



HAL
open science

Perception du surpoids et de l'obésité en tant que problème de santé par les médecins généralistes : une étude qualitative en Isère

Aurore Louis, Diane Audiffren

► To cite this version:

Aurore Louis, Diane Audiffren. Perception du surpoids et de l'obésité en tant que problème de santé par les médecins généralistes : une étude qualitative en Isère. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04440822

HAL Id: dumas-04440822

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04440822>

Submitted on 6 Feb 2024

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2024

**PERCEPTION DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ EN TANT QUE
PROBLÈME DE SANTÉ PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES :
UNE ÉTUDE QUALITATIVE EN ISÈRE**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le 30/01/2024

Par Mme Aurore LOUIS

[Données à caractère personnel]

et Mme Diane AUDIFFREN

[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

Mme la Pr Anne-Laure BOREL

M. le Dr Farouk BENDAMENE

Mme la Dr Christel ODDOU (directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
MCU-PH	BAILLIEUL Sébastien	Physiologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PR Attaché	BARTH Johannes	Chirurgie de l'épaule et du genou
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PR Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOLAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH émérite	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUDISSA Mehdi	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALLIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Attaché	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
PU-PH	DJAILEB Loïc	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	DONDE-COQUELET Clément	Psychiatrie d'adultes
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DREVET Sabine	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	DUMAS Guillaume	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCF Ass.MG	GIRARD Pauline	Médecine Générale
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	HODAJ Hasan	Thérapeutique-médecine de la douleur
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JOUBE Thomas	Néphrologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEUNIER Mathieu	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH émérite	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
MCU-PH	RABATTU Pierre-Yves	Anatomie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire
PR Attaché	Professeur Attaché

REMERCIEMENTS COMMUNS

Au Président du jury, le Professeur Patrick IMBERT, merci d'avoir accepté si facilement de présider cette thèse.

À la Professeure Anne-Laure BOREL, merci de votre intérêt pour juger notre travail de thèse. Nous avons hâte d'entendre vos remarques et retours d'expert.

Au Docteur Farouk BENDAMENE, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

À la Docteure Christel ODDOU, merci d'avoir suivi notre travail et de nous avoir aiguillées pendant ces deux années. Merci pour votre gentillesse, pour vos encouragements et d'avoir toujours été réactive.

Aux médecins ayant accepté de participer à cette étude, merci de votre temps et de vos réponses.

REMERCIEMENTS Diane

À ma co-thésarde,

Aurore, ma petite Aurore. Merci d'avoir accepté de faire ce travail avec moi. Dès notre rencontre en stage de Médecine Interne Gériatrique au CHU, j'ai vu en toi quelqu'un de motivée, intelligente, soucieuse de bien faire son travail, et qui va creuser en profondeur afin d'avoir un travail toujours bien fait. Je suis ravie qu'on ait bossé ensemble tous ces mois, merci pour ta confiance et ta motivation !

Aux médecins qui m'ont accompagnée durant mon parcours,

Aux médecins qui m'ont formée pendant mon externat et mon internat, merci de m'avoir tant appris tout au long de ces longues années d'études. Merci **aux paramédicaux** qui ont travaillé avec moi pour leur bienveillance.

Les Dr Julie Perret-Bouvaret, Dr Cécile Carrier et Dr Frédéric Vaillant qui m'ont accueillie pour mon stage de médecine générale de 3 mois, en tant qu'externe de 5ème année, et qui ont grandement confirmé ma volonté de choisir cette spécialité.

Les Dr Dominique Godet, Dr Pietro La Marca et Dr Cédric Devaux, durant mon premier stage UPL en cabinet, encore merci de votre bienveillance et gentillesse. Vous êtes tous les trois différents dans vos pratiques et vision de la médecine ce qui fut très enrichissant pour moi !

Les Dr Catherine Mansard, Dr Elena Chidlovskii, ce fut un stage difficile en gériatrie pendant la période Covid intense. Je me rappelle d'un stage où j'ai humainement beaucoup appris malgré toutes les difficultés rencontrées, tant sur le plan émotionnel que médical. Merci de votre gentillesse et votre soutien pendant toute cette période compliquée.

Les Dr Patrick Imbert, Dr Farouk Bendamene et la Dr Françoise Paumier-Desbrières, vous avez été très accueillants et je vous remercie de m'avoir tant appris. Vos conseils sont précieux et je suis ravie d'avoir évolué à vos côtés.

Enfin **les Dr Henry Marino, Dr Lucile Grasset et Dr Lucile Boschetti**, pour mon dernier stage de SASPAS avant le grand saut. Merci de m'avoir donné confiance dans mes décisions médicales et de m'avoir préparée à débiter ma carrière. Merci également au **Dr Sébastien D'Audigier** avec qui j'ai pu beaucoup échanger sur le travail de médecin généraliste, merci de ta présence et de ton aide pendant ce stage !

À ma famille,

Mes parents et Mathis, merci de m'avoir soutenue pendant ces longues études.

Un grand merci à **Maman**. Merci d'avoir toujours été là pour moi, de m'avoir épaulée, conseillée et d'avoir été présente lorsque j'ai douté. Merci d'avoir participé à cette thèse en la relisant mille fois et en m'envoyant des synthèses de presse de l'Inserm toutes les semaines pendant plusieurs mois afin de m'informer des nouvelles actualités sur le sujet.

Danielle, Eva, merci d'avoir pris des nouvelles tout au long de l'année et d'être présentes à mes côtés.

Ma belle-famille, Patricia et Maurice, Debo, Sonia, Alban, Bastian, merci de vous être intéressés à mon travail. Votre intérêt m'a boostée tout au long de l'écriture de cette thèse !

À mes amis,

Mes amies de toujours, Since 1864, Sophie, Pantéa, Seg, Margot, Inès, notre groupe d'amies qui dure depuis plus de dix ans maintenant est une présence dont je ne saurais pas me passer. Merci d'avoir toujours répondu présent, de m'avoir soutenue et de m'avoir envoyé plein d'ondes positives ! Vous êtes géniales, je vous aime.

Mes amis d'externat, Florian, Margaux, Quentin, Fred, Valentin et Antoine, notre amitié compte énormément pour moi. Pour tous les voyages, de Vias Plage à être venus me voir pendant mon Erasmus à Prague, pour toutes les soirées, de médecine et de nouvel an, pour tous les moments passés ensemble pendant l'externat, puis ensuite pendant l'internat et encore maintenant, merci ! Je vous adore et j'espère que cette amitié liée sur les bancs de la fac durera des années et des années.

Florent et Romain, merci d'avoir participé à tous ces bons moments pendant l'externat !

Mag, merci pour ta gentillesse et ta bonne humeur permanente !

Inès, merci pour notre petit verre en tête à tête hebdomadaire depuis plus de 3 ans, toujours des trucs à raconter, toujours ton soutien. Merci Mimi.

Tous ceux qui sont présents pour la soutenance et le pot, merci d'être là. J'ai beaucoup de chance de vous avoir.

A Geoffrey,

Geoffrey, mon amour, merci d'être présent à mes côtés, de me soutenir et de rassurer tous mes doutes. La vie est plus douce avec toi, je t'aime.

REMERCIEMENTS Aurore

À toi **Diane**, merci d'être venue me trouver pour cette thèse, après m'avoir aidé à traverser un stage au CHU. Merci pour ta bienveillance, ton sérieux et ta patience. Je n'aurais pas pu espérer une meilleure co-thésarde !

À **mes parents** pour tout ce que je suis devenue grâce à leur amour et soutien. À ma petite sœur, **Florence**, qui aura réussi à finir ses études avant les miennes. À ma famille.

À **Romain**, tu sais déjà tout.

À mes amies, les **D-girls**, des soutiens sans faille. Pour leur cœur débordant d'amour et leur tasse de tisane.

À **mes amis du collège et lycée**, la vieille équipe, les premiers à m'avoir appelée docteur.

Aux **pamplémousses** qui ont habillé mes années d'étude de médecine de beaux souvenirs.

À tous mes **co-internes et amis grenoblois**.

À tous les **médecins** qui m'ont accueillie pendant mon cursus, leur confraternité et leur bienveillance. À tous les **paramédicaux** avec qui j'ai travaillé et qui m'ont fait confiance. Merci en particulier à mes MSU : **Virginie, Lionel et Clémentine** qui m'ont vue faire mes premiers pas en tant qu'interne et qui m'ont confortée dans ce choix de spécialité. À **Marie, Milly, Catherine, Elena, Agnès, Corinne, Dominique et Florence** pour leur partage d'expériences et leur confiance. À **Benjamin, Charlotte, Clémence, Déborah, Julie** et tout le **cabinet du jardin de ville** qui m'ont accueillie à bras ouverts, qui m'ont soutenue et permis de finir cette thèse dans des conditions idéales.

À mes boules de poils, **Artémis et Loki**, pour leur compagnie pendant les longues heures devant ma thèse avec leurs demandes de câlins et leur sitting sur mon clavier !

Merci !

