment donné se prendre en charge aussi et se dire "tiens j'ai des problèmes de poids il faut que j'en parle à mon médecin" »*

*MG 13 : « je pense qu'il faut juste que les gens comprennent que, qu'ils prennent leur santé en main et que c'est pas à nous de le faire spécialement. Alors nous on peut en parler, on peut les accompagner, les aider, mais il faut qu'ils prennent conscience eux-mêmes... ils le savent qu'ils sont obèses, ils le savent, donc non il faut juste qu'ils décident, qu'ils aient la volonté, donc euh non moi je ferais rien de plus »*



**Figure 5 :** Pistes d'amélioration à la prise en charge de l'obésité

## **IV. Discussion**

### **A. Limites et forces de l'étude**

#### **1. Points forts**

##### **Méthode :**

La méthode qualitative utilisée était adaptée car l'objectif de l'étude était d'étudier les opinions, les idées et les sentiments des médecins généralistes et non de chiffrer des données, nous sommes donc passé par l'observation via des entretiens.

Les entretiens semi-dirigés ont permis de recueillir le ressenti des médecins interrogés, sans l'influence de participants comme cela aurait pu être le cas avec des focus group.

##### **Saturation des données :**

La saturation des données a été atteinte au 12<sup>ème</sup> entretien, deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de la confirmer.

##### **Sélection des médecins interrogés :**

La sélection des médecins a été arbitraire de par la sélection au hasard des médecins via le site internet de l'annuaire des Pages Jaunes<sup>®</sup>. Les différents médecins interrogés présentaient une variabilité dans l'âge, les durées d'installation ou encore le lieu de travail ce qui a permis une hétérogénéité des réponses.

#### **2. Points faibles**

##### **Biais de sélection :**

Cette étude se limitait à l'opinion de quelques médecins des Pyrénées-Atlantiques et ne représente donc pas l'opinion de l'ensemble des médecins français ni même de l'ensemble des médecins du département, elle n'est donc pas généralisable.

Nous pouvons également penser que les médecins ayant accepté l'entretien étaient plus à même de s'intéresser au sujet de l'obésité et donc d'être mieux formés à la prise en charge de ces patients.

### **Biais de déclaration :**

Les médecins interrogés peuvent avoir omis certaines données du fait de questions parfois ouvertes mais parfois un peu trop dirigées.

### **Biais d'interprétation :**

L'analyse des verbatim est toujours pourvoyeuse d'un biais d'analyse car subjective du chercheur. Toutefois, ce biais a été limité par la triangulation des données avec un deuxième codage réalisé par une personne extérieure à l'étude.

### **Biais d'investigation :**

Le chercheur principal réalisant ici sa première étude, et n'ayant pas été formé spécifiquement à l'analyse qualitative, nous pouvons retrouver dans cette étude un biais d'investigation.

## **B. Comparaison des résultats à la littérature**

### **1. Abord de l'obésité**

Nous avons observé dans notre étude un abord assez systématique du poids par les médecins interrogés lors de leurs consultations, même si le patient ne venait pas pour ce motif et si l'abord était parfois difficile du fait d'un blocage du patient. Ces résultats différaient de ceux d'une autre étude réalisée en 2010 dans le Cher et parue dans la revue *Exercer* (19), qui montrait que les médecins abordaient le poids assez tardivement, notamment lorsque survenait des comorbidités. Nous pouvons donc penser que les médecins sont plus sensibilisés à la prise en charge de l'obésité et estiment qu'ils doivent intervenir auprès de leurs patients sur cette problématique.

L'IMC est réalisé pratiquement à chaque consultation par les médecins interrogés, alors qu'il n'était presque jamais utilisé dans cette même étude. Cela se rapproche des recommandations de la HAS (14) qui préconisent de peser le patient à chaque consultation.

Contrairement à l'IMC, les autres mesures recommandées telles que le périmètre abdominal et le pli cutané étaient peu utilisées par les médecins interrogés, souvent par manque de temps et d'habitude. En pratique, le périmètre abdominal n'est pas une bonne mesure au-delà d'un certain degré d'obésité (ventre trop gros ou avec tablier par exemple). Ces conditions le rendent donc difficile à réaliser en pratique usuelle ce qui peut expliquer que les médecins généralistes l'utilisent peu. Le pli cutané quant à lui, est plus intéressant à utiliser dans les situations de dénutrition plutôt que d'obésité car il y est plus reproductible.

De manière attendue, comme dans une autre étude de 2018 réalisée en Charente (20), notre étude montrait que l'abord de ce sujet délicat qu'est le poids était favorisé par une relation médecin-patient de bonne qualité. L'importance de cette relation était également soulignée dans une étude sur le vécu de l'abord du poids en médecine générale parue dans la revue *Santé Publique* en 2019 (21). Il était constaté que la pesée et l'abord du poids en consultation étaient en majorité bien vécus par le patient du fait d'une relation de confiance avec son médecin traitant. Les seuls ayant eu une mauvaise expérience étaient des patients ayant un rapport à leur corps difficile.

Plusieurs médecins de notre étude ont évoqué le fait de demander aux patients ce qu'ils pensaient de leur poids afin de ne pas être frontal et de ne pas les froisser. Ils déclaraient également essayer d'être le plus empathique possible avec ces patients pouvant être en souffrance. Un des médecins a même évoqué la grossophobie comme étant délétère pour la prise en charge de ces patients.

En effet la société dans laquelle nous évoluons impose depuis de nombreuses années un dictat de la minceur, tout en poussant, de manière contradictoire, à la consommation. La thèse d'Alizée Contiero-Yvars publiée en 2018, sur le ressenti des patients concernant la prise en charge de leur obésité (22) nous montrait bien la pression socio-culturelle que peut subir la personne souffrant d'obésité, ainsi que la souffrance quotidienne induite par la société. L'embonpoint qui était auparavant symbole d'opulence, de puissance et de prestige, est devenu,

dans nos sociétés occidentales, un signe de relâchement autant physique que moral, condamné par la société comme étant un échec inacceptable de la volonté.

La grossophobie est définie comme l'ensemble des discriminations sociales subies par les personnes grasses (23). Les remarques bienveillantes, comme les insultes, empiètent sur l'espace personnel du sujet obèse et peuvent être ressenties comme des situations de stigmatisation. Culturellement, la grossophobie n'est pas jugée comme une problématique sociale : c'est une problématique individuelle, car l'obésité est considérée comme relevant de la faute des gens. Elle est ainsi devenue une stigmatisation ordinaire de la personne obèse, y compris par les professionnels de santé, comme peuvent le montrer différentes études (24, 25). Ceci peut entraîner pour ces individus une baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi.

La non-stigmatisation du patient obèse, par une posture empathique, que certains des médecins interrogés préconisaient, était en accord avec ce qui peut être évoqué dans la littérature internationale. Cette notion est retrouvée dans les recommandations européennes de prise en charge de l'obésité de l'adulte en soins primaires (3) ou bien dans cette étude réalisée en 2017 à Alberta (États-Unis) (26) où les patients interrogés étaient demandeurs d'une prise en charge personnelle et d'un soutien de la part de leur médecin traitant. Ou encore dans cette étude américaine de 2013 sur la perception par les patients des mots évoquant le poids lorsqu'ils étaient employés par leurs professionnels de santé (27). Elle montrait que l'utilisation de certains mots tels que « obésité », « obésité morbide » et « gras » était péjorative et donnait l'impression de blâmer le patient ce qui pouvait entraîner des situations de blocage chez celui-ci, pouvant aller jusqu'à l'évitement de rendez-vous médicaux futurs.

La question des régimes minceurs était parfois abordée par les patients, mais jamais directement par les médecins interrogés. Tous les médecins avaient une opinion défavorable de ces programmes aminçissants et préconisaient plutôt un rééquilibrage alimentaire.

Dans une méta-analyse sur les régimes hypocaloriques (28), malgré une perte de poids initiale nous retrouvons bien la notion d'échec de ces programmes à moyen et long termes, car les interdits alimentaires renforceraient le syndrome de restriction cognitive. Celui-ci apparaît lorsque se met en place un contrôle mental de la prise alimentaire, ce qui va entraîner la perte des notions de faim et de satiété, ainsi qu'une désinhibition : une fois le régime terminé, le patient remange sans repères nutritionnels ou sensoriels et donc regrossit (29).

L'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES) a réalisé en 2010 un rapport sur l'impact de régimes amincissants populaires (30). Ce rapport mettait en évidence les risques liés à ces pratiques, notamment l'induction d'un déséquilibre nutritionnel avec des inadéquations d'apport de nutriments et minéraux. Ces perturbations pouvaient entraîner des perturbations somatiques, notamment osseuses et musculaires, ainsi que des perturbations psychologiques. Ces régimes ne sont donc pas à conseiller aux patients, et ceux-ci doivent être prévenus de leur caractère potentiellement néfaste pour leur santé.

Ces régimes restrictifs et compléments nutritionnels disposent pourtant d'un espace de diffusion importants (publicités, vente en parapharmacie). Une régulation plus stricte ou une information claire sur ces produits serait à promouvoir par les pouvoirs publics.

Enfin, certains médecins de l'étude ont évoqué la méthode du conseil minimal pour initier la discussion sur le poids. Cette notion était retrouvée dans une étude parue en 2010 aux États-Unis (31), avec l'usage de la méthode des 5A, méthode fondée sur un conseil professionnel destiné à modifier le comportement, initialement utilisée pour le sevrage tabagique. Ce modèle des 5A : *Ask* (poser des questions), *Advise* (conseiller), *Assess* (évaluer), *Assist* (aider, soutenir), et *Arrange* (organiser) peut également être utilisé pour le sujet du poids, et aurait un impact plus important sur la motivation du patient à perdre du poids et à changer de comportement.

## **2. Freins à la prise en charge**

### ***a) Du médecin***

Un des freins majeurs à la prise en charge de l'obésité relaté par les médecins interrogés était le manque de formation médicale sur le sujet. C'est une limite très souvent reprise dans la littérature française, notamment dans des thèses étudiant la prise en charge de l'obésité (17, 18, 20), ou encore dans cet article paru en 2011 dans les *Cahiers de Nutrition et de Diététique* (32), où seulement 23% des médecins généralistes s'estimaient bien formés à la prise en charge de l'obésité. L'étude montrait également que, même s'ils étaient plutôt à jour sur les critères

diagnostiques de l'obésité, leur prise en charge n'était pas adaptée aux recommandations de la HAS.

Nous retrouvons également cette notion dans la littérature internationale. En effet, un article publié dans *The Lancet* en 2015 (33) mettait en évidence l'insuffisance de formation dans différents pays : aux États-Unis, les étudiants en santé ne bénéficient que de 20h de formation en moyenne sur le sujet, tout comme les étudiants australiens, alors que dans ces pays l'obésité atteint plus d'un quart de la population.

En France, la prise en charge de l'obésité est au programme du deuxième cycle des études médicales avec l'item 251 du programme de préparation à l'Examen Classant National dénommé « Obésité de l'enfant et de l'adulte » (34). Durant le troisième cycle des études médicales, les enseignements sont dispensés par le département de médecine générale de chaque faculté. A l'université de Bordeaux, il n'y a pas de chapitre défini sur l'obésité, mais ce sujet peut être abordé dans différents modules : « Patient Cardio-Vasculaire et à risque Cardio-Vasculaire », « Prévention, Dépistage, Éducation en santé, Éducation thérapeutique » et « Patient chronique, poly-pathologique et maladies graves ». Le sujet de l'obésité est donc abordé en fonction de l'enseignant, mais surtout du travail que les étudiants auront effectués en amont du cours (récits de situations complexes authentiques ou situations ponctuelles).