RÉSUMÉ

Introduction

Les médecins généralistes sont des acteurs essentiels de la prise en charge des patients en excès de poids. L'objectif de ce travail de thèse a été de recueillir la perception du surpoids et de l'obésité en tant que problème de santé par des médecins généralistes en Isère, en France.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés analysés en théorisation ancrée.

Résultats

Nous avons interrogé 13 médecins. L'indice de masse corporelle (IMC) est le premier critère évoqué pour évaluer l'impact du poids sur la santé des patients. Cependant, chaque praticien se fie à un seuil différent pour considérer ce point comme problématique ou non. Bien qu'un IMC non problématique puisse aller jusqu'à 35 kg/m² pour certains médecins, tous s'accordent à dire que c'est un problème de santé au-delà de cette valeur. La plupart du temps la valeur de l'IMC est nuancée par la présence de complications, de plaintes ou de souffrance du patient. Les autres facteurs influençant la perception du poids comme un problème de santé sont l'âge du patient, la présence d'antécédents familiaux de diabète ou de pathologies cardio-vasculaires et la répartition des graisses. L'apparition d'un diabète est une préoccupation majeure des médecins, tout comme la présence de complications cardio-vasculaires, métaboliques, rhumatologiques et psychologiques ainsi qu'une altération de la qualité de vie. Un poids stable est considéré comme peu problématique au contraire d'un poids qui se majore rapidement. L'activité physique, une bonne hygiène de vie et la bonne santé mentale des patients sont des éléments importants pris en compte par les médecins pour considérer que le poids du patient n'est pas un problème pour la santé. Une évaluation globale de chaque patient est donc nécessaire.

Conclusion et perspectives

Notre étude montre que les médecins ont une vision nuancée du poids en tant que problème de santé et que de nombreux facteurs entrent en considération, en accord avec les nouvelles recommandations de l'HAS publiées en 2023. À l'avenir, et afin d'avancer vers une meilleure prise en charge des patients, il serait intéressant de savoir quelle est leur propre perception de leur état de santé par rapport à leur poids. La comparaison de leur ressenti par rapport à la vision des médecins pourrait apporter des éléments de réflexion pour remédier, au moins en partie, à cette inquiétante problématique de santé publique.

ABSTRACT

Introduction

General practitioners are essential actors in the care of patients with excess weight. The objective of this study was to collect the perception of overweight and obesity as a health issue by general practitioners in Isère, France.

Methodology

This is a qualitative study with semi-structured interviews analysed using a grounded theory method.

Results

We interviewed 13 general practitioners. The body mass index (BMI) is the first criteria used to assess the impact of weight on patients' health. However, each practitioner relies on a different threshold to consider this as problematic or not. While a non problematic BMI can go up to 35 kg/m² for some doctors, they all agree that it is a health issue beyond this value. Most of the time the value of BMI is insufficient to determine the health impact of the patient's weight and other factors such as complications, complaints or patient's suffering ought to be jointly considered. Other factors influencing the perception of weight as a health issue are the patient's age, the presence of family history of diabetes or cardiovascular diseases and the fat distribution. The onset of diabetes is a major concern for general practitioners, as well as the presence of cardiovascular, metabolic, rheumatological and psychological complications and an impaired quality of life. A stable weight is considered to be less problematic than a weight that increases rapidly. Physical activity, a healthy lifestyle and the mental health of patients are important factors to consider whether the patient's weight is a health problem. A global vision of patients is therefore necessary.

Conclusion and perspectives

Our study shows that physicians have a nuanced view of weight as a health problem and that many factors come into consideration, in line with the new HAS recommendations published in 2023. In the future, and in order to move towards better management of patients, it would be interesting to know what is their own perception of their health status in relation to their weight. The comparison of their feelings with the vision of doctors could provide elements of reflection to address, at least in part, this worrying public health issue.

ACRONYMES

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

DU : diplôme universitaire

EOSS : Edmonton Obesity Staging System

HAS : haute autorité de santé

IMC : indice de masse corporelle

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MHO : metabolically healthy obesity, anglais d'obésité métaboliquement saine

MSU : maître de stage universitaire

NASH : non-alcoholic steatosis hepatic, anglais de stéatose hépatique non alcoolique

OMS : organisation mondiale de la santé

OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development, anglais d'Organisation de coopération et de développement économiques

PEC : prise en charge

PNNS : plan national nutrition santé

QPV : quartier prioritaire de ville

RÉPPOP : Réseau de Prévention et Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

SAS : syndrome d'apnée du sommeil

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	17
MÉTHODOLOGIE.....	20
I. Type d'étude.....	20
II. Échantillonnage et population étudiée.....	20
III. Recueil de données.....	21
IV. Analyse.....	21
V. Ethique.....	21
VI. Conflits d'intérêt.....	22
RÉSULTATS.....	23
I. Caractéristiques des participants.....	23
A. Les participants.....	23
B. Les entretiens.....	24
II. Analyse des entretiens.....	24
A. Le surpoids et l'obésité : une notion si évidente ?.....	24
1. Un statut flou : maladie ou simple facteur de risque.....	24
2. Modification des curseurs d'IMC du surpoids et de l'obésité de classe 3.....	25
3. Lien entre le surpoids et l'obésité.....	26
4. Impression visuelle comparée à l'IMC calculée.....	27
B. D'une vigilance médicale... ..	28
1. Accumulation de facteurs de risque.....	28
2. La répartition des graisses.....	28
3. Ancienneté du poids.....	29
4. Priorisation des soins, le poids passe au second plan.....	29
C. ...Aux signes d'alerte.....	30
1. Importance du diabète.....	30
2. Complications médicales.....	31
3. Cinétique de prise de poids.....	33
4. Un IMC à ne pas dépasser.....	33
5. Complications psychologiques.....	34
6. Souffrance au quotidien.....	35

7.	Impact social	36
8.	L'âge jeune du patient.....	37
D.	Perspectives du médecin	39
1.	Rôle central du médecin généraliste et prévention	39
2.	Une vision globale de santé	40
3.	Maintenir le lien médical	41
4.	Vision biaisée.....	41
5.	Doute sur le lien entre les conséquences et le poids du patient	42
6.	Le poids est toujours un problème	43
7.	Un regard ambivalent.....	43
E.	Quand le poids n'est pas vu comme un problème de santé	44
1.	Stabilité du poids.....	44
2.	La génétique.....	44
3.	Chez la femme	45
4.	Le patient âgé	45
5.	L'absence de complication.....	46
6.	Pas de plainte du patient	46
7.	Quand le poids n'est pas seul responsable de la santé du patient : l'hygiène de vie est primordiale.....	47
	DISCUSSION	49
I.	Analyse des entretiens	49
II.	Forces et limites.....	50
A.	Les forces	50
B.	Les limites.....	50
III.	Comparaison par rapport à la littérature existante et perspectives	51
	CONCLUSION	62
	BIBLIOGRAPHIE	64
	ANNEXES	73
I.	Annexe 1 - Guide d'entretien original.....	73
II.	Annexe 2 - Guide d'entretien modifié.....	74
III.	Annexe 3 - Lettre d'information et de consentement	75
IV.	Annexe 4 - Formulaire de non opposition	77

V.	Annexe 5 - Engagement de conformité à une méthodologie de référence CNIL.....	78
VI.	Annexe 6 - Grille COREQ.....	79

Les entretiens sont dans une annexe disponible sur demande uniquement.

INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'obésité comme étant un excès de masse graisseuse et une modification du tissu adipeux pouvant nuire à la santé (1). On parle de surpoids et d'obésité lorsque l'indice de masse corporelle (IMC), qui correspond au poids divisé par la taille au carré d'un individu, est respectivement compris entre 25 et 30 kg/m² et supérieur à 30 kg/m². Les personnes ayant un IMC supérieur ou égal à 35 kg/m² sont en obésité de classe 2 et en obésité de classe 3 au-delà de 40 kg/m². L'obésité initialement considérée comme un simple facteur de risque et la manifestation d'une société de consommation est reconnue en tant que maladie par l'OMS depuis 1997 (2).

Au niveau mondial, selon l'OMS, 39 % des adultes dans le monde sont en surpoids et 13 % sont obèses. Ce dernier chiffre a presque triplé depuis 1975 (1). En France, en 2020, selon un sondage mené pour la Ligue contre l'obésité (3), 47,3 % des français adultes étaient en situation de surpoids ou d'obésité. Dix-sept pourcents étaient en situation d'obésité dont 2 % en obésité de classe 3. Les augmentations les plus notables sur les dernières années se remarquent dans les jeunes générations et pour les degrés d'obésité les plus sévères. Selon les projections de l'OMS, l'obésité concernerait 25 % à 29 % de la population française en 2030 (4).

L'obésité résulte de la combinaison de plusieurs facteurs dont le plus évoqué est le déséquilibre de la balance énergétique (les changements alimentaires, la diminution de l'activité physique en particulier). Cette maladie est souvent multifactorielle avec des déterminants biologiques, comportementaux, environnementaux, psychologiques et sociétaux (5). Les facteurs d'installation et de développement ne sont pas encore tous identifiés (6).

Les conséquences de l'obésité sont multiples et systémiques : métaboliques, cardiovasculaires, pulmonaires, articulaires, mécaniques, digestives, inflammatoires systémiques, thromboemboliques, cutanées, oncologiques, gynéco-obstétriques, iatrogènes, psychologiques, et retentissement social (dont la stigmatisation) (1, 5, 7).

Plusieurs études ont suggéré la distinction à faire entre obésité globale, calculée par l'IMC, et l'obésité abdominale étant plus fortement associée à une augmentation du risque cardiovasculaire (8, 9). Dans certaines situations l'obésité a même pu surprendre dans sa survie,

parfois meilleure que des patients avec un IMC normal. Ce sont les cardiologues (10) et les néphrologues (11, 12) qui évoquent pour la première fois ce “paradoxe de l’obésité” à la fin des années 1990. Des études de cohortes de patients coronariens, insuffisants cardiaques ou dialysés montrent en effet une survie accrue chez les patients de plus de 65 ans avec une obésité modérée (IMC 30 - 35 kg/m²) par rapport aux patients de poids normal (IMC 20 - 30 kg/m²) et aux patients atteints d’obésité de classe 2 et 3 (IMC > 35 kg/m²) (13, 14). Cependant, des biais ont été mis en évidence dans ces études (15 - 17).

L’analyse fine de ces données a révélé qu’il existait plusieurs formes d’obésité, dont les variables principales sont la masse musculaire et la masse graisseuse (sous-cutanée et abdominale) (18). On retient l’obésité “vraie” avec une adiposité et une masse maigre élevées, une obésité de “sportif” lorsque la masse maigre est élevée et l’adiposité faible et une obésité “sarcopénique” lorsque la masse maigre est faible mais l’adiposité élevée. Tous ces profils seront très différents en termes de composition corporelle et d’incidence sur la santé, pourtant l’IMC sera le même. Face à une entité clinique si hétérogène, les études actuelles se penchent entre autres sur l’obésité en tant que maladie des tissus adipeux (7, 19).

En 2011, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) incitaient à traiter les patients en fonction de leur IMC et préconisaient de ne pas utiliser d’impédancemètre pour connaître la composition corporelle des patients (20). Les recommandations pour la prise en charge de niveau 2 et 3 (prise en charge par les médecins spécialistes en endocrinologie, nutrition, chirurgie bariatrique et en centre spécialisé de l’obésité ou en centre hospitalier universitaire) publiées en 2022 vont au-delà de l’IMC, en catégorisant le patient comme obèse selon six autres paramètres de phénotypage clinique que sont : le retentissement médical, le retentissement fonctionnel ou la qualité de vie, les troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs et les troubles du comportement, l’étiologie de l’obésité, le comportement alimentaire et la trajectoire pondéral. Les recommandations les plus récentes (2023) de la HAS proposent une intervention précoce dès une augmentation de la courbe de poids ou une situation pouvant favoriser le surpoids ou l’obésité (facteurs de risques personnels ou familiaux, comorbidités, prise de traitement orexigène) (22). De fait, l’approche actuelle tend vers une prise en charge multidimensionnelle et personnalisée des patients. L’obésité est au cœur des politiques de santé publique depuis des années avec le premier Programme national nutrition santé (PNNS) lancé par le ministère de la santé en 2001, actuellement à la 4^{ème} édition, complété par la Feuille de route obésité en 2019 (4, 23).

Dans le contexte actuel de grossophobie, de prise en compte du ressenti des patients quant à leur prise en charge et leur bien-être, la manière d'aborder cette pathologie est très délicate et à adapter à chaque patient afin d'avoir une prise en charge personnalisée et modulée au cas par cas.

Au regard des éléments énoncés ci-dessus, se pose la question de la définition du surpoids et de l'obésité en tant que maladie et facteur de risque cardiovasculaire à l'échelle individuelle via l'IMC et de l'association indirecte que l'on peut faire entre la valeur de cet IMC et la santé de l'individu. Il serait donc intéressant de voir si les médecins généralistes ont une vision similaire du surpoids et de l'obésité et si d'autres facteurs entrent en compte dans leur approche.

Selon l'OMS la santé se définit comme "un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". L'objet de ce travail de thèse sera d'analyser la manière dont les médecins généralistes Isérois perçoivent le surpoids et l'obésité de leurs patients en tant que problème de santé.

MÉTHODOLOGIE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

L'ensemble du travail a été réalisé par deux investigatrices, internes en médecine générale à Grenoble. Les investigatrices ont chacune tenu un journal de bord pour garder une distance par rapport à leurs propres représentations et consigner leur cheminement de pensée et leurs idées.

II. Échantillonnage et population étudiée

La population cible était les médecins généralistes isérois travaillant en ambulatoire. Différents critères ont été établis après recherche bibliographique (âge, sexe, lieu et modalités d'exercice, formation, situation personnelle de poids) (24 - 30).

Pour cette étude, un échantillonnage raisonné théorique a été réalisé. Les médecins généralistes ont été initialement sélectionnés sur Google Maps en visant des participants considérés comme typique de notre population cible et ayant des caractéristiques variées. Les médecins ayant un numéro de cabinet renseigné sur Google ont été contactés individuellement par téléphone afin de recueillir leur adresse e-mail. Une lettre d'invitation à participer a été envoyée aux médecins ayant accepté de fournir leur adresse e-mail. Un fichier sécurisé partagé par les deux enquêtrices contenant les noms, numéros de téléphone, adresses e-mail et date de contact a été créé puis a été effacé à la fin du recrutement, excepté les coordonnées des médecins acceptant d'être contactés à la fin de l'étude pour être informés des résultats. Un autre mode de recrutement a été effectué par demande de participation à des connaissances des enquêtrices pour compléter les différents profils de médecins jusqu'alors non trouvés avec la première phase de recrutement. Le conseil de l'Ordre des médecins de l'Isère a également été sollicité via une annonce sur leur site internet cependant aucun participant n'a été trouvé par ce biais. Les médecins ont été recrutés progressivement au cours du temps afin de cibler une population précise par rapport aux hypothèses émises au cours de l'analyse.

Le recrutement a été réalisé jusqu'à ce qu'une saturation des données d'analyse ait été obtenue. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer la saturation des données.

III. Recueil de données

Un guide d'entretien original (annexe 1) a été réalisé après une recherche bibliographique et testé une fois (31, 32).

Les entretiens ont été menés de février à août 2023. Chaque entretien a été réalisé en présentiel par une seule chercheuse. Les entretiens ont été enregistrés via l'application dictaphone du téléphone ou via le dictaphone personnel de l'enquêtrice après accord oral des interviewés, puis intégralement retranscrits et anonymisés. Les données non verbales ont été recueillies. L'enregistrement vocal a été effacé directement après retranscription.

IV. Analyse

Les retranscriptions ont été analysées par théorisation ancrée avec itération. Les codages ont été faits de manière thématique. Afin d'assurer une triangulation des données, chaque entretien a été codé individuellement par chacune des chercheuses puis mis en commun dans un tableau Excel partagé. L'avis de la directrice de thèse était demandé en cas de désaccord.

V. Ethique

Une lettre d'information et de consentement (annexe 3) a été remise et expliquée et un formulaire de non-opposition (annexe 4) a été signé par le participant au début de chaque entretien.

Une déclaration auprès de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) a été réalisée le 18 janvier 2023 (annexe 5).

VI. Conflits d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer par les investigatrices. Le financement de l'étude est à la charge de Diane AUDIFFREN et Aurore LOUIS.

RÉSULTATS

I. Caractéristiques des participants

A. Les participants

Treize médecins ont répondu favorablement à notre demande d'entretien. Six étaient des femmes et sept des hommes. Sept avaient reçu une formation complémentaire en nutrition (diplôme universitaire (DU)) ou faisaient partie du réseau RÉPPOP (Réseau de Prévention et Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique). Sept participants étaient connus de l'investigatrice ayant mené l'entretien. Six étaient des maîtres de stage universitaires (MSU).

	âge	genre	zone	modalité d'exercice	MSU	formation	situation de poids
E1	35-50 ans	F	urbaine (QPV)	pluriprofessionnel	MSU	non	surpoids
E2	35-50 ans	F	semi-urbain	pluriprofessionnel	non	oui	normale
E3	> 50 ans	F	urbaine	pluriprofessionnel	MSU	oui	surpoids
E4	< 35 ans	H	semi-urbain	pluriprofessionnel	non	non	normale
E5	35-50 ans	F	rurale (récent), urbain (QPV) avant	pluriprofessionnel	non	oui	normale
E6	35-50 ans	H	semi-urbain	pluriprofessionnel	MSU	non	normale
E7	> 50 ans	H	semi-urbain	pluriprofessionnel	MSU	non	surpoids
E8	> 50 ans	F	semi-urbain	pluriprofessionnel	MSU	oui	normale
E9	35-50 ans	F	urbaine	pluriprofessionnel	non	oui	surpoids
E10	> 50 ans	H	urbaine	pluriprofessionnel	avant	oui	surpoids
E11	> 50 ans	H	semi-urbain	seul	non	non	surpoids
E12	< 35ans	H	semi-urbain	remplaçant, pluriprofessionnel	non	non	normale
E13	> 50 ans	H	urbain (QPV)	pluriprofessionnel	MSU	oui	normale

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins participants

B. Les entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre février et août 2023. Ils ont duré 22 à 48 minutes, avec une moyenne de 34 minutes. Dix entretiens ont eu lieu au cabinet du médecin participant, un a eu lieu chez une des investigatrices et deux au domicile du médecin participant.