Le deuxième frein majeur pour les médecins était le caractère chronophage de la consultation de diététique. En effet les médecins interrogés relataient que pour faire une prise en charge optimale de l'obésité, il fallait prendre le temps de l'enquête diététique, de l'examen médical approfondi ou encore de donner des conseils plus adaptés pour chaque patient ; chose qui semblait difficile dans le cadre actuel des consultations, qui plus est sans rémunération adaptée à ce type de prise en charge (rémunération à l'acte).

En miroir chez les patients, nous retrouvons également ces deux limites, notamment dans une thèse réalisée en 2018 sur les ressentis et les attentes des patients concernant la prise en charge de leur obésité par le médecin généraliste (22) : les patients étaient bien conscients du manque de temps lors d'une consultation avec leur généraliste, et étaient demandeurs d'une consultation dédiée.

Cette consultation dédiée, rémunérée par un forfait propre n'a pas été amenée dans les propositions d'améliorations par les médecins de notre étude, peut-être par manque d'intérêt

pour la matière, ou par leur déficit de formation sur la prise en charge de l'obésité. Pourtant une cotation existe déjà pour la prévention de l'obésité infantile : nommée CSO et d'une valeur de 46€, elle peut être utilisée pour toute consultation assurant le suivi et la coordination de prise en charge des enfants à risque avéré d'obésité âgés de 3 à 12 ans. Cette cotation ne peut être utilisée plus de deux fois par an et par enfant.

De plus nous pouvons nous questionner sur l'appropriation de cette consultation par les médecins généralistes : auront-ils le temps de la réaliser ? Auront-ils l'envie de se former ? Et est-ce que cette consultation permettrait de développer la prise en charge de premier recours de l'obésité ?

### ***b) Du patient***

En ce qui concerne les freins des patients à leur prise en charge, ce qui ressort des entretiens était le manque de motivation des patients que pouvaient ressentir les médecins généralistes interrogés, ainsi que les difficultés à entendre qu'il fallait initier un changement de mode de vie. En effet la majorité relataient le fait que le patient ne se rendait pas compte de son problème de poids, qu'il le voyait comme héréditaire ou comme une fatalité. Le patient allait donc opposer une résistance à la proposition de prise en charge.

Dans son livre *Comprendre l'obésité* (35), la psychanalyste Catherine Grangeard expliquait bien les difficultés de prise en charge, et notamment ce conflit de loyauté que pouvait avoir une personne vivant dans une famille d'individus obèses : cette personne veut changer pour être acceptée par la société mais à peur de renier sa famille en changeant de mode de vie. De plus le changement amène une insécurité du fait de la rupture avec ce qui est connu de la personne, ce qui est un frein supplémentaire au changement.

La notion de motivation est retrouvée dans la littérature, du point de vue du médecin mais également du point de vue du patient : dans une thèse de 2015 interrogeant des personnes obèses adhérant à un programme d'amaigrissement non médicalisé (36), on remarquait qu'un des piliers de la réussite de la perte de poids était la motivation au changement. L'entretien de cette motivation, réalisées dans ce cas par un coach du programme d'amaigrissement, paraissait également primordial.

Cette même thèse mettait bien en avant les différents cycles du changement permettant d'initier la prise en charge de la part du patient avec le modèle de Prochaska et DiClemente (37), théorie de changement comportemental basée sur des phases successives, initialement développée pour accompagner les personnes consommatrices de substances addictives.

Ainsi, comme pour le sevrage tabagique, cette théorie peut être utilisée comme approche comportementale pour le problème du poids :

- la phase de pré-contemplation : le patient ne voit pas son obésité comme étant problématique, il n'envisage pas de changement. Le rôle du médecin est alors d'informer pour favoriser la prise de conscience.

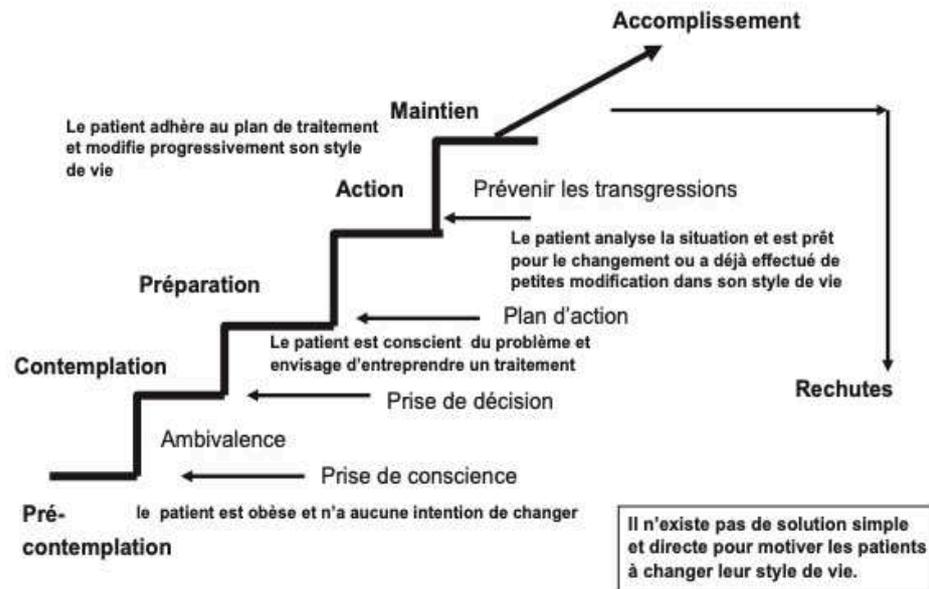
- la phase de contemplation : le patient a pris conscience de son obésité, il envisage une action à ce sujet mais présente encore une ambivalence pour la mise en action. Le médecin peut discuter des avantages et des inconvénients que ce changement procurera au patient, et ainsi augmenter sa confiance en soi.

- la phase de préparation : le patient établit un plan d'action et se prépare au changement. Le médecin peut alors l'aider à établir ce plan et donner des objectifs atteignables. Il peut également soutenir les petites modifications de comportement déjà initiées par le patient.

- la phase d'action : le patient établit les changements de son mode de vie, avec l'accompagnement du médecin qui continue à le soutenir.

- la phase de consolidation : les changements de comportement ont été intégrés par le patient, le médecin doit alors l'aider à anticiper les difficultés qu'il pourra rencontrer et trouver des comportements de résolution le cas échéant.

- la rechute : très fréquente, le médecin doit alors soutenir le patient afin de maintenir la confiance en soi du patient. Il est important d'essayer de comprendre le pourquoi de la rechute afin d'anticiper la difficulté lors du prochain cycle de changement. Cette notion doit être considérée par les professionnels de santé, afin de lutter contre la grossophobie médicale.



**Figure 6 :** Stades de motivation selon le modèle de Prochaska et DiClemente adapté à l'obésité (38)

Pour aider les patients à initier ce changement et à le maintenir, la méthode de l'entretien motivationnel semble être la plus adaptée et il serait intéressant de la renforcer au cours de la formation médicale. En effet les grands principes de l'entretien motivationnel selon Miller et Rollnick (39) sont la collaboration aidant-aidé, la croyance en l'autonomie du patient et la capacité d'évoquer chez ce dernier la motivation au changement.

Un article paru dans la revue *Obésité* (38) en 2009 a mis en avant l'entretien motivationnel et donné des outils pour les médecins généralistes afin qu'ils aident leurs patients à initier un changement. Parmi les facteurs clés de l'entretien motivationnel, on retrouvait certaines vertus prônées par les médecins généralistes interrogés dans notre étude : l'empathie, l'absence de confrontation, ainsi que l'évitement d'un paternalisme médical en favorisant plutôt l'autonomie du patient.

Les difficultés psychologiques du patient étaient souvent rapportées par les médecins comme étant un frein majeur à la perte de poids, mais très peu des médecins interrogés allaient solliciter directement un psychologue ou un psychiatre afin d'initier une prise en charge spécifique notamment avec les thérapie cognitivo-comportementale (TCC) par exemple. Or celles-ci sont préconisées par la HAS (14) dans la prise en charge des troubles du comportement

alimentaire. D'après une revue de la littérature Cochrane réalisée à partir de 36 essais comparatifs (40), une TCC était plus efficace qu'un placebo pour induire une perte de poids. De plus, lorsqu'elle était combinée à une intervention sur l'alimentation et sur l'activité physique, elle induisait une réduction pondérale plus grande qu'avec une intervention sur l'alimentation et sur l'activité physique seule.

Ces TCC vont ainsi tenter de modifier des automatismes. Elles interviennent sur la restructuration cognitive qui permet de mettre en lien un événement précis, une émotion, des pensées et un comportement ; en travaillant sur les méthodes de gestion des stimuli et sur le renforcement positif.

La psychanalyse peut également être intéressante pour comprendre la personne obèse de manière globale. Comme l'exprime Catherine Grangeard (35), axer la prise en charge du patient obèse sur le comportement « manger moins, bouger plus » est réducteur. Le mode de vie de chaque patient a été modelé par des événements psychiques qui ont pu être refoulés, et la psychanalyse permet d'aller chercher la signification de ces événements. Cela amène à la compréhension des raisons profondes du mal-être du patient. En travaillant sur ces points, on pourra ensuite initier un changement en acceptant la restriction et intégrer progressivement un nouveau mode de vie.

Un suivi psychologique est également recommandé par la HAS avant une chirurgie bariatrique et dans le suivi post-chirurgical (41), afin d'évaluer un risque de déséquilibre psychique. En effet, la chirurgie induit une transformation physique qui peut être importante et rapide, et ainsi modifier le rapport au corps des patients. Elle peut également modifier l'oralité, du fait notamment de la perte de la sensation de faim.

Cela montre bien que la prise en charge psychologique d'un patient obèse est prépondérante dans son parcours de soins, elle devrait être proposée plus systématiquement par les médecins généralistes.

Enfin, les difficultés socio-économiques étaient également reconnues par les médecins pour être un obstacle à la prise en charge de l'obésité. En 2012, l'enquête Obépi-Roche (12) avait analysé la prévalence de l'obésité dans la population française en fonction du niveau d'étude et du revenu des foyers interrogés. Nous retrouvons à l'époque une relation inversement proportionnelle entre ces deux variables et la prévalence de l'obésité : lorsque le

niveau d'étude et les revenus augmentaient, la prévalence de l'obésité diminuait de manière significative.

En revanche, le milieu socio-économique défavorisé n'est pas un frein à une prise en charge adaptée et efficace. En effet la thèse du Dr Loddo réalisée au CHU de Bordeaux en 2015 (42) montrait que les patients obèses précaires présentaient des obésités plus importantes, mais qu'elles n'étaient pour autant pas plus difficiles à prendre en charge, et ces patients adhéraient tout aussi bien au suivi avec une perte de poids identique aux patients non précaires.

En fonction de la catégorie sociale, les normes nutritionnelles peuvent être différentes. On retrouve cette notion dans une étude qualitative publiée dans la *Revue Française de Sociologie* (43). Ces différences étaient liées aux représentations de l'alimentation, mais également à celles du corps. Par exemple, dans les catégories populaires où les professions étaient souvent plus physiques que dans les catégories sociales plus aisées, le surpoids était perçu comme un signe de force et de bonne santé pour le travailleur.