Le guide d'entretien a été adapté au cours de l'analyse selon les théories émergentes (annexe 2).

II. Analyse des entretiens

A. Le surpoids et l'obésité : une notion si évidente ?

1. Un statut flou : maladie ou simple facteur de risque

La plupart des médecins interrogés considèrent le surpoids comme un facteur de risque cardiovasculaire. Cependant le point de vue diverge concernant l'obésité. Une partie des médecins considère l'obésité comme simple facteur de risque :

E3 : “Quand ils arrivent à 32-33 je leur dis euh... quand même là vous avez, quand même un facteur de risque. Et j'englobe en fait... ouais je l'englobe clairement dans les facteurs de risque cardiovasculaire.”

E2 : “[parle de l'obésité] C'est UN facteur de risque cardiovasculaire pour moi. Ça s'intègre dans le syndrome métabolique”

Certains médecins font une distinction entre le surpoids comme facteur de risque cardiovasculaire et l'obésité comme une maladie à part entière :

E9 : “Obésité on est dans de la maladie chronique et puis euh... Dès qu’on est en surpoids... ça... on... Ça représente un facteur de risque sur le plan cardiovasculaire...”

Enfin pour d’autres, l’obésité ne devient vraiment maladie qu’à partir du moment où des complications sont présentes :

E7 : “Ça peut être une maladie... D : Alors à partir de quel moment c’est une maladie ? E7 : ... Aah... Euh... Quand j’ai les facteurs de risque qui sont là peut-être, ou c’est déjà trop tard... L’hypertension, le diabète qui a commencé... [...] ou dépressif [...] ou rhumatologique, ou...”

2. Modification des curseurs d’IMC du surpoids et de l’obésité de classe 3

L’IMC sert à définir le surpoids et l’obésité grâce à une valeur chiffrée. Un IMC supérieur à 25 kg/m² définit le surpoids :

E4 : “Je suis bête et méchant (sourire) 25 surpoids, 30 obésité, et c’est... Obésité morbide c’est 35”

Cependant, certains participants ont une limite à 27 kg/m² pour définir le surpoids :

E3 : “Pour moi, surpoids c’est plus un IMC supérieur à 27 et obésité supérieur à 30”

Un des médecins connaît la définition du surpoids avec un IMC au-dessus de 25 kg/m² mais ne l’applique pas toujours en pratique, ne se considérant pas en surpoids lui-même ni certains patients avec des IMC jusqu’à 27 kg/m² :

E10 : “Je trouve qu’un IMC à 26 par exemple, 26, 27... (inspire). Je trouve que chez des adultes de... de 50 ans, c’est un peu... euh... enfin surpoids ça me paraît toujours un petit peu... trop !”

E10 : “Alors je ne pense pas que je sois tellement en surpoids non... Je dois avoir... ouais, tu vois je dois avoir, je ne sais pas, peut-être je dois avoir 27... 28 ?”

Notons que l'obésité de classe 3, auparavant appelée obésité morbide, était définie à partir d'un IMC de 35 kg/m² pour quelques médecins interrogés :

E5 : “Je fais une différence je pense sur les obésités morbides quoi. Avec un IMC au-delà de 35 bon, là euh je m'excite un peu plus par contre”

E10 : “Les obèses morbides on va dire, celles qui ont vraiment ; enfin celles ou ceux qui ont vraiment un IMC au-delà de... je ne sais pas ! Je dirais... trente... (1 seconde) cinq !”

3. Lien entre le surpoids et l'obésité

Pour certains médecins, la différence entre surpoids et obésité se fait uniquement sur le chiffre d'IMC :

E7 : “Quelqu'un qui est en surpoids il a juste 29,5 il passe à 30 il est en obésité, la différence elle est... C'est qu'une histoire de chiffres.”

Globalement, les médecins s'accordent à dire que l'obésité est la suite évolutive du surpoids et ne font pas de différence en pratique :

E8 : “Après le surpoids, ça fait le lit de l'obésité...”

E11 : “Pour moi, c'est la même chose mais un peu plus tard... La frontière elle est très artificielle”

4. Impression visuelle comparée à l'IMC calculée

L'IMC permet souvent aux médecins de corriger une impression visuelle qui, la plupart du temps, sous-estime le poids du patient :

E6 : “C’est vrai qu’il y a des silhouettes plus marquantes que d’autres, où on se dit “tiens c’est marrant il me semblait pas gros” et quand on regarde l’IMC il y a quand même un poids, enfin un IMC supérieur à 30”

E2 : “Je l’aurais mis plutôt à 35 ou à 32 mais en fait il est à 40 quoi”

Dans certains cas, l'IMC du patient est remis en question devant l'aspect physique. Notamment si le patient est musclé, les praticiens ont conscience que l'IMC peut être élevé à cause de la masse musculaire :

E4 : “C’est subjectif. Si je vois qu’ils sont musclés et pas gras, je sais que ça peut donner des IMC un peu supérieurs.”

E12 : “L’IMC il est imparfait hein, je veux dire un énorme musculéux il peut avoir un IMC élevé alors que, tu vois, il n’y a pas de masse grasse.”

Des médecins ont relevé cette même impression de biais de l'IMC chez les patients de grande taille :

E5 : “Chez des personnes qui sont très grandes et très musclées, parfois l’IMC il est assez discordant je trouve.”

Un des médecins se fie surtout à son impression visuelle pour estimer la catégorie de poids du patient sans utiliser l'IMC :

E11 : “Je ne fais pas toujours l’IMC... Je fais au coup d’œil.”

B. D'une vigilance médicale...

1. Accumulation de facteurs de risque

L'accumulation des facteurs de risque, comme le tabagisme par exemple, constitue un signe de vigilance :

E13 : “Surtout si elle fume, s'il y a d'autres facteurs de risques cardio-vasculaires qui sont là”

La présence d'antécédents familiaux cardio-vasculaires est un signe important de vigilance quant au poids du patient, que ce soit chez les patients en surpoids ou obèses ayant déjà une accumulation des facteurs de risque...

E2 : “Quand j'ai quelqu'un qui est fumeur, qui boit... qui a des antécédents familiaux cardiaques ou même qui a des antécédents cardiaques, oui je vais être encore plus vigilante”

...ou même chez ceux n'ayant pas de complication ni de comorbidité :

E13 : “Elle n'a pas de problème mais je sais qu'elle a des antécédents familiaux de diabète”

E12 : “Sa famille ils sont toujours plus ou moins comme ça donc tu sais que... tu sais qu'il s'achemine vers des tas de complications”

2. La répartition des graisses

La répartition des graisses est importante pour la plupart des médecins interrogés. Cette répartition est estimée visuellement et permet au médecin de connaître le statut du patient, en tant que patient en surpoids ou obèse, parfois sans même les peser :

E3 : “Et puis il y en a d’autres qui sont peut-être d’une conformation différente ou qui ne font pas du tout de sport, ou qui sont, on peut dire, gras entre guillemets, bah là ça saute plus aux yeux quoi, en fait. De dire : voilà ils sont vraiment obèses.”

E5 : “Si à vue de nez j’ai l’impression... Il y a des gens quand même tu sais qu’ils sont obèses sans les peser”

Ils regardent également le périmètre abdominal pour estimer le risque pour la santé du patient car celui-ci est corrélé au risque cardiovasculaire :

E2 : “...dans l’abdomen et donc le risque cardiovasculaire augmente”

E13 : “Quand je vois une femme qui a une obésité androïde, je me dis celle-là elle va tomber dans les probabilités cardio-vasculaires comme quelqu’un d’un genre masculin.”

Cette évaluation reste visuelle pour la majorité des médecins interrogés :

E9 : “Je ne fais pas le périmètre ombilical là, je le fais pas [...]. Je pense que c’est un peu visuel quand même. [...] Je ne retiens pas la valeur en fait (rires)”

3. Ancienneté du poids

L’ancienneté du poids constitue un axe de vigilance supplémentaire :

E12 : “...de comorbidité ET de mortalité, [les surrisques] sont d’autant plus importants que t’as une ancienneté du surpoids importante.”

4. Priorisation des soins, le poids passe au second plan

Quelques participants ont cependant noté que dans certains cas, notamment lorsque l’état psychologique du patient n’est pas stable, le poids passe au second plan :

E8 : “Il se peut qu’il y ait des personnes pour lesquelles ça arrive en second plan, parce qu’il y a trop de troubles psychiques.”