A Strasbourg, un projet de plusieurs thèses a été réalisé dans les quartiers défavorisés de la ville afin d'interroger les déterminants sociaux et territoriaux de l'obésité ainsi que le rapport au poids des patients adultes vivant en milieu précaire dans ces quartiers. Les auteurs ont réalisé des observations de consultation de médecine générale ainsi que des focus group. Le projet a été nommé FETOMP (Formation à l'Éducation Thérapeutique à l'Obésité en Milieu Précaire) (44, 45). Parmi ces travaux, celui de Charlotte Piquet (45) mettait bien en évidence que pour les patients précaires, le surpoids avait d'autres causes que les mauvaises habitudes alimentaires et l'absence d'activité physique. Or c'est le rôle du médecin généraliste d'être à l'écoute du patient pour déceler ces difficultés (difficultés financières, sociales, administratives, ou encore situations de violences domestiques).

La précarité favorise le surpoids par le stress qu'elle engendre, mais également l'exclusion sociale, les troubles psychologiques ou le chômage. D'où l'importance d'un travail pluridisciplinaire avec la collaboration d'acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux.

### 3. Rôle du médecin généraliste et offre de soins

Dans notre étude, les médecins interrogés soulignaient bien le fait que leurs rôles principaux étaient de dépister l'obésité, de faire prendre conscience au patient les risques que cela peut engendrer pour sa santé, et d'initier une démarche de soin.

Mais selon eux, la prise en charge en tant que telle du patient présentant une obésité revenait à d'autres professionnels de santé, que ce soient des spécialistes, des paramédicaux, ou des centres de soins spécialisés. Ceux-ci étaient mieux formés, avaient plus de temps à consacrer au patient, et lui offrait ainsi une prise en charge optimale.

Une thèse réalisée dans le Morbihan en 2017 allait dans ce sens (46), et mettait en avant le point de vue du patient sur la prise en charge de son problème de poids par le médecin généraliste. Il en ressortait que les patients attendaient que le médecin généraliste initie une prise en charge, mais que lorsqu'elle était proposée, celle-ci était le plus souvent discordante par rapport à leurs besoins, jugée trop contraignante ou, au contraire, trop simpliste.

Dans une autre thèse interrogeant des patients adhérents à un programme d'amaigrissement non médicalisé (36), ceux-ci représentaient leur médecin traitant comme une bonne ressource pour perdre du poids du fait de ses compétences médicales et de la connaissance de leur dossier. Pour eux, le médecin avait un rôle primordial dans la prévention, le diagnostic, le suivi, et la gestion des complications de l'obésité. Mais dans la majorité des cas, les adhérents ne se tournaient pas vers lui pour traiter leur problème de poids, car il ne semblait pas être considéré comme l'interlocuteur privilégié pour ce problème. En effet, certains patients estimaient que le médecin manquait de temps et parfois d'intérêt pour la question du surpoids.

L'offre de soins dans le département semblait bien connue par les médecins interrogés. Ils savaient, selon leur territoire, à qui s'adresser, et une fois rentré dans le réseau, le patient était guidé facilement. En revanche, le fonctionnement semblait parfois incertain dans l'esprit des médecins : certains ont noté qu'il serait plus facile d'avoir un référent pour adresser les patients, afin qu'il y ait une attente moins longue avant une prise en charge, de manière à ne pas faire retomber la motivation du patient à entamer une démarche de soin.

Le CSO-Sud Aquitain, qui est géré par la Clinique Princess à Pau, était connu des médecins généralistes de proximité car il s'agit de l'établissement où exercent des endocrinologues, spécialisés de longue date dans la prise en charge de l'obésité. Mais il n'était pas connu en tant que référence de la région Sud-Aquitaine, notamment par les médecins qui peuvent se trouver plus éloignés (Côte Basque et Pays Basque intérieur). On retrouvait cette méconnaissance des CSO dans une thèse réalisée dans la région Midi-Pyrénées (47) où seulement 15% des médecins généralistes connaissaient ces CSO.

Des formations ou une campagne d'information seraient à proposer aux médecins pour parfaire cette connaissance et ainsi adresser pertinemment les patients. Nous avons aussi créé une fiche information destinée aux médecins généralistes du département, afin de leur rappeler les différentes structures disponibles pour la prise en charge de leurs patients obèses (Annexe 5).

Dans notre étude, quelques médecins adressaient directement leurs patients à des chirurgiens lorsqu'ils pensaient que la chirurgie bariatrique était une solution envisageable.

Dans les recommandations, la chirurgie digestive de l'obésité est une option chez des patients présentant une obésité massive ( $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ ) ou sévère ( $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ ) associées à des complications graves de l'obésité (41). Certains médecins interrogés présentaient une certaine méfiance face à la chirurgie bariatrique, car ils avaient pu voir des exemples d'échecs en consultation. En effet comme le montrait la thèse d'Aude Kerloc'h de 2020 sur le point de vue des médecins sur le parcours de santé des patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique (48), il était fréquent d'observer une perte du suivi des patients opérés. Le manque de communication entre les professionnels de santé était mis en avant, ainsi que le manque de coordination des soins ville-hôpital.

Afin d'améliorer le suivi des prises en charge chirurgicales, la communication entre les chirurgiens et les médecins traitants de ces patients opérés est primordiale. Mais le patient doit également se responsabiliser et entendre la nécessité d'un suivi au long cours afin de préserver la réussite de cette chirurgie. Ce suivi doit être médical, mais également diététique et psychologique. D'ailleurs, une meilleure communication avec les paramédicaux, par courrier notamment, doit également se mettre en place pour détecter précocement les difficultés post-chirurgicales.

Parmi les professionnels de santé sollicités par les médecins interrogés on retrouvait le dispositif ASALEE, encore peu utilisé dans notre département et en effet il n'a été cité que par 3 médecins, exerçant en milieu semi-rural ou rural seulement.

Le dispositif ASALEE a été créé en 2004 à l'initiative de médecins généralistes du Poitou-Charentes, c'est un projet de coopération entre professionnels de santé dans le cadre des soins primaires et il a pour objectifs d'améliorer la qualité des soins ainsi que de répondre à l'augmentation et à la modification de la demande de soins. Il est constitué de médecins généralistes et d'infirmières qui collaborent au sein de cabinets médicaux pour la prise en charge des patients mais également pour des actions de prévention.

Les médecins interrogés faisant parti de ce dispositif déléguaient ainsi à l'Infirmière Déléguée à la Santé Publique (IDSP) l'éducation thérapeutique de leurs patients présentant une maladie chronique, dont notamment l'éducation nutritionnelle des patients diabétiques ou à risque cardio-vasculaire élevé.

L'éducation thérapeutique est définie par l'OMS comme « ayant pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (49). Cette éducation thérapeutique est préconisée par la HAS en médecine générale pour la prise en charge de l'obésité. Cependant, du fait du manque de temps allégué par la plupart des médecins dans cette démarche, certains préfèrent la déléguer afin qu'elle soit réalisée de façon optimale.

Dans une thèse de 2020 croisant le regard des médecins, des infirmières et des patients sur le dispositif ASALEE dans les Landes (50), on retrouvait des bénéfices pour chacun des protagonistes : les patients par une meilleure autonomisation, une amélioration de leurs analyses biologiques et une diminution de leur traitement ; les médecins avec une approche différente de la médecine par la délégation des tâches et un travail d'équipe souvent sollicité par les jeunes générations de médecins ; et les infirmières au travers d'une valorisation, d'une nouvelle compétence en éducation thérapeutique et d'une autonomie nouvelle dans leur travail.

Ce dispositif serait donc à promouvoir dans le département des Pyrénées-Atlantiques pour accentuer l'éducation thérapeutique des patients présentant une maladie chronique, parfois liée à une obésité. De plus, le financement étant pris en charge par l'association ASALEE par convention avec le Ministère de la Santé, le patient n'a pas à avancer les frais de la consultation.

La pluridisciplinarité était plébiscitée par la plupart des médecins, mais freinée par le non-remboursement de certains professionnels de santé pouvant intervenir dans la prise en charge de l'obésité. Ces professions étaient peu sollicitées par les médecins interrogés, ou proposées uniquement aux patients ayant des revenus suffisants.

C'est le cas des diététiciennes, pourtant souvent citées par les médecins car à proximité des centres de soins (trois médecins étaient dans une maison de santé où exerçait une diététicienne). Plusieurs thèses avaient déjà retrouvé ce facteur de limitation du point de vue des médecins (20, 51).

Cette profession aurait pourtant une place importante dans la prise en charge en ville de l'obésité, car comme le relatait les médecins interrogés, l'enquête et les conseils diététiques sont une activité chronophage que certains médecins ne vont pas initier du fait d'une durée de consultation trop courte. De plus la formation spécifique de diététicien permet de donner des conseils plus approfondis sur l'alimentation. Rappelons que dans notre étude la majorité des médecins ne connaissaient que les conseils de base de la nutrition et s'estimaient peu formés dans ce domaine.

L'accès aux psychologues pouvait être également problématique pour les patients ayant peu de revenus, même s'ils étaient peu sollicités par les médecins généralistes de notre enquête. Nous avons déjà évoqué dans le chapitre précédent l'intérêt des différentes prises en charge psychologiques pour le patient. D'ailleurs, des entretiens avec des psychologues sont très souvent sollicités dans les réseaux de prise en charge de l'obésité.

Néanmoins, le remboursement pourrait évoluer pour cette catégorie professionnelle. En effet, depuis maintenant trois ans l'assurance maladie a initié une expérimentation de remboursement à 100% des consultations, dans quatre départements chez des psychologues agréés, sur prescription médicale. Les résultats de cette expérience ne sont pour l'instant pas publiés.

De plus en mars 2021, suite à l'épidémie de la COVID 19 et à ses répercussions sur la santé mentale des Français, des annonces ont été faites afin de rembourser des séances auprès de psychologues :

- l'assurance maladie permet aux étudiants de bénéficier de 3 séances avec un psychologue sans avance de frais, sur prescription médicale (52).

- les fédérations de mutuelles, assurances santé et institutions de prévoyance ont annoncé la prise en charge de plusieurs consultations de psychologues par an, sur prescription médicale et dans la limite de 60 euros par séance. Cependant cette annonce est en attente de discussion avec les syndicats de médecins et de psychologues.

Toutes ces mesures peuvent faire espérer un pas vers le remboursement prochain des consultations chez un psychologue lorsqu'elles seront prescrites par un médecin. C'est d'ailleurs ce qui a été annoncé par le Président de la République lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie en septembre 2021, dans le cadre d'un forfait de consultation.

#### **4. Pistes d'amélioration**

Les pistes d'amélioration à privilégier seraient principalement des changements sociétaux avec des mesures fortes à initier au niveau de l'éducation et des industries agro-alimentaires. Comme l'ont dit plusieurs médecins, il serait important de mettre en place de réelles mesures au niveau commercial afin d'informer le grand public des effets néfastes de certains produits, notamment les produits transformés.