De façon plus globale, certains médecins (surtout nos participants situés en QPV, quartier prioritaire de ville) peuvent ne pas voir le poids, notamment le surpoids, comme prioritaire du fait d’une patientèle très comorbide :

E13 : “Après, moi, j’ai tellement d’autres choses à m’occuper que le poids que...”

E7 : “Il y a déjà de quoi faire avec ceux qui ont des pathologies associées, ceux qui ont ça déjà il y a du boulot, mais ceux qui ont un surpoids et qui sont bien...”

C. ...Aux signes d’alerte

1. Importance du diabète

La présence d’un diabète constitue un signe d’alerte majeur pour les praticiens interrogés. Tous les participants l’ont abordé en signe d’alerte :

E11 : “D : Et dans les critères de sévérité de l’obésité, il y en a un... Tu saurais les classer du plus ou moins important ? E11 : [...] Je dirais le diabète...”

E10 : “(A :) il y a des patients que tu vas surveiller de façon un peu plus... poussée parce que tu es plus inquiet ? E10 : Euh... ben oui les... les diabétiques”

A fortiori, lorsque le diabète est déséquilibré, cela représente une véritable problématique :

E4 : “Quand il s’agit d’un diabétique pas équilibré, évidemment on est bien obligé d’en reparler...”

Certains médecins cherchent en amont une résistance à l’insuline avant de voir apparaître le diabète :

E11 : “Tout doucement, on avait la glycémie à jeun qui a augmenté, puis après l’hémoglobine glyquée... Bah tu sais ce qui va arriver quoi. Résistance à l’insuline, et puis le pancréas qui va s’épuiser...”

2. Complications médicales

Les complications médicales organiques ont été évoquées par tous les participants et constituent un signe d’alerte :

E9 : “Dès qu’il y a des facteurs de risque cardiovasculaire ça va allumer cette... euh... cette chose-là. Je pense que oui les problématiques de lombalgies chroniques, de douleurs chroniques aussi. Voilà principalement, bon après oui... enfin oui... les pathologies du sommeil, l’apnée du sommeil aussi.”

Certains ont détaillé les complications :

- métaboliques

E9 : “Un syndrome métabolique associé, une hypertriglycémie, un bilan, une cytolysé hépatique, c’est assez facilement que je vais demander une écho pour voir s’il n’y a pas encore d’autres complications de l’obésité.”

- cardio-vasculaires

E5 : “...des risques cardiovasculaires : hypertension, diabète”

E11 : “L’insuffisance cardiaque, à terme.”

- rhumatologiques, que ce soit chez les patients en surpoids...

E10 : “Un surpoids de 10 kilos, c’est pas... c’est pas énorme ! Mais n’empêche qu’il faut quand même s’en occuper si, si on veut essayer d’avoir de meilleurs résultats sur le plan articulaire...”

...ou obèses, avec comme localisations les plus décrites les genoux et les lombaires :

E7 : “Quelqu'un qui est en obésité il va quand même avoir plus de problèmes de genoux”

E4 : “Puis oui elle a des plaintes qui sont en rapport, enfin c'est indirect : lombalgies chroniques, évidemment que c'est aggravé par son obésité”

- respiratoires :

E7 : “Le patient commence à être essoufflé dans la vie de tous les jours”

E5 : “Les SAS aussi où souvent t'as une obésité associée, après il peut y avoir des troubles aussi obésité/hypoventilation du coup, des complications pulmonaires...”*

**SAS = syndrome d'apnée du sommeil*

- cutanées :

E5 : “Des complications aussi plus cutanées euh... Euh bon ça c'est plutôt chez des patients obèses morbides”

- intestinaux et hépatiques :

E4 : “Même ses ballonnements et ses troubles intestinaux divers c'est en rapport aussi”

E1 : “C'était son obésité le risque d'hémorragie digestive”

Les complications médicales peuvent aussi être vues sous l'angle de l'obstacle à des prises en charge chirurgicales du fait d'un poids trop important :

E3 : “(parle à la place d'un patient) “Il faut m'opérer et le chirurgien il veut pas m'opérer parce que je suis trop gros ou trop grosse””

3. Cinétique de prise de poids

Les médecins généralistes sont également vigilants à l'aspect dynamique du poids et surveillent une ascension de la courbe de poids, qu'elle soit progressive...

E8 : "Dans les éléments qui vont m'alerter, justement par rapport au surpoids, c'est si je vois que la courbe prend des pentes ascendantes..."

... ou soudaine :

E1 : "Quand il y a un décrochage du poids. Je pense que c'est ça qui m'attire l'attention."

Pour certains, l'augmentation est surtout à surveiller lorsqu'elle se rapproche ou dépasse le seuil de 30 kg/m² d'IMC :

E13 : "Si je vois qu'ils sont en train de monter et évoluer vers 30 et au-delà, évidemment que je vais déjà tirer les signaux d'alarme à fond"

4. Un IMC à ne pas dépasser

Pour quelques médecins l'IMC idéal est en dessous de 25 kg/m² :

E13 : "En-dessous de 25 c'est bien."

Pour d'autres, la limite se situe à un IMC dépassant 28 kg/m² :

E1 : "Je vais m'en préoccuper pour 28, pour eux..."

Lorsque l'IMC dépasse le seuil de 30 kg/m², cela représente un problème pour la santé du patient selon la plupart médecins :

E9 : “Bah je me dis un IMC à partir de 30 quand même euh... ouais ça commence à être problématique et puis ça va engendrer des problèmes de santé probablement par la suite”

*E8 : “À partir d’un certain chiffre, on sait qu’il y a des conséquences sur la santé...
D : Quel chiffre ? E8 : Pour moi, l’obésité... À partir de 30, oui...”*

Au-delà d’un IMC à 35 kg/m², les médecins disent qu’il y aura quasi systématiquement des complications :

E3 : “Un IMC qui est supérieur à 35 je vais leur dire que là carrément, euh... je peux les alerter... parce que... mais euh ils mettent leur vie en jeu à un moment !”

E7 : “ [à une limite de 35 kg/m² d’IMC] C’est rare qu’ils ne se plaignent de rien... C’est rare. C’est rare, il y en a peut être toujours qui se... Ou il y en a qui font l’autruche.”

A fortiori avec un IMC au-delà de 40 kg/m², tous les participants se sont accordés à dire que la santé du patient est mise en jeu :

E6 : “Effectivement je pense qu’au-dessus de 40 d’IMC, comme on a dit tout à l’heure, ça ne peut pas ne pas être un problème.”

5. Complications psychologiques

Les complications psychologiques ont souvent été abordées par les médecins interrogés :

E8 : “La part du psychique est énorme dans la problématique du poids...”

L’obésité étant une source de souffrance psychologique, même si les patients ne le montrent pas toujours, voire le cachent, certains médecins restent très vigilants :

E3 : “Je la trouvais toujours hyper rigolote, très sympa. Et puis un jour elle est arrivée, elle s'est assise et elle s'est mise à pleurer quoi et elle m'a dit qu'en fait elle en pouvait plus de cette obésité, que c'était horrible pour elle...”

E5 : “Des gens qui sont aussi très gênés par les conséquences psychiques de leur surpoids ou de leur obésité, sans qu'il y ait pour autant des conséquences... organiques”

L'obésité peut également causer une atteinte à l'estime de soi :

E11 : “Si un jour, lui m'a dit, il s'est vu, il est sorti de la douche et il s'est vu dans une glace, il m'a dit “je me suis dégouté””

6. Souffrance au quotidien

Selon les médecins, l'obésité (voire le surpoids) peut avoir un fort impact sur le quotidien :

E7 : “Ils sont gênés, sur l'essoufflement, sur l'habillement, sur le ressenti des autres, la gêne pour euh... Prendre un avion, prendre un bus, pour conduire.”

E7 : “Le ressenti physique, la gêne dans leur vie. Des gens qui te disent qu'ils ne bougent plus, qu'ils sont un peu plus essoufflés pour faire pas grand-chose, qu'ils... qu'ils font des esquives de... ils essayent d'éviter les escaliers, de prendre l'ascenseur tout le temps, de limiter leur activité parce qu'ils sont essoufflés et ça va moins bien...”

Ces limitations au quotidien peuvent conduire à une augmentation de la sédentarité, majorant l'obésité et les complications déjà existantes. Il s'agit d'un cercle vicieux que certains médecins ont évoqué :

E11 : “Ils vont se faire des arthroses de genoux, qu'ils vont être de plus en plus, enfin de moins en moins autonomes donc ça va aggraver, c'est la spirale infernale.”

De la même manière, les souffrances psychologiques évoquées ci-dessus peuvent également majorer les souffrances physiques :

E6 : “Je pense que c’est une conséquence de ses souffrances psy et que ça aggrave ses douleurs, qui aggravent la souffrance psy etc, il y a aussi un côté cercle vicieux...”

Les motifs de consultations répétés en lien avec le poids sont un axe de vigilance du médecin :

E9 : “Si après ils reviennent pour des motifs qui nous paraissent toujours un petit peu en lien peut-être avec du surpoids, là on va commencer un petit peu à creuser.”

Les praticiens interrogés disent que les patients abordant eux-mêmes le sujet de leur poids montre qu’il s’agit d’un problème de santé important :

E10 : “Déjà à partir du moment où la personne elle en parle ! Voilà première chose.”

7. Impact social

L’obésité peut avoir un impact au sein de la vie de couple du patient :

E3 : “Parfois à leur relation de couple aussi [...] “ça devient compliqué avec mon mari.””

E3 : “Quand on est vraiment obèse, il y a aussi l’aspect sexuel.”

Plus globalement au sein de la société, l’obésité est une source de complexes chez certains patients :

E12 : “Le poids c’est comme un truc qui est assimilé, enfin le surpoids pardon, par beaucoup de gens comme un truc de négligence. [...] dans la société où on vit le poids il fait complexer les gens”

La peur du regard des autres et des préjugés sociétaux amène parfois les patients à des conduites d'évitement...

E3 : "Je trouve que c'est quelque chose de terrible quoi, qu'une maman te dise : "je peux pas aller chercher mon gamin à l'école parce que j'ai honte de me montrer comme ça.""

...voire sont à l'origine de troubles de l'humeur cités ci-dessus :

E5 : "Il y a des gens qui sont vraiment en dépression, du fait de la manière dont ils sont perçus dans la société, du fait de leur obésité ou de leur surpoids."

L'obésité par ses complications peut impacter la vie professionnelle des patients entraînant des arrêts de travail :

E1 : "...venait pour un arrêt de travail parce qu'il avait trop mal au dos."

Cependant certains médecins rapportent qu'un poids élevé peut être un atout dans leur travail :

E3 : "Des gens qui travaillent avec un travail très physique où au contraire c'est bien d'être costaud et d'être euh... voilà, il y a aussi des sportifs"

8. L'âge jeune du patient

Certains médecins ont pu rapporter l'âge jeune du patient comme un facteur de gravité de son obésité :

E8 : "Les alertes ouais quand on... Quand ils sont jeunes..."

Ce facteur d'âge est expliqué par les médecins du fait d'un risque de complications plus rapides et précoces :

E8 : “Un jeune que je suis depuis l’enfance, qui a une obésité depuis toujours, et... Bon bah là il a 28 ans quelque chose comme ça, ou 26 ans, et il développe une NASH...”*

** NASH : stéatose hépatique non alcoolique*

Le médecin se sent d’autant plus impliqué dans la santé du patient obèse jeune car la prévention est majeure à cet âge :

E9 : “Chez le plus jeune ça va être de PRÉVENIR la survenue de pathologie chronique et donc bah les objectifs ça va pas être de lui faire obtenir un IMC parfait en fait.”

E7 : “S’ils commencent ça très jeunes, tu vas leur dire “ils vont me les faire les conneries”, donc t’es obligé de t’en occuper avant.”

La limite d’âge qui définit le patient jeune vis-à-vis de l’obésité est cependant propre à chaque médecin. Elle est globalement sous les 50 ans mais, pour certains, avant 40 ans. Plus le patient est jeune, plus le médecin manifeste de l’inquiétude entraînant une prise en charge “incisive” :

E6 : “On n’a pas forcément le même rapport entre quelqu’un de 20 ans et quelqu’un de 50 ans, la prise en charge est forcément un peu différente mais euh... En tout cas la prise au sérieux de la problématique elle est la même, parce qu’à 50 ans on a encore un peu de temps devant soit, et si la personne elle a 50 d’IMC on a encore largement le temps de s’en occuper et d’éviter les gros gros soucis qui s’annoncent.”

E3 : “Si c’est un jeune adulte, c’est-à-dire au-delà de 18 ans, et qui reste dans les 30 - 35 ans je serais certainement beaucoup plus incisive.”

E4 : “Je pense être peut-être un peu plus incisif, entre guillemets, en dessous de 40 ans.”

D. Perspectives du médecin

1. Rôle central du médecin généraliste et prévention

La prévention en médecine générale est au centre de la prise en charge des patients. Certains médecins interrogés disent que l'intérêt de la prise en charge est de prévenir la survenue ultérieure de complications :

E9 : “Je pense que oui, même si pour l’instant y a pas de pathologie faut quand même s’en préoccuper !”

E7 : “Non-assistance à futur malade en devenir...”

En effet, leur expérience montre que la majorité des patients en situation d'obésité développent des complications à long terme :

E5 : “Au-dessus de 30, je pense que clairement il y a aura un moment ou à un autre une conséquence organique donc euh... c'est mieux de prendre les devants.”

E11 : “[À propos des patients obèses] Non en général ils ont tous un peu quelque chose... Ou de la tension, ou une surcharge métabolique... Bon alors ceux qui ont déjà une résistance à l'insuline ils ressentent rien quoi.”

Un médecin interrogé note cependant une nuance chez les patients en situation d'obésité modérée ayant une bonne hygiène de vie et pour lesquels il n'y aura pas de complication à long terme selon son expérience professionnelle :

E6 : “Il y a une bonne part des obèses qui ne vont pas développer de conséquences métaboliques. Et surtout les femmes.”

Pour les patients en surpoids, l'avis des médecins est plus contrasté. Plusieurs rapportent que des complications arriveront :

E7 : “Qui vont bien et qui sont restés en surpoids ? Non c’est pas une grosse proportion... C’est une minorité.”

E11 : “J’ai le sentiment que ceux qui ont un petit surpoids ils glissent tout doucement vers le syndrome métabolique quand même hein, au fil du temps...”

D’autres disent que certains patients en surpoids resteront sans complication :

E1 : “Il y a plein de gens qui sont dans le surpoids et qui n’auront pas forcément de conséquences importantes, mais pour moi j’essaie de faire une prise en charge en obésité.”

2. Une vision globale de santé

Leur état de santé est évalué en prenant en compte plusieurs paramètres. Le ressenti du praticien, le “gut feeling”, joue un rôle dans cette évaluation :

E7 : “C’est pas IMC 25, 30 quand ils sont je ne suis pas... Non c’est le ressenti, c’est l’examen, c’est le questionnaire. C’est la connaissance un peu de ce qu’ils nous ressortent. Le ressenti, tu sais en médecine on a des feelings, des sensations, quand on ressent des trucs, tu sais faut en tenir compte de ce premier avis et puis on y va...”

Pour certains médecins la prise en charge des patients repose sur une vision globale de leur santé où le poids ne tient pas un rôle central :

E6 : “Je ne me centre pas vraiment sur le poids... Le poids en lui-même. Enfin comme mesure, c’est plutôt une vision globale de la personne”

Une des participantes a exprimé une difficulté à avoir comme vision globale l’impact du poids sur la santé, gérant les problématiques de santé au fur à mesure sans les relier systématiquement à l’obésité de son patient :

E9 : “C'est vrai que comme on essaie de gérer point par point les choses, mais en fait il y a beaucoup de... de... de ses pathologies qui étaient le retentissement de son obésité aussi.”

3. Maintenir le lien médical

Le fait de ne pas aborder le poids permet de garder le lien avec le patient et prendre en charge d'autres problématiques de santé liées au poids :

E10 : “Finalement comme je n'ai pas abordé le truc, j'ai quand même pu le traiter pour son hypertension.”

4. Vision biaisée

Lors des entretiens, des biais sur la vision du poids ont été mis en évidence. Certains médecins ont en effet une vision différente en fonction de la patientèle avec laquelle ils travaillent. En effet, ceux travaillant en QPV soulignent dans leur patientèle une grande proportion de patients obèses, ce qui pourrait biaiser leur vision du poids en normalisant les patients en situation de surpoids :

E1 : “On a beaucoup de gens gros ici, au centre de santé, du coup je pense qu'il y a une norme qui est différente [...] mon regard a été biaisé”

D'autres comparent le poids de leurs patients à leur situation personnelle (quand ces praticiens s'estiment dans la catégorie de surpoids). Cela peut les rendre plus stricts :

E7 : “Quand je vois qu'ils ont un ventre un petit peu plus gros que le mien, je me dis déjà le mien... (Rires) Il faut faire un truc là. Déjà le mien c'est un problème... On a des références personnelles un peu.”

Ou à l'inverse les rendre plus indulgents sur la notion de surpoids :

E9 : “(rempli le questionnaire : se trouve personnellement en surpoids) Surpoids... oui.... Je pense que c'est aussi pour ça que je suis aussi un peu moins intransigente avec les personnes en surpoids... Parce que je sais que c'est pas forcément que l'alimentation et le manque d'activité physique, qu'il peut y avoir d'autres facteurs comme le stress et les soucis personnels...”

5. Doute sur le lien entre les conséquences et le poids du patient

Quelques-uns des participants relativisent le lien entre obésité et conséquences pour la santé évoquant une part de prédisposition à développer certaines complications, en dehors du poids, comme les douleurs articulaires...

E7 : “Il commence à vieillir, à avoir des douleurs un peu articulaires, des trucs comme ça mais on n'a pas trouvé encore... D : Et tu penses que ses douleurs articulaires, par exemple, tu me dis qu'il est grand... E7 : Il les aurait peut-être eues aussi s'il était maigre oui, voilà.”