En France, a été mis en place depuis 2017 le Nutri-Score, système d'étiquetage nutritionnel apposé à l'avant des emballages par les producteurs sur leurs produits, sur la base du volontariat, comme l'a souligné un des médecins. Il est basé sur une échelle de 5 couleurs : du vert foncé au rouge ; associé à des lettres allant de A à E pour optimiser son accessibilité et sa compréhension par le consommateur (53).

Il a été développé pour faciliter la compréhension des informations nutritionnelles par les consommateurs et ainsi de les aider à faire des choix éclairés. Il a été montré dans une étude de 2021 (54) que les consommateurs étaient plus informés sur les aliments sains lorsque le Nutri-Score était présent, et faisaient même une différence entre les grades extrêmes (A et B, D et E). Cela a également mis en avant que les répondants exprimaient des intentions d'achat plus élevées pour les produits avec un Nutri-Score positif (A et B) que pour les produits avec un Nutri-Score péjoratif (D et E).

Cependant, le lobbying des industries agro-alimentaires a actuellement encore un pouvoir important, comme le montre un article de la revue *Prescrire* de 2019 (55) qui dénonçait comment la firme Coca-Cola® a essayé d'instaurer un doute dans la mise en cause des boissons

sucrées dans l'obésité, notamment en finançant un réseau universitaire aux États-Unis. En France, cette firme avait d'ailleurs fait partie du groupe d'industriels ayant combattu le système d'étiquetage Nutri-Score.

Le Nutri-Score est donc un premier pas dans l'information du consommateur. Mais du fait qu'il ne soit pas obligatoire, de nombreuses marques ne l'apposent toujours pas sur leurs produits.

En 2004, l'OMS avait publié la Stratégie Mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé (56), avec notamment des recommandations nutritionnelles et sur l'activité physique, ainsi que sur les politiques alimentaires et de prévention.

Certains pays ont, comme la France, mis en place des politiques de lutte contre l'obésité, concernant notamment la réduction des taux de sucre, les publicités ou encore les grandes chaînes de restauration rapide :

- Depuis 2016, la Grande-Bretagne a instauré une taxe sur les boissons sucrées. En outre, le gouvernement a proposé de nouvelles mesures en 2020 suite à l'hospitalisation de son Premier Ministre Boris Johnson pour infection à la COVID 19, celui-ci ayant clairement inculpé son surpoids comme la cause de son séjour en soins intensifs. Ces nouvelles mesures devraient interdire les publicités pour la malbouffe avant 21 heures, obliger les restaurants et chaînes de vente à emporter à préciser le nombre de calories dans leurs menus, ou encore mettre fin aux promotions des supermarchés sur les aliments gras et sucrés (57).

- Au Chili, le Ministère de la Santé a instauré depuis 2016 ce qui est considérée par l'OMS comme la loi la plus ambitieuse et restrictive mise en place en matière de lutte contre le surpoids et l'obésité. En effet cette loi a mis en place plusieurs mesures dont : l'étiquetage obligatoire des produits alimentaires riches en calories, sucres, sel et graisses saturées (par un logo négatif noir, plus facilement accessible à tous notamment aux enfants) ; le contrôle des publicités à destination des enfants ; le retrait du marché de certains produits (notamment les produits contenant des jeux) ; une taxe sur les boissons riches en sucre ; ou encore l'intégration de modules éducatifs à une alimentation saine et à la pratique d'une activité physique dans les établissements scolaires dès le plus jeune âge (58).

- Des politiques similaires sur l'étiquetage informatif des produits alimentaires ont été adoptées en 2018 dans d'autres pays comme l'Uruguay, le Pérou, ou encore Israël.

Ces mesures tendent à se multiplier, et la France fait partie actuellement des « bons élèves ». Cependant, elles ont encore un impact trop faible pour engendrer une diminution de la prévalence de l'obésité.

Le deuxième point évoqué par une majorité de médecins était la prévention de l'obésité infantile. En effet celle-ci est en pleine expansion, et les enfants en surpoids aujourd'hui seront potentiellement les adultes obèses de demain.

Les médecins ont évoqué plusieurs pistes pour prendre en charge l'obésité infantile : la première en consultation en pesant et en traçant les courbes d'IMC afin de repérer un rebond d'adiposité précoce ; la deuxième au niveau éducationnel, en privilégiant l'apprentissage d'une alimentation saine en milieu scolaire, et en incitant à une diminution de la sédentarité.

Le PNNS 4 (13) mis en œuvre depuis 2019, avait d'ailleurs plusieurs objectifs concernant les enfants et adolescents :

- Mesure 4 « protéger les enfants et les adolescents d'une exposition à la publicité pour les aliments et boissons non recommandés »

- Mesure 5 « permettre à tous de bénéficier d'une restauration collective de qualité en toute transparence : assurer une montée en gamme de la restauration par un approvisionnement de 50% de produits bio, durables et de qualité d'ici 2022 et promouvoir le Nutri-Score dans ce secteur »

- Mesure 6 « étendre l'éducation à l'alimentation de la maternelle au lycée ».

Pour l'instant ces mesures ne sont que peu appliquées, cela est probablement dû, en partie, à la pandémie de la COVID 19 et au confinement qui a entraîné une fermeture des écoles pendant plusieurs mois. Cela a par ailleurs augmenté chez les jeunes le temps d'inactivité et celui passé devant des écrans, et donc potentiellement devant les publicités.

Les propositions évoquées étaient en accord avec les publications internationales. En effet une étude publiée en 2015 dans la revue *Obesity* (59) réalisée sur un échantillon de 6000 enfants de 9 à 11 ans dans plusieurs pays, a montré qu'une faible activité physique, un temps passé devant la télévision élevé et une courte durée de sommeil étaient significativement corrélés à une augmentation de l'obésité chez l'enfant.

En France, la prise en charge spécialisée de l'obésité de l'enfant est coordonnée par le RéPPOP, qui a pour objectif d'améliorer la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.

Le RéPPOP Aquitaine peut prendre en charge tous les enfants et adolescents de moins de 17 ans qui présentent une obésité en Aquitaine. Cette prise en charge dure 2 ans, elle repose sur le suivi régulier par le médecin habituel de la famille (s'il est membre du RéPPOP) ou par un autre médecin du réseau. Le patient peut également bénéficier d'un suivi diététique et/ou d'un suivi psychologique dont le coût des consultations est pris en charge par le RéPPOP.

Le RéPPOP Aquitaine propose des formations pour les professionnels de santé sur le département des Pyrénées-Atlantiques depuis 2013 dans le Béarn, et seulement depuis 2018 sur le Pays Basque. On observe donc une différence de l'offre de soins et de l'activité du RéPPOP dans ces deux territoires.

Un état des lieux sur l'activité du RéPPOP Aquitaine au Pays Basque a été réalisé cette année par le Dr Laporte (60), retrouvant plusieurs problématiques : un maillage territorial insuffisant dans le Pays Basque « intérieur » limitant ainsi le suivi de proximité ; l'absence d'ateliers thérapeutiques de groupe pour les patients suivis par le RéPPOP ou le centre hospitalier de la Côte Basque ; une offre de soins diverses mais pouvant entraîner une confusion dans l'orientation et le suivi des patients.

Des pistes de travail notamment sur l'amélioration de l'offre de soins, mais également du parcours de soins et des liens entre les différentes structures, ont été débutées afin de répondre à ces problématiques. Une plaquette d'information à destination des médecins généralistes du département est notamment en cours d'élaboration afin de sensibiliser ces derniers à l'obésité infantile.

Chez les enfants et adolescents, une des mesures également plébiscitée par les médecins interrogés était la diminution des publicités en faveur des produits gras, salés et sucrés.

C'est également une mesure demandée depuis 2014 par l'Union Européenne dans son plan d'action pour lutter contre l'obésité infantile, et proposée par Santé Publique France dans un rapport de 2018 (61). En effet, la loi du 20 décembre 2016 (62) a mis en place un principe d'autorégulation en supprimant la publicité dans les programmes jeunesse (moins de 12 ans). Ce principe reste peu efficace puisque le temps passé devant ces programmes (toutes chaînes confondues) représente moins de 1 % du temps passé devant la télévision chez les enfants de 4

à 17 ans (61). De plus, le temps accru passé sur internet par les enfants et adolescents doit imposer une régulation de la publicité sur ce média encore peu encadré.

La valorisation de l'activité physique était également plébiscitée par les médecins généralistes interrogés. En effet beaucoup de patients ne se rendaient pas compte du rôle primordial de l'activité physique dans la prise en charge de l'obésité.

Chez un patient obèse, la pratique d'une activité physique régulière, même sans perte de poids associée, a des effets bénéfiques sur la santé (63) par : une diminution de la graisse intra-abdominale et du tour de taille, des effets sur le profil cardio-métabolique, une augmentation de la masse musculaire, une amélioration de la condition physique (capacités cardiorespiratoires et aptitudes musculaires), et des améliorations au niveau d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire souvent associés (HTA, dyslipidémies, pré-diabète et diabète de type 2).

Il faut bien entendu adapter le niveau d'activité physique au patient, celui-ci pouvant parfois être déconditionné à l'effort. De même, un patient en situation d'obésité peut présenter des douleurs articulaires, il est donc nécessaire de préconiser des activités en décharge ou à faible impact articulaire (activités physiques aquatiques ou vélo par exemple).

L'activité physique sur ordonnance est une des solutions proposées depuis 2016 par la loi Santé (64). Au Pays Basque, il existe depuis maintenant 10 ans l'association Côte Basque Sport Santé (65) qui a été reconnue en janvier 2020 en tant que Maison Sport Santé en France, certifiée par le Ministère des Sports et le Ministère des Solidarités et de la Santé. Elle permet aux personnes ayant une ALD de bénéficier d'un programme de réentraînement en collaboration avec le Centre Hospitalier de la Côte Basque et d'une adhésion à l'association Sport Santé pendant une durée de 12 mois. L'activité physique peut également être prescrite par un médecin pour des patients sédentaires sans ALD, et prise en charge pour une durée de 3 mois via un Pass'Sport Santé.

Ce type de prescriptions pourrait tendre à se généraliser sur le territoire. En effet elles sont plébiscitées par les patients souffrant d'obésité comme le souligne cette thèse de 2018 sur le vécu des patients obèses concernant l'activité physique adaptée (APA) (66). Les patients savaient bien que l'activité physique était importante dans la prise en charge de leur surpoids, mais avaient besoin d'une aide motivationnelle pour initier la pratique d'une activité physique. Le fait que cette activité physique était guidée par des éducateurs qui prenaient en compte les

difficultés du patient et adaptaient les exercices en conséquence, permettait de renforcer l'estime de soi.

Toutefois, pour que l'activité physique sur ordonnance soit popularisée il faut que les médecins soient formés à cette pratique. Car comme le montre une thèse de 2020 réalisée dans les Landes sur la prescription de l'APA (67), seulement 32,1 % des médecins généralistes interrogés ont réalisé une prescription durant les six derniers mois. Qui plus est, seuls les médecins installés dans un territoire bénéficiant d'un dispositif local d'activité physique adaptée et formés à la prescription d'activité physique réalisait ce type d'ordonnance.

Le SSR métabolique a également pour rôle de reconditionner certains patients obèses à l'exercice physique. Nombre d'entre eux se voient prescrire du sport sur ordonnance à l'issue d'un séjour de réentraînement physique et nutritionnel. Ainsi au Pays Basque, ils sont dirigés vers l'association Côte Basque Sport Santé via le Pass'sport Santé.