...ou la notion d'hypertension :

E12 : “Il y a beaucoup de gens qui sont encore jeunes et qui ont pas du tout de tension et du coup c'est... c'est euh... je l'associe moins... moins à l'hypertension, à, au... comment... au surpoids que le diabète par exemple.”

Inversement certains médecins remettent aussi ce lien en question en évoquant la présence de complications habituellement liées à l'obésité chez des patients ayant un IMC considéré comme normal :

E6 : “Ils n'ont pas forcément un indice de masse corporelle supérieure à 30 par exemple et pourtant ils ont... Euh ils commencent déjà à avoir une stéatose et tout ça c'est pas forcément directement... directement corrélé. J'avais même des patients qui étaient même presque normaux IMC et qui avaient quand même un syndrome métabolique.”

6. Le poids est toujours un problème

Certains médecins considèrent le poids comme un problème de santé dès que l'IMC est supérieur à 25 kg/m² :

E4 : "Je considère que ça en est toujours un."

E4 : "Si je pouvais les faire maigrir tous ! Euh... Beh oui, je ne m'en priverai pas !

D : Tous, c'est tous ceux au-dessus de 25 du coup ? Même... ? E4 : Oui 25, à fortiori de 30 encore plus... Voilà."

Le poids est considéré comme un problème de santé chez tous les patients, même ceux n'ayant pas de plainte :

E11 : "D : Et les gens qui ne se plaignaient de rien, qui n'avaient aucune plainte, tu leur en parlais quand même ? E11 : Ah oui."

Un médecin trouve que le poids est un problème de santé même si le patient est musclé :

E3 : "Des rugbymans par exemple, j'ai essayé de faire maigrir des piliers du rugby."

7. Un regard ambivalent

Les médecins se contredisent parfois dans leurs réponses, montrant les difficultés qu'ils peuvent avoir à déterminer si le poids d'un patient est un problème pour la santé :

E1 : "Elle pour moi, elle n'a pas de problème de santé, elle est juste obèse. Pour moi c'est un problème de santé pour elle, parce que j'ai vu ce qu'était devenue sa mère."

E. Quand le poids n'est pas vu comme un problème de santé

1. Stabilité du poids

Pour les médecins interrogés, le fait que le poids soit stable constitue un point de réassurance quant à l'état de santé du patient :

E9 : “Mais voilà s'ils sont stables depuis des années sans autre... Voilà, j'avoue je ne vais pas forcément aller euh... aller approfondir tant que ça...”

Cette notion s'intègre dans une vision globale du patient, comme citée plus haut, avec un mode de vie équilibré par ailleurs. Dans ce cas, le poids n'est pas considéré comme un problème de santé :

E7 : “Si c'est un poids d'équilibre, qu'ils ont depuis longtemps, qu'ils ont une vie qui est a priori équilibrée... On parle toujours un peu diététique, façon de manger, ou fumer ou pas fumer, ou l'activité sportive, et que tu vois que ça coche les cases... Et tu vois un peu la génétique familiale, tu vois les frères et sœurs, les parents et tu te dis... Bon c'est quand même tous des costauds... Et qui n'ont pas de pathologie à côté... Pourquoi les emmerder tout le temps ?”

2. La génétique

Un physique imposant peut aussi faire relativiser le médecin sur des IMC élevés si ce physique semble génétique et que les antécédents médicaux familiaux sont rassurants :

E7 : “Une famille de gens du voyage. C'est tous des golgoths. Tous en surpoids et pour une fois ils ne sont pas diabétiques de famille parce qu'il en a souvent, et ils n'ont aucun problème articulaire même... Donc tu dis bon, bah génétiquement ils sont balèzes quoi...”

Un des médecins considère une prise de poids “physiologique” avec l'âge s'opposant à la vision d'autres médecins qui s'alarmeraient sur une prise de poids au cours du temps :

E10 : “Globalement en, en prenant de l’âge... on prend du poids ! A : Et pour toi c’est pas un poids qui va retentir sur la santé ? E10 : Non, mais je veux dire, euh, ça c’est proche de la physiologie quoi ! C’est pas vraiment pathologique je veux dire...”

3. Chez la femme

Chez des patients en surpoids ou en obésité modérée, certains médecins considèrent les femmes moins à risque que les hommes, voire ne considèrent pas le poids comme un problème de santé chez ces patientes. Ils expliquent cette raison, entre autre, par une répartition des graisses différente :

E11 : “Il faut différencier le surpoids gynoïde chez les femmes.”

E6 : “Il me semble qu’il y a plus de femmes obèses que d’hommes qui vont avoir une obésité non pathologique en fait. Enfin... Sur des IMC un peu modérés.”

Encore une fois cette relativisation sur l’impact sur la santé ne se faisait que si la patiente avait un mode de vie actif en parallèle :

E6 : “Inversement, j’ai des patientEs (insiste sur le féminin) notamment qui sont en surpoids mais qui sont très actives, qui font du sport, qui sont bien dans leurs baskets, pour qui je vais pas du tout m’exciter quoi, qui ont pas du tout de problématique métabolique autour.”

4. Le patient âgé

Les médecins se montrent moins stricts sur le poids de leurs patients âgés. Les arguments sont divers. D’une part, l’espérance de vie de ces patients diminue l’impact à terme d’une prise en charge du poids.

E2 : “Il y a une question d’espérance de vie.”

D'autre part, ils estiment que ce sujet a été assez abordé et que les actions de santé chez ces patients se feront sur d'autres sujets. D'ailleurs, la surveillance du poids est différente chez les patients âgés notamment parce que les médecins redoutent plus facilement une perte de poids :

E2 : “Mais effectivement au-delà de 80 ans, généralement je les laisse tranquilles avec la notion de poids, je surveille beaucoup plus... alors s'il y a une prise de poids je me dis “est-ce qu'il y a pas des œdèmes” (rires) et s'il y a une perte de poids je creuse... j'ai plutôt tendance à creuser ça que le surpoids.”

5. L'absence de complication

L'absence de complication du surpoids (physique ou psychologique) rassure la majorité des médecins sur l'état de santé de leurs patients :

E5 : “C'est difficile de faire une règle... une règle précise mais... Une personne qui aurait un IMC entre 25 et 30 sans aucun autre problème de santé je ne vais pas faire grand-chose, je ne pense pas même que j'en parle.”

Cela est valable pour quelques médecins concernant les patients en obésité modérée :

E6 : “Une patiente qui a un IMC à 32 euh... Qui a la patate, qui va bien, qui est sportive, qui mange bien, qui a des bio nickels, et qui a pas mal aux genoux... Jamais je vais l'emmerder sur son poids.”

6. Pas de plainte du patient

Un des aspects importants pour certains médecins est la plainte du patient. S'il n'y a pas de plainte voire même une acception du surpoids, le médecin s'assure simplement de l'absence complication médicale :

E7 : “Ceux qui le vivent très bien où on ressent vraiment que pour eux le poids c'est “j'ai choisi et je m'accepte comme je suis” bah, pourquoi les emmerder ?”

E9 : “Il n’y a pas de conséquences sur la santé encore à ce stade [surpoids]. Alors j’avoue que je ne vais pas aller... s’ils ne m’en parlent pas spontanément, et que bon, pour moi si c’est ok sur un peu tout ce que j’ai pu vérifier en termes de prévention, je ne vais pas forcément les embêter avec ça.”

7. Quand le poids n’est pas seul responsable de la santé du patient : l’hygiène de vie est primordiale

Finalement, tous les médecins s’accordent à dire que l’un des aspects les plus importants de la santé d’un patient, a fortiori en surpoids ou en obésité, est son mode de vie. Cette notion est d’ailleurs apparue dans plusieurs autres parties de notre développement comme une condition majeure à remplir pour considérer le patient en bon état de santé :

E2 : “[Concernant les patients sédentaires] Oui, même s’il est pas en surpoids, j’aime bien demander à mes patients d’être non sédentaires.”

E6 : “Bah pas leur poids (lève un peu la voix), c’est pour ça que je dis c’est pas le poids, c’est pas forcément que le problème quoi c’est plus la... l’hygiène de vie.”

Les médecins insistent sur le rôle central de l’activité physique :

E6 : “Qui sont très très sédentaires qui qui sont... Qui sont vraiment je pense en danger métabolique et sûrement plus en danger métabolique que des patients avec une obésité définie par l’IMC et qui sont actifs sportifs qui ont pas une alimentation trop déconnante et pour qui, à mon avis, il y aura pas tellement de problèmes, de conséquence médicale de cette obésité.”

Les médecins accordent une importance à la masse musculaire comme facteur protecteur chez ces patients, masse maigre qui peut être acquise via un travail physique par exemple...

E13 : “Des travaux qui sont qualifiés de relativement physiques, des ouvriers qui n’arrêtent pas de manipuler des trucs lourds... En général oui il y a du gras mais il y a quand même un peu de muscle derrière. D : Et du coup ceux-là, est-ce que

leur poids c'est un problème pour leur santé à ces gens-là ? E13 : Moi... Enfin pour eux ce qu'ils ressentent à mon avis non, et pour moi... Non."