De plus il faudrait que les dispositifs de sport santé soient mieux connus des médecins généralistes. Pour cela, un annuaire a été créé sur le site internet de la Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée, mais celui-ci n'est malheureusement pas toujours complet (68).

Enfin, en mars 2021, une proposition de loi visant à démocratiser le sport a été adoptée au Parlement (69), un amendement y prévoit notamment la prescription d'activité physique élargie aux personnes présentant une maladie chronique ou certains facteurs de risque cardiovasculaires, cela concerne donc maintenant des patients présentant une obésité, une hypertension artérielle, ou encore un syndrome dépressif.

## **5. Obésité et COVID 19 : la prise de conscience ?**

En 2020, l'épidémie liée à la COVID 19 a exposé au grand public ainsi qu'au corps médical la problématique de l'obésité. En effet il a été démontré que l'obésité était un facteur de risque de forme grave lors d'une infection à la COVID 19 (70, 71), et ce notamment chez des sujets jeunes (72).

Ce risque accru d'une infection à la COVID 19 sévère peut résulter de l'intrication de plusieurs mécanismes (73) : des troubles de la mécanique ventilatoire (syndrome restrictif des patients obèses), la présence de comorbidités fréquemment associées et qui sont connues pour

jouer un rôle délétère (diabète de type 2, hypertension artérielle), ainsi que des réactions immunologiques et inflammatoires excessives, encore exacerbées par des dépôts de graisse ectopiques, y compris intra-thoraciques.

Comme l'a exprimé un des médecins interrogés, cette pandémie peut donc sensibiliser les individus en surcharge pondérale sur leur état de santé et les inciter à se prendre en charge.

En revanche, cela peut également induire une majoration de la stigmatisation et de la grossophobie. En effet, mettre en évidence cette partie de la population comme étant très à risque a pu impacter d'autant plus les personnes souffrant d'obésité. L'obésité a été surreprésenté par rapport aux autres maladies chroniques, probablement devant les difficultés de prise en charge de ces patients du fait de leur morphotype : mobilisation d'un nombre de soignants plus important pour leur apporter les soins médicaux et de nursing, alors qu'il existait une pénurie de soignants ; difficultés pour les soins techniques comme les intubations oro-trachéales.

En outre, le confinement a eu des conséquences sur la santé mentale de tous, comme le montre cette récente revue de la littérature (74), avec une majoration des syndromes dépressifs et des troubles anxieux, ainsi que de syndromes de stress post-traumatiques pour les patients ayant été atteints par la COVID-19.

Ces conséquences ont été d'autant plus importantes chez les individus obèses, déjà potentiellement fragiles psychologiquement : une étude menée auprès de patients obèses d'une clinique et d'un centre de chirurgie bariatrique (75) a rapporté une augmentation de l'anxiété de 72,8 % et un accroissement de la dépression de 83,6 % après l'entrée en confinement. De plus, la peur de grossir, qui avait pu être alimentée par les médias et le monde scientifique, avait tendance à majorer l'anxiété liée à la situation sanitaire et à provoquer un stress supplémentaire qui pouvait aggraver les compulsions alimentaires.

De surcroît, la pandémie a également entraîné des difficultés socio-économiques, comme une augmentation du chômage ou une insécurité économique, qui peuvent impacter la santé psychique des individus. Or on sait que l'obésité a une prévalence plus importante dans les catégories sociales les plus modestes. Ainsi la pandémie risque donc d'aggraver la situation, que ce soit dans l'accès à une alimentation plus équilibrée ou l'accès aux soins. Il serait

intéressant d'évaluer le ressenti des patients souffrant d'obésité suite à la pandémie de la COVID 19.

Il est donc primordial pour les médecins généralistes d'instaurer un climat de confiance auprès de ces patients, afin d'entamer une démarche de soins et de les accompagner tout au long du parcours de soins.

## V. Conclusion

L'objectif de ce travail était de recueillir le ressenti et les difficultés que pouvaient éprouver les médecins généralistes dans la prise en charge des patients souffrant d'obésité. Les entretiens semi-dirigés ont permis de mettre en évidence toute la complexité de cette pathologie, relevant de nombreux déterminants : psycho-comportementaux, génétiques, environnementaux, économiques, ou encore sociétaux.

Le médecin généraliste est bien à même de dépister l'obésité ainsi que d'initier les premiers conseils, notamment quand cela concerne ses patients. Il doit être vigilant aux changements de poids de ses patients, qui peuvent être le reflet de difficultés psychiques, sociales ou économiques. La relation de confiance qu'il a tissé avec chaque patient permet d'évoquer l'obésité avec empathie et sans stigmatisation, en tenant compte des déterminants personnels de chacun.

C'est ainsi que le médecin va pouvoir aider le patient à initier un changement comportemental en lui indiquant les bénéfices qu'il aurait dans sa vie quotidienne à perdre du poids, notamment par les stratégies de renforcement des capacités que sont l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique.

Bien entendu, les principales difficultés du médecin généraliste telles que le manque de temps, de formation, ou encore de rémunération spécifique ont été évoquées.

Il doit donc pouvoir s'appuyer sur un réseau de soins, composé de professions non médicales : diététiciens, psychologues, infirmiers formés à l'éducation thérapeutique ou encore éducateurs sportifs. Il serait intéressant de proposer aux médecins généralistes du département un annuaire de ces professionnels de santé, afin d'orienter au mieux les patients de chaque canton. Le fait de travailler en maison de santé pluri-professionnelles pourrait également nous inciter à proposer des ateliers thérapeutiques en groupes, comme peuvent le proposer certains centres de soins spécialisés.

En second recours, les patients doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement par des spécialistes libéraux ou des établissements de santé, puis par des centres spécialisés en nutrition en troisième recours. Pour aider les médecins généralistes à adresser leurs patients, une fiche d'information sur le parcours de soin a été élaborée lors de ce travail de thèse, avec notamment

les coordonnées des différents centres de prise en charge de deuxième et troisième recours (Annexe 5).

Par ailleurs, si les politiques publiques ont placé le médecin généraliste au centre de la prise en charge du patient souffrant d'obésité, il n'a que peu de moyens pour réussir seul cette prise en charge. Une responsabilité doit également être prise face aux industries agro-alimentaires, notamment des mesures concrètes contre les produits néfastes pour la santé ou la publicité faite à outrance. De plus, des mesures doivent être poursuivies pour limiter l'obésité infantile : l'éducation nutritionnelle et l'éducation à l'activité physique doivent commencer dès le plus jeune âge, tout comme la limitation des temps d'écran ; et les réseaux de soins tels que le RéPPOP doivent être promus auprès des médecins de premier recours.

Enfin, il est nécessaire pour aider le médecin généraliste mais surtout le patient, de modifier les normes sociales qui régissent les comportements individuels et collectifs, et de lutter contre la grossophobie.

La prise en charge des patients souffrant d'obésité est donc bien une entreprise collective, sociale et médicale. Le patient est au cœur de celle-ci, et le médecin généraliste a donc le rôle de coordonner l'équipe pluridisciplinaire en charge.

## VI. Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids [En ligne]. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. (consulté le 11 nov 2020).
2. Inserm. Obésité, une maladie des tissus adipeux [En ligne]. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>. (consulté le 16 nov 2020).
3. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts*. 2019;12(1):40-66.
4. Poitou, C. Obésités génétiques: diagnostic et prise en charge en 2019. *MCED* 2018;95:42-48
5. Poitou C, Jacques F. ObsGen : un outil d'aide au diagnostic d'une obésité génétique [En ligne]. <http://obsngen.nutriomics.org>. (consulté le 4 déc 2020).
6. Landolt HP, Holst SC, Sousek A. Effects of acute and chronic sleep deprivation. In: Bassetti, C; Dogas, Zoran; Peigneux, Philippe. *Sleep Medicine Textbook*. Regensburg: European Sleep Research Society, 2014. 49-61.
7. Clément K. Le microbiote intestinal : un nouvel acteur de la nutrition ? *Cah Nutr Diététique*. 2015;50(6, Supplement 1):6S22-9.
8. Flegal K, Kit B, Orpana H, Graubard B. Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2013;309(1):71–82.
9. Direction Générale du Trésor. Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? *Trésor-Eco*. 2016, sept;179:12. [En ligne]. <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/90846524-d27e-4d18-a4fe-e871c146beba/files/1f8ca101-0cdb-4ccb-95ec-0a01434e1f34>. (consulté le 30 mars 2021).
10. Santé Publique France. Étude ESTEBAN 2014-2016 [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte>. (consulté le 6 juill 2020).
11. ORS Nouvelle Aquitaine. État de santé ressenti des habitants de Nouvelle-Aquitaine - Enquête Zoom Santé 2018. [En ligne]. [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-10/Rapport\\_Zoom\\_Sante\\_03\\_2019.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-10/Rapport_Zoom_Sante_03_2019.pdf). (consulté le 16 nov 2020).

12. Inserm, Kantar Health, Roche. ObEpi-Roche, enquête épidémiologique de référence sur l'évolution de l'obésité et du surpoids en France [En ligne]. [https://www.roche.fr/content/dam/rochexx/roche-fr/roche\\_france/fr\\_FR/doc/obepi\\_2012.pdf](https://www.roche.fr/content/dam/rochexx/roche-fr/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf). (consulté le 16 avr 2020).
13. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 4 2019-2023 [En ligne]. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4\\_2019-2023.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf). (consulté le 23 nov 2020).
14. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours, recommandations 2011. [En ligne]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_obesite\\_adulte.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_adulte.pdf). (consulté le 8 avr 2020).
15. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract. juin 2002;52(479):526-7.
16. Gay B. Actualisation de la définition européenne de la médecine générale. Presse Médicale. 2013;42(3):258-60.
17. Salaün M. Etat des lieux des pratiques, des connaissances et des opinions des médecins généralistes des Côtes d'Armor concernant la prise en charge médicale du surpoids et de l'obésité de l'adulte en soins primaires en 2016. Thèse de médecine: Université de Rennes: 2017.
18. Ali L. Les ressentis et pratiques des médecins généralistes de la Somme dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte en médecine générale. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine: Université d'Amiens: 2015; 145.
19. Lehr-Drylewicz AM, Renoux C, Savan L, Lebeau JP. La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ? Exercer. 2010 ;(94) :130-5.
20. Joailles M. Ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte dans le département de la Charente. Thèse de médecine: Université de Poitiers: 2018.
21. Prod'homme L, Riglet C, Godart N, Huas C. Montez sur la balance ! Vécu de l'abord du poids en consultation de médecine générale. Sante Publique. 2019, mai, 23 ; Vol. 31(1):7-17.
22. Contiero-Yvars A. Ressentis et attentes des patients concernant la prise en charge de leur surpoids/obésité par le médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le département de l'Hérault. Thèse de médecine: Université de Montpellier: 2018.
23. Le Robert. [En ligne]. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/grossophobie>. (consulté le 27 mai 2021).
24. Flint S. Obesity stigma: Prevalence and impact in healthcare. Br J Obes. 2015 avr 1;1:14-8.

25. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*. 2015 Apr;16(4):319-26.
26. Torti J, Luig T, Borowitz M, Johnson JA, Sharma AM, Campbell-Scherer DL. The 5As team patient study: patient perspectives on the role of primary care in obesity management. *BMC Fam Pract*. 2017 févr 8;18(1):19.
27. Puhl R, Peterson JL, Luedicke J. Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. *Int J Obes*. 2013 avr ;37(4):612-9.
28. Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL. Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr*. 2001 nov;74(5):579-84.
29. Apfeldorfer G, Zermati JP. Cognitive restraint: Historical development and clinical description. *Presse Med*. 2001;30(32):1575-80.
30. ANSES. Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. [En ligne]. <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2009sa0099Ra.pdf>. (consulté le 25 avr 2021).
31. Jay M, Gillespie C, Schlair S, Sherman S, Kalet A. Physicians' use of the 5As in counseling obese patients: is the quality of counseling associated with patients' motivation and intention to lose weight? *BMC Health Serv Res*. 2010 juin 9;10:159.
32. Fayemendy P, Avodé Z, Pivois L, De Rouvray C, Jésus P, Desport J-C. Prise en charge de l'obésité : quel est le niveau de formation des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne et comment perçoivent-ils leur pratique ? *Cah Nutr Diététique*. 2011 sept 1;46(4):199-205.
33. Dietz WH, Baur LA, Hall K, Puhl RM, Taveras EM, Uauy R, et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *The Lancet*. 2015 juin 20;385(9986):2521-33.
34. Société Française d'Endocrinologie. Item 251 - UE 8 - Obésité de l'enfant et de l'adulte. [En ligne]. <http://sfendocrino.org/article/1008/item-251-ndash-ue-8-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adulte>. (consulté le 27 mai 2021).
35. Grangeard C. Comprendre l'obésité. Albin Michel. 2012.
36. Vertueux M. Représentations de patients obèses adhérant à un programme d'amaigrissement non médicalisé concernant la prise en charge de leur surpoids. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine: Université d'Angers: 2016.
37. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif*. 1992;28:183-218.

38. Durrer-Schutz D, Schutz Y. Comment aborder l'éducation thérapeutique d'un patient obèse ? La motivation du patient... et du médecin : une des clefs du succès thérapeutique ? *Obésité*. 2009 mars;4(1):23-7.
39. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel - 2e éd. : Aider la personne à engager le changement. InterEditions; 2019.
40. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 avr 18;(2):CD003818.
41. Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. [En ligne]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-04/obesite\\_-\\_prise\\_en\\_charge\\_chirurgicale\\_chez\\_ladulte\\_-\\_synthese\\_des\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-04/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_synthese_des_recommandations.pdf). (consulté le 26 avr 2021).
42. Loddo C. L'impact de la précarité dans l'obésité dans la filière Surcharge Pondérale du service d'Endocrinologie, Diabétologie, Maladies Métaboliques et Nutrition au CHU de Bordeaux. Thèse de médecine: Université de Bordeaux: 2015; 3148.
43. Régnier F, Masullo A. Obésité, goûts et consommation. *Rev Francaise Sociol*. 2009 déc 1;Vol. 50(4):747-73.
44. Maubert M. Prise en charge de l'obésité chez des personnes précaires par le médecin généraliste: qu'en pensent les patients. Thèse de médecine: Université de Strasbourg: 2020; 104.
45. Piquet C. Précarité, stress et violences : à la recherche de la relation au poids et à l'alimentation de quatre femmes obèses des QPV de Strasbourg. Thèse de médecine: Université de Strasbourg: 2020; 173.
46. Lucas J. Attentes et freins des patients en surpoids et en obésité sur la prise en charge de leur médecin généraliste, dans le Morbihan. Thèse de médecine: Université de Rennes: 2017.
47. Bonnet C. Utilisation du réseau de soins dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte par les médecins généralistes. Thèse de médecine: Université de Toulouse: 2017; 1095.
48. Kerloc'h A. Chirurgie Bariatrique : Parcours de santé des patients, point de vue des Médecins Généralistes. Thèse de médecine: Université de Lille: 2020.
49. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient. Définitions, finalités et organisations, recommandations 2007. [En ligne]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf). (consulté le 10 mai 2021).
50. Etchegoyen I, Pagadoy L, Schuck C. Ressenti des médecins généralistes, infirmières et patients sur le protocole ASALEE dans les Landes : évaluation qualitative croisée par méthode focus group. Thèse de médecine: Université de Bordeaux: 2020; 123A-123B-123C.

51. Fayemendy P, Jesus P, Pouchard L, Desport J-C. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles. Cah Nutr Diététique. 2015 juin 1;50(3):142-9.
52. Assurance Maladie. Santé psy étudiant : une aide psychologique prise en charge à 100 % pour les étudiants en difficulté, [En ligne]. <https://www.ameli.fr/assure/actualites/sante-psy-etudiant-une-aide-psychologique-prise-en-charge-100-pour-les-etudiants-en-difficulte>. (consulté le 25 avr 2021).
53. Santé Publique France. Nutri-Score : un logo sur la qualité nutritionnelle des produits. [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/article/nutri-score-un-logo-sur-la-qualite-nutritionnelle-des-produits>. (consulté le 29 mars 2021).
54. The impact of the Nutri-Score nutrition label on perceived healthiness and purchase intentions. Appetite. 2021 févr 1;157:104995.
55. Prescrire Rédaction. Obésité : le lobbying "scientifique" de Coca-Cola. Rev Prescrire 2020; 3(25):22-25.
56. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. [En ligne]. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/9241592222/fr/>. (consulté le 30 mai 2021).
57. Department of Health and Social Care. New obesity strategy unveiled as country urged to lose weight to beat coronavirus (COVID-19) and protect the NHS. [En ligne]. <https://www.gov.uk/government/news/new-obesity-strategy-unveiled-as-country-urged-to-lose-weight-to-beat-coronavirus-covid-19-and-protect-the-nhs>. (consulté le 27 mai 2021).
58. Journal Officiel Chilien. Loi N°20.606 du 6 juillet 2012 sur la composition nutritionnelle des aliments et sa publicité.
59. Katzmarzyk PT, Barreira TV, Broyles ST, Champagne CM, Chaput J-P, Fogelholm M, et al. Relationship between lifestyle behaviors and obesity in children ages 9–11: Results from a 12-country study. Obesity. 2015;23(8):1696-702.
60. Laporte S. Offre et parcours de soins de l'enfant en situation de surpoids ou d'obésité au Pays Basque - Etat des lieux, activité du RéPPOP aquitaine. Mémoire pour le DIU « Obésité pédiatrique, un enjeu de santé publique »: Université de Toulouse: 2021.
61. Santé Publique France. Évolution des messages sanitaires devant accompagner les publicités de certains aliments et boissons et préconisations concernant l'encadrement du marketing des produits gras, sucrés, salés en direction des enfants. Réponse à la saisine de la DGS du 2 octobre 2018. [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/evolution-des-messages->

[sanitaires-devant-accompagner-les-publicites-de-certains-aliments-et-boissons-et-preconisations-concernant-l-encadrement-du](#). (consulté le 30 mars 2021).

62. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2016-1771 du 20 décembre 2016 relative à la suppression de la publicité commerciale dans les programmes jeunesse de la télévision publique.

63. Haute Autorité de Santé. Prescription d'activité physique et sportive. Surpoids et obésité de l'adulte. [En ligne]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-04/obesite\\_-\\_prise\\_en\\_charge\\_chirurgicale\\_chez\\_ladulte\\_-\\_synthese\\_des\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-04/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_synthese_des_recommandations.pdf). (consulté le 7 avr 2021).

64. Code de la santé publique. Articles D1172-1 à D1172-5.

65. Côte Basque Sport Santé. [En ligne]. <https://www.cotebasquesportsante.fr>. (consulté le 7 avr 2021).

66. Becu É. Vécu des patients obèses concernant l'activité physique adaptée. Thèse de médecine: Université de Montpellier: 2018; 95.

67. Stanik E. La prescription écrite d'activité physique par le médecin généraliste : une nouvelle dynamique ? État des lieux en 2020 dans le département des Landes. Thèse de médecine: Université de Bordeaux: 2020; 160.

68. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée. [En ligne]. <https://www.sfp-apa.fr/annuaire/>. (consulté le 7 avr 2021).

69. Proposition de loi visant à démocratiser le sport en France, n° 3808. (déposée le mardi 26 janvier 2021).

70. Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, et al. High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) Requiring Invasive Mechanical Ventilation. *Obes Silver Spring Md*. 2020;28(7):1195-9.

71. Caussy C, Pattou F, Wallet F, et al. Prevalence of obesity among adult inpatients with COVID-19 in France. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020;8(7):562-4.

72. Kass DA, Duggal P, Cingolani O. Obesity could shift severe COVID-19 disease to younger ages. *The Lancet*. 2020 mai 16;395(10236):1544-5.

73. Sattar Naveed, McInnes Iain B., McMurray John J.V. Obesity Is a Risk Factor for Severe COVID-19 Infection. *Circulation*. 2020 juill 7;142(1):4-6.

74. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020 mars 14;395(10227):912-20.

75. Almandoz JP, Xie L, Schellinger JN, Mathew MS, Gazda C, Ofori A, et al. Impact of COVID-19 stay-at-home orders on weight-related behaviours among patients with obesity. *Clin Obes.* 2020;10(5):e12386.

# Annexes

## Annexe 1 : Grille d'entretien

### Caractéristiques du médecin :

- Sexe
- Age
- Nombre d'années d'installation
- Mode d'exercice : rural, semi-rural, urbain
- Formation spécifique en nutrition
- Installation avec d'autres professionnels de santé (diététicien, psychologue, kiné...)

### Prise en charge du patient obèse :

- Comment prenez-vous en charge un patient qui présente une obésité ?
    - Qu'est-ce qui vous pousse à en parler ?
    - Est-ce que vous abordez le sujet de l'obésité chez un patient qui n'en parle pas spontanément ?
    - Vous sentez-vous mal à l'aise pour aborder le sujet de l'obésité chez des patients non demandeurs ?
    - Vous sentez-vous en difficulté face à un patient demandeur d'une prise en charge ?
  - Utilisez-vous des outils pour dépister l'obésité ?
  - Avez-vous des fiches pratiques à donner au patient lorsque vous délivrez des conseils notamment alimentaires et d'activités physiques ?
  - Abordez-vous le sujet des régimes minceurs ?
- Proposez-vous des compléments alimentaires ou des traitements médicamenteux (spontanément, patient en demande) ?

Limites ressenties par le médecin :

- Pensez-vous que c'est de votre ressort en tant que médecin généraliste de prendre en charge l'obésité ?
- Que pensez-vous des résultats de vos prises en charge chez ces patients obèses ?
- Quelles sont, selon vous, les limites qu'ont vos patients sur la prise en charge de leur problème de poids ?

Offre de soins :

- A partir de quel moment dans votre prise en charge adressez-vous le patient à un spécialiste ?
- Avez-vous des difficultés à adresser vos patients ?
- Adressez-vous les patients à des professionnels de santé tels que les diététiciens ou les psychologues ?
- Connaissez-vous les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) ?

Savez-vous s'il y a un CSO ou un SSR spécialisé en nutrition sur le 64 ? Avez-vous déjà participé à une de leur formation ?

Pistes d'amélioration :

- Selon vous, quelles mesures faudrait-il mettre en place pour diminuer l'incidence de l'obésité en France ?

## **Annexe 2 : Notice d'information donnée aux médecins**

### **Note d'information aux Participants : Travail de thèse de Médecine Générale**

Cher confrère,

Je m'appelle Katell LUHERN, je suis médecin généraliste remplaçant et je m'adresse à vous afin de vous proposer de participer à mon travail de thèse visant à étudier les ressentis des médecins généralistes dans la prise en charge des patients obèses dans les Pyrénées Atlantiques.

#### 1) L'étude :

La thèse consiste en une étude qualitative par entretien semi-dirigé auprès de médecins généralistes installés dans les Pyrénées Atlantiques. Il s'agira de rencontrer des médecins en face à face, afin de recueillir leurs vécus et leurs ressentis sur une situation aujourd'hui très fréquente et en constante augmentation qu'est la prise en charge des patients souffrant d'obésité.

L'entretien durant de 15 à 20 min sera avec votre accord, enregistré et guidé par des questions préalablement sélectionnées dans le but de comprendre la façon dont vous vivez ces consultations. Cette discussion sera retranscrite le plus fidèlement possible et fera ensuite l'objet d'une analyse.

Cette enquête n'est en aucun cas un jugement de compétence dans ce domaine.

#### 2) Droits :

Cette étude est menée conformément à la loi information et liberté (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée). La participation est libre et le recrutement se fait sur la base d'un tirage au sort et de l'accord du sujet recruté après information.

Il vous est possible d'interrompre l'entretien à tout moment ou de vous retirer de l'étude si vous le désirez. De plus vous avez le droit d'accéder aux données à tout moment et d'en demander des rectifications sans besoin de justification de votre part. Il est possible, si vous le souhaitez, de ne pas répondre à certaines questions.

L'entretien sera retranscrit le plus fidèlement possible, de façon anonymisé et sur un support informatisé protégé. L'accès à ce support sera limité à moi et ma directrice de thèse uniquement.

Les conclusions de l'étude pourront être communiquées par le biais de publications scientifiques ou de communication en congrès mais ne serviront dans aucun autre cadre. De plus elles pourront vous être communiquées si vous le demandez.

Pour vous permettre de faire valoir les droits sus-décrits il est possible de m'envoyer vos requêtes par mail ou téléphone.

Mes coordonnées : Katell LUHERN, [\[redacted\]](#), [\[redacted\]](#)

En vous remerciant.

### Annexe 3 : caractéristiques des médecins

	Sexe	Age	Années d'installation	Mode d'exercice	Cabinet	Formation en nutrition
<b>MG 1</b>	Femme	32	3	Urbain	Maison médicale	Non
<b>MG 2</b>	Homme	54	6	Rural	Seul	Non
<b>MG 3</b>	Femme	65	35	Urbain	Maison de santé pluriprofessionnelle	Non
<b>MG 4</b>	Femme	34	4	Semi-rural	Maison de santé pluriprofessionnelle	Non
<b>MG 5</b>	Femme	47	17	Semi-rural	Maison de santé pluriprofessionnelle	Non
<b>MG 6</b>	Femme	33	2	Semi-rural	Maison de santé pluriprofessionnelle	Non
<b>MG 7</b>	Homme	68	39	Urbain	Seul	Non
<b>MG 8</b>	Homme	57	26	Rural	Maison médicale	Non
<b>MG 9</b>	Homme	39	7	Urbain	Maison médicale	Non
<b>MG 10</b>	Femme	45	10	Semi-rural	Maison médicale	Non
<b>MG 11</b>	Homme	55	26	Rural	Maison de santé pluriprofessionnelle	Non
<b>MG 12</b>	Homme	38	5	Semi-rural	Maison de santé pluriprofessionnelle	Non
<b>MG 13</b>	Femme	46	16	Semi-rural	Maison médicale	Oui
<b>MG 14</b>	Homme	32	1	Rural	Maison de santé pluriprofessionnelle	Non

## **Annexe 4 : Exemple de retranscription d'un entretien**

### **Entretien 5**

**Enquêteur :** Est-ce que vous pouvez vous présenter en tant que médecin ?

**MG 5 :** 47 ans, et je suis installée depuis 17 ans.

**Enquêteur :** Vous avez une formation spécifique en nutrition ?

**MG 5 :** Non pas du tout.

**Enquêteur :** Et ici c'est une maison de santé pluriprofessionnelle c'est ça ?

**MG 5 :** Il y a des kinés et infirmiers.

**Enquêteur :** Sur la prise en charge du patient obèse, comment vous procédez quand quelqu'un présente une obésité, quand il vient en consultation pour ça ou pour un autre motif ?

**MG 5 :** Bien ça dépend s'il vient pour ça ou s'il ne vient pas pour ça, s'il ne vient pas pour ça euh on va lui faire son IMC et pointer du doigt où il en est, et puis voir un petit peu s'il est entendeur ou pas par rapport ça, s'il vient pour ça ben on calcule son IMC on voit avec lui, et puis après moi je fais pas du tout de nutrition, donc je vais l'adresser en fait, je vais lui proposer des structures qui s'occupent de ça.

**Enquêteur :** Qu'est ce qui va vous pousser à en parler à quelqu'un qui ne vient pas pour ça ?

**MG 5 :** C'est pour le sensibiliser à lui, avec l'IMC en lui disant est ce qu'il a, est ce que lui, ça l'interpelle ou pas du tout, ou est-ce qu'il veut qu'on s'en occupe, est ce que (*pause*) voilà, le sensibiliser sur les facteurs de risque après plutôt, sur les bilans.

**Enquêteur :** Vous ne vous sentez pas mal à l'aise pour aborder le sujet ?

**MG 5 :** Pas toujours oui, c'est pour ça que je laisse, je fais l'IMC et en parlant je vois s'il y a du répondant, si j'ai un retour, si la personne elle a aucun retour et que, que je (*pause*) je vais peut-être pas insister, et puis ça dépend si je la connais, connais pas, enfin voilà quoi. Chez quelqu'un qu'on suit on va plus facilement aborder le sujet petit à petit oui, au fur et à mesure des consult, mais d'emblée chez quelqu'un que je ne connais pas euh c'est quand même, on peut faire un IMC ça, ça reste très (*pause*) j'aime bien m'appuyer sur quelque chose, sur des valeurs, sur quelque chose d'objectif, et puis après on voit si il y a une attente ou pas.

**Enquêteur :** A part l'IMC est ce que vous utilisez d'autres outils pour dépister l'obésité ?

**MG 5 :** Non, les mesures tout ça je le fais que s'il va y avoir une demande de la personne, sinon spontanément je ne le fais pas.

**Enquêteur :** Est-ce que vous donnez des fiches pratiques quand vous délivrez des conseils ?

**MG 5 :** Non, j'ai pas de fiches pratiques directes, alors avec Prescrire je m'étais dit à un moment donné que j'allais, je suis abonnée à Prescrire, qu'ils ont pleins de fiches patients, donc j'avais regardé à un moment donné mais (*souffle*) je m'en suis pas, c'est vraiment c'est un truc qui me passionne pas, donc tout ce qui est nutrition tout ça, ça ne m'intéresse pas du tout, alors je peux voir avec eux, souvent je vois le gros, est ce qu'ils grignotent, est ce qu'ils boivent de l'eau, est ce qu'ils boivent des sodas, enfin sur des trucs très très, et puis je vais plutôt baser sur l'activité physique hein, j'aime bien leur dire bon ben l'activité physique est importante tout ça mais, euh après je vais passer la main moi là-dessus, (*pause*) je me sens pas, je trouve que c'est hyper chronophage donc euh, et en plus ça m'intéresse pas, donc, et je me sens pas compétente, donc ça fait beaucoup de choses pour pas perdre de temps là-dedans, pour moi.

**Enquêteur :** Vous abordez un peu le sujet des régimes minceurs ou des compléments alimentaires ?

**MG 5 :** Oui sur les personnes, enfin sur des personnes avec qui j'en parle je, je (*pause*) la seule chose que je leur dis c'est que c'est pas un régime qu'il faut, faut pas utiliser le mot régime, c'est une, un changement des habitudes de vie en fait à vie, et c'est pas une question de régime. Et donc tous ces régimes que l'on voit, je leur dis que, enfin pour moi à part leur faire perdre leur porte-monnaie ça va rien faire perdre du tout. Voilà moi je n'y crois pas du tout et je leur dis clairement, je trouve que la solution ne sera pas, pour moi n'est pas là-dedans, donc faut plutôt amener une réflexion, c'est pour ça que ça prend du temps, c'est pour ça qu'il faut être accompagné, psychologiquement, nutritionnellement, voilà.

**Enquêteur :** Vous pensez que c'est de votre ressort en tant que médecin généraliste de prendre en charge l'obésité ?

**MG 5 :** De leur faire prendre conscience qu'il y a de l'obésité, mais de la prise en charge en elle-même, pas forcément. (*pause*) Après c'est hyper complexe quoi, c'est un truc, et puis c'est (*pause*) le peu que j'en ai fait (*souffle*) c'est voué à l'échec quoi, voilà faut que la prise en charge ne soit pas que par moi parce que sinon c'est forcément à l'échec, il faut qu'il y ait une prise en charge psychologique, il faut qu'il y ait un déclic de la personne, enfin il faut beaucoup de choses, mais on est là pour les accompagner mais euh si il y a pas ça euh je trouve que sinon on va dans les régimes yoyo et ça n'a aucun intérêt.

**Enquêteur :** Quelles limites ont selon vous les patients pour se prendre en charge ?

**MG 5 :** je sais pas, si ils ont des freins, (*pause*) peut être au départ, c'est pour ça que je parle, je leur en parle gentiment enfin, je lance une perche parce que je pense que psychologiquement il peut y avoir un frein, donc moi je lance une perche après ils la prennent ou ils la prennent pas je me dis si ils ont envie, pour casser cette, je dirais cette réticence, et après sur le plan financier je pense qu'il peut y avoir aussi, parce qu'au niveau nutritionniste etc., c'est euh, c'est pour ça que je parle de Dabanta sur Bayonne, parce qu'il y a une prise en charge financière, enfin ils ont rien à régler, je me dis que l'argent peut être un frein. Psychologiquement et l'argent, je vois pas trop quoi d'autre en fait, il y en a peut-être d'autre, enfin je ne sais pas.

**Enquêteur :** Vous adressez assez rapidement, vous avez votre réseau ou vous avez des difficultés à adresser ?

**MG 5 :** J'ai des difficultés quand même, enfin euh, je vois un peu ce qu'ils veulent aussi, euh moi je leur parle de Dabanta parce que je trouve, alors même s'il n'est pas parfait le truc hein, mais je trouve que c'est l'accompagnement psychologique, c'est le groupe, c'est l'exercice physique, je trouve que l'idée est bonne de prendre cette prise en charge globale de l'obésité. Je suis pas toujours, le peu de retour, enfin ça marche pas forcément non plus, mais enfin c'est le problème de l'obésité hein, euh ça marche pas forcément, et après euh il y en a qui me demandent des noms de nutritionnistes ou diététiciennes, donc j'ai dans mon carnet des noms, d'ailleurs c'est d'autres patients qui m'ont donné en disant "celle-là elle est bien" donc je me suis fait une petite liste comme ça et puis je leur dis, voilà. Après sur le plan chirurgical, quand même, les seuls qui ont marché en fait c'est ceux qui ont fait, qui sont intervenus chirurgicalement, là c'est vrai que pour le coup ça marche, et souvent ils ont été d'eux même en fait, (*pause*) c'est pas moi qui les ai adressés, c'est eux qui ont fait le cheminement et qui ont été, voilà, qui ont fait directement.

**Enquêteur :** Est-ce que vous adressez également à des psychologues ou est-ce que vous prescrivez de la kiné ?

**MG 5 :** Euh (*pause*) psychologue comme ça spontanément que pour le problème de l'obésité non, c'est pour ça que je passe par Dabanta parce qu'il y a des psychologues et qu'il est pris en charge, parce que les gens ils voient pas forcément le rapport donc je me dis que là c'est pris en charge, c'est quand même un peu, peut être que c'est moi qui met le frein à leur place mais je me dis que financièrement ça à un coût. Et après par rapport à la kiné alors je leur dis qu'il faut reprendre, mais j'ai pas forcément le réflexe, parce que je me dis que marcher tout le monde peut aller marcher il n'y a pas besoin d'aller voir un kiné, quoi, alors c'est vrai que ça peut les aider psychologiquement à remettre, à les refaire, mais euh j'ai pas le réflexe du kiné chez l'obèse.

**Enquêteur :** Est-ce que vous connaissez les centres spécialisés de l'obésité ?

**MG 5 :** (*pause*) Non, pour l'adulte, non. Alors en fait pour l'adulte je sais qu'à Beaulieu il y avait mais qui a fermé maintenant, et euh il y a Dieudonné je crois qui fait ça, euh mais alors là c'est pareil quoi, je trouve que c'est euh (*pause*) ça marche pas quoi ! Enfin pour moi c'est euh, j'y crois tellement pas (*rires*), pour avoir vu tellement de gens le faire, ça par contre des gens ils y vont alors ils perdent 3 kilos pendant les 3 semaines où ils y sont, et puis ils rentrent chez eux, ils reprennent tout, donc moi j'y crois pas à ces trucs là, mais peut être que pour certains qui seraient hyper motivés ça peut être bien hein. C'est plus lié à la motivation des gens, donc moi (*souffle*) spontanément c'est pas moi qui vais, mais après j'ai rarement eu d'obèses qui m'ont dit qu'ils veulent vraiment maigrir quoi.

**Enquêteur :** Selon vous qu'est-ce qu'il faudrait mettre en place comme mesure pour essayer de diminuer l'incidence de l'obésité en France ?

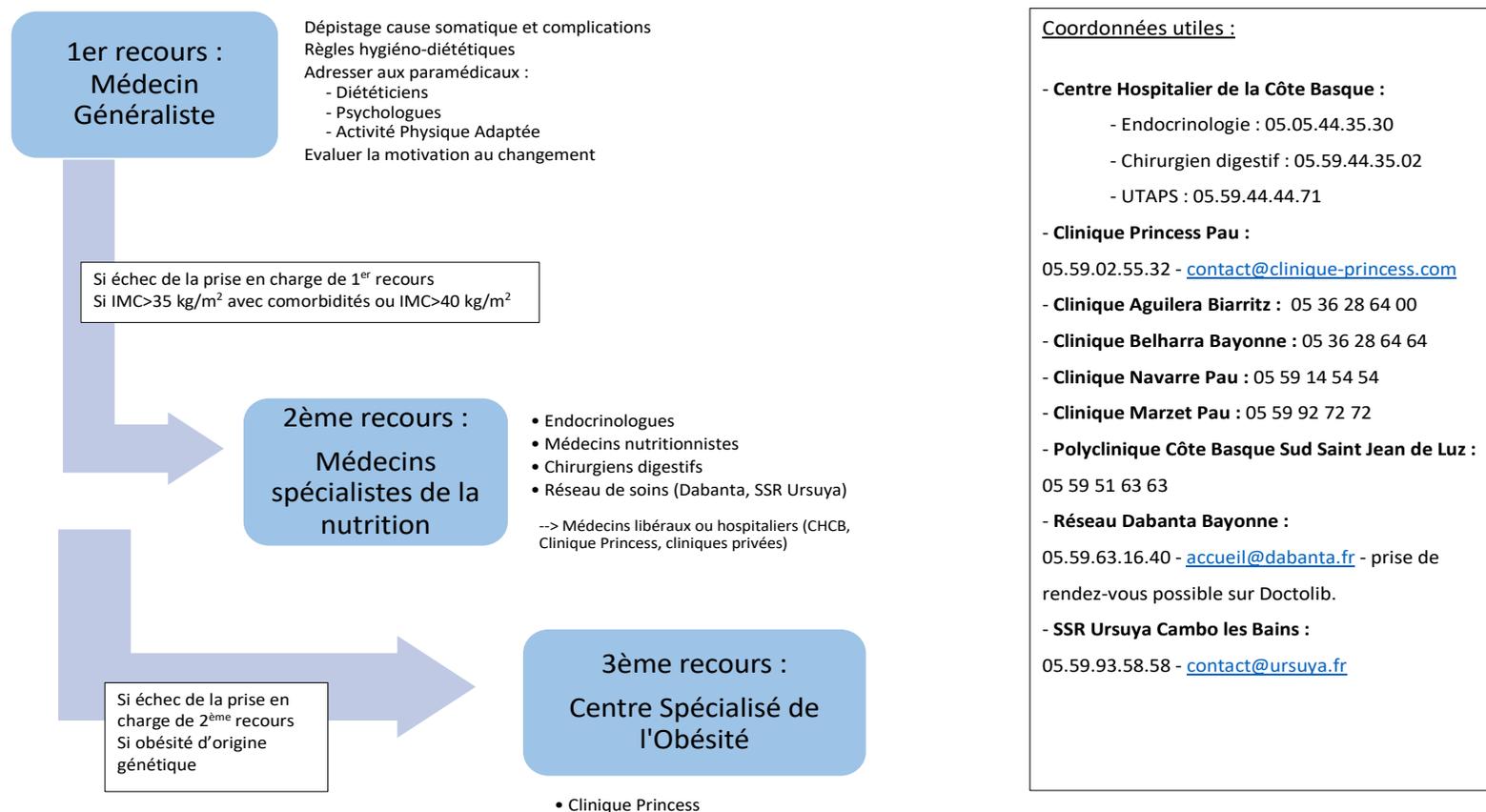
**MG 5 :** Ben je pense que c'est de l'éducation dès l'enfance en fait, s'il faut tabler quelque chose c'est là-dessus, sur l'éducation, et de bouger quoi. Mais euh, et puis sensibiliser que l'obésité c'est une maladie, que c'est plurifactoriel, les gens ils ont l'impression que c'est que parce que c'est la bouffe mais en fait je, c'est pas ça, enfin c'est pas un problème, enfin les obèses ils savent ce qu'il faut pas manger et ce qu'il faut manger hein, je crois que le problème il est plus psychologique, toute cette prise en charge, et comme ils sont pas censés, enfin c'est difficile de les amener là-dessus en fait. *(pause)* Oui ce serait plus une éducation dès l'enfance sur ces comportements de récompense par rapport à la nourriture qu'on peut instaurer insidieusement dans l'enfance, enfin, et puis après sensibiliser peut être sur le côté psychologique, pour pas avoir cette stigmatisation du gros quand même, parce qu'on est quand même dans une société *(pause)* grossophobique on va dire, ce serait plutôt une éducation, des spots pour tolérer le gros quoi, je serais plus à faire ça, la tolérance du gros que d'aller stigmatiser le gros, *(pause)* oui je crois qu'il y a un vrai problème là-dessus, parce qu'ils sont stigmatisés je crois que ça aggrave le truc, le processus en fait, si on leur fait comprendre que c'est une maladie, qu'on peut la traiter, que euh, c'est pas une fatalité, parce que pour beaucoup en fait c'est une fatalité, donc euh oui j'ai pas d'autres idées.

**Enquêteur :** Est-ce que vous avez des choses à ajouter sur le sujet ?

**MG 5 :** Euh non, non je trouve qu'en médecine générale on peut pas tout faire *(rires)* et euh qu'on peut les, on peut les aider à trouver le chemin mais après on est pas, je crois qu'on est pas la solution tout seul quoi, en tout cas, on peut être un élément parmi d'autres pour un soutien, mais c'est tout enfin moi je me vois pas prendre en charge, c'est trop complexe, c'est psychologique, c'est nutritionnel, c'est l'éducation, enfin c'est tout quoi, c'est sportif, enfin c'est, l'activité physique moi je vais pas faire tout ça. Je n'ai ni le temps ni l'envie, ni la compétence en fait, et je n'ai pas envie de me former pour ça, je pourrais finalement mais non c'est pas ce que j'ai choisi, je pense qu'il y a des professionnels qui font ça bien et voilà.

## Annexe 5 : Fiche information destinée aux médecins généralistes

### Prise en charge d'un patient adulte en situation d'obésité



## Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

## **Limites à la prise en charge des adultes obèses en médecine générale : enquête auprès de médecins généralistes des Pyrénées Atlantiques et pistes d'amélioration**

Introduction : L'obésité est un problème de santé publique qui concerne 17% de la population française, sa prise en charge par le système de soin est donc indispensable.

Objectif : Cette étude avait pour objectif de décrire les freins des médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques à la prise en charge des patients obèses, et d'apporter des pistes d'amélioration.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de quatorze médecins généralistes du département. Ces entretiens ont été enregistrés puis retranscrits sous la forme de verbatims. Une analyse thématique avec double codage a été réalisée.

Résultats : Pour les médecins, l'obésité est une pathologie multifactorielle qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. Malgré un abord assez systématique en consultation, le généraliste manque de temps et de formation pour une prise en charge efficiente. Le développement du réseau de soin est à favoriser, les médecins y trouvant une réelle aide pour les patients. La motivation du patient est essentielle, et doit être renforcée par des mesures sociétales fortes afin de ne pas stigmatiser la personne souffrant d'obésité : prévention de l'obésité infantile, diminution des publicités et des temps d'écran, promotion de l'activité physique, mesures auprès des compagnies agro-alimentaires (Nutriscore).

Conclusion : Cette étude a permis de préciser les limites des médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques sur la prise en charge de l'obésité. Celle-ci pourrait être améliorée par le renforcement de la pluridisciplinarité ainsi que par des mesures sociétales plus incisives.

**Mots clés : Obésité, Médecin généraliste, Adulte, freins et limites**

---

## **Limits to the care of obese adults in family practice: survey of general practitioners in the Pyrénées-Atlantiques and avenues for improvement**

Introduction: Obesity is a public health problem concerning 17% of French population, its management by the care system is essential.

Aim: The aim of this study was to describe the obstacles of general practitioners in the Pyrénées-Atlantiques to the care of obese patients, and to provide avenues for improvement.

Method: We carried out a qualitative study with semi-structured interviews among fourteen general practitioners in the department. These interviews were recorded and then transcribed in the form of verbatims. A thematic analysis with double coding was carried out.

Results: For doctors, obesity is a multifactor pathology which requires multidisciplinary management. Despite a fairly systematic approach in consultation, the general practitioner lacks time and training for efficient care. The development of the care network should be encouraged, as physicians find it a real help for patients. Patient motivation is essential, and must be reinforced by strong societal measures so as not to stigmatize the person suffering from obesity: prevention of childhood obesity, reduction of advertising and screen time, promotion of physical activity, measures with food companies (e.g. Nutriscore label).

Conclusion: This study clarified the limits of general practitioners in the Pyrénées-Atlantiques on the management of obesity. This could be improved by strengthening a multidisciplinary approach as well as by more incisive societal measures.

**Keywords : Obesity, General practitioner, Adult, Obstacles**