... ou par le sport :

E8 : "Ah non mais c'est sûr qu'un rugbyman, même s'il est à 30 et quelques, si c'est que du muscle il a pas du tout d'obésité, on ne peut pas dire qu'il soit obèse... C'est pas pareil."

Une bonne hygiène de vie passe aussi pour les médecins interrogés par une alimentation saine :

E10 : "Quand je fais des interrogatoires nutritionnels, par exemple pour du, pour le cholestérol ou pour du diabète que finalement, enfin, je trouve que nos patients globalement ils mangent quand même à peu près correctement quoi. [...] Ouais je suis plutôt rassuré sur leur état de santé."

DISCUSSION

I. Analyse des entretiens

Perception du surpoids et de l'obésité en tant que problème de santé par les médecins généralistes Isérois

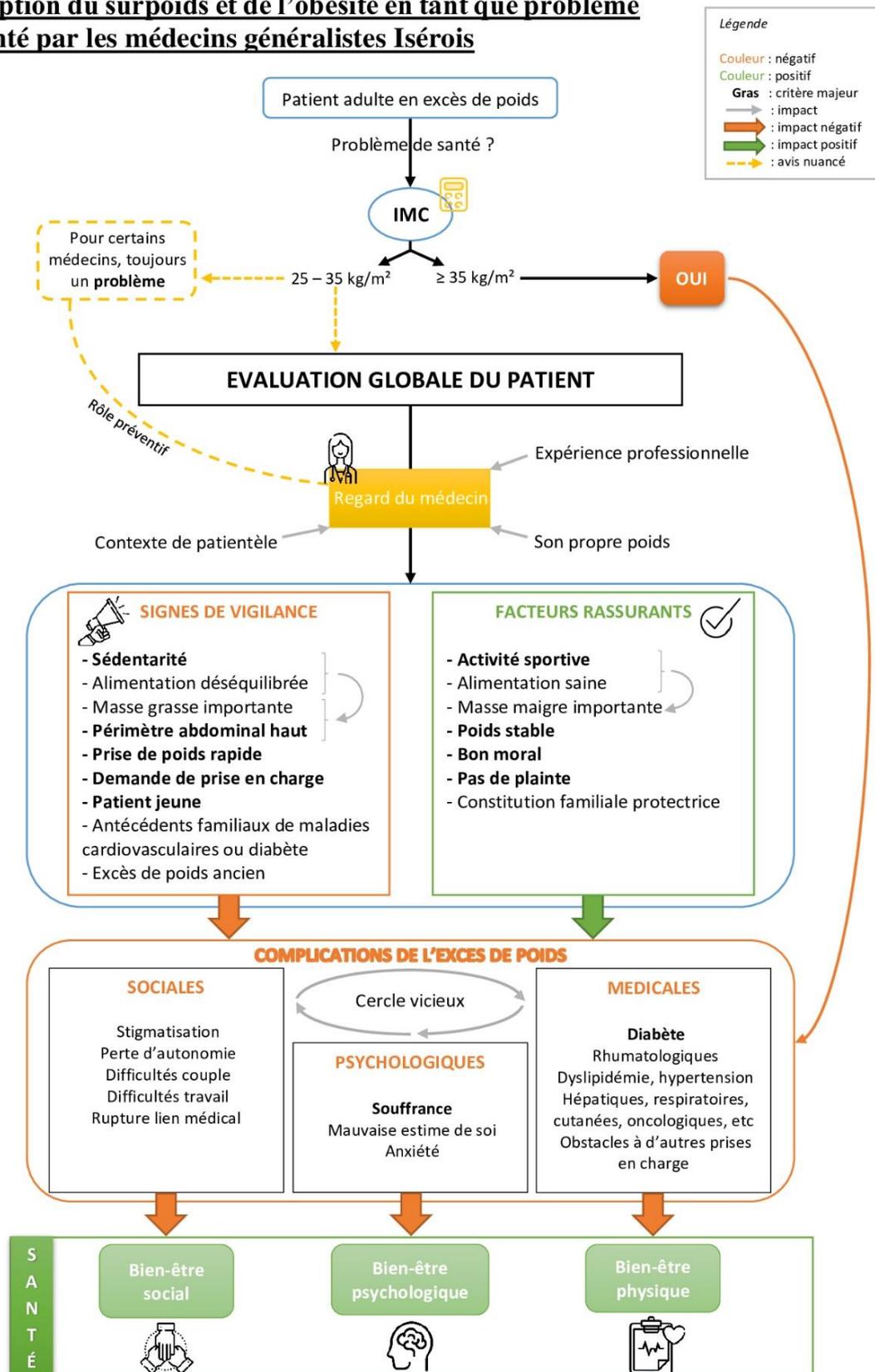


Schéma 1 : Schéma récapitulatif de la perception de l'impact du surpoids et de l'obésité sur la santé par les médecins généralistes

II. Forces et limites

A. Les forces

Il s'agit d'une étude originale. A notre connaissance, elle est la première à recueillir le point de vue des médecins sur le poids et le lien avec l'état de santé du patient. Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

La méthode de théorisation ancrée est la plus adaptée à la question de recherche pour comprendre et expliquer le point de vue des médecins sur le poids des patients en tant que problème de santé. Le fait que les entretiens étaient individuels puis anonymisés a permis de laisser exprimer librement les idées du médecin, même si un biais de désirabilité ne peut être éliminé. Les entretiens ont tous été réalisés en présentiel ce qui a permis de favoriser la spontanéité de l'échange et d'analyser le langage non-verbal des participants.

La triangulation des données s'est faite entre les deux investigatrices. Les questions ou désaccords lors de l'analyse étaient discutés ensuite avec la directrice de thèse. Le fait d'être deux à analyser les données a participé à réduire le biais d'interprétation. La tenue d'un journal de bord individuel a permis de limiter la subjectivité des investigatrices.

Les médecins interrogés étaient d'âges différents, de lieux de travail différents, ce qui a permis d'obtenir des avis différents.

Une grille de lecture COREQ (annexe 6) a été utilisée afin de respecter les critères de validité de la recherche qualitative.

B. Les limites

La recherche s'est déroulée en Isère, pour des raisons de faisabilité pour les investigatrices, ce qui limite la variabilité des réponses.

Il existe aussi un biais d'intervention, ce travail étant le premier des investigatrices. Un entretien-test a été réalisé en amont afin de contrebalancer le manque d'expérience des investigatrices et se familiariser avec la technique d'entretien semi-dirigé.

Un biais de volontariat est possible, les médecins ayant répondu à notre demande d'entretien pouvant être plus intéressés par la question. Les médecins interrogés étaient pour la moitié des

médecins qui connaissaient les investigatrices. Cette connaissance a permis de faciliter une sélection orientée des profils de participant, mais peut représenter un biais de sélection.

Une autre des limites de notre travail est la taille de l'échantillon. Nous avons pu interroger treize médecins. La saturation des données est critiquable.

Nous pouvons noter également le manque de médecin obèse interrogé, ce mode de recrutement étant difficile et délicat à effectuer, nous n'avons pas trouvé de participant répondant à ce critère.

III. Comparaison par rapport à la littérature existante et perspectives

Il s'agit à notre connaissance de la première étude en France à s'intéresser à la perception du surpoids et de l'obésité en tant que problème de santé par les médecins généralistes. Plusieurs facteurs semblent influencer cette perception du poids en lien avec la santé.

Le surpoids et l'obésité

La première observation qui ressort de cette étude est que l'avis des praticiens diffère quant à ce que sont vraiment le surpoids et l'obésité. Ils hésitent entre facteur de risque ou maladie. On retrouve ce désaccord dans certains travaux sur la prise en charge de l'obésité, où 10 % des médecins généralistes ne considèrent pas l'obésité comme une maladie (33). On peut supposer que les médecins questionnent l'impact du poids sur la santé dans certaines situations où le patient ne leur semble pas malade. C'est ce que nous avons essayé d'analyser au cours de ce travail de thèse.

L'obésité serait la suite évolutive du surpoids et, en pratique, les praticiens ne font pas de différence entre ces deux notions. La frontière à 30 kg/m² d'IMC entre surpoids et obésité leur semble en effet artificielle et empirique. Les recommandations de l'HAS concordent avec l'idée de continuum entre surpoids et obésité qu'ont les médecins et nomment le surpoids : "pré-obésité" (22).

La question de l'IMC

En ce qui concerne l'impact du poids sur la santé du patient, les praticiens interrogés ont un discours différent en fonction de l'IMC du patient. Certains médecins considèrent que le poids est toujours un problème de santé au-delà d'un IMC à 25 kg/m². On peut supposer que ces praticiens considèrent tout excès de masse grasseuse comme pathologique, quels que soient les autres facteurs influençant. Ils évoquent le rôle préventif du médecin généraliste et estiment que tout excès de poids doit être maîtrisé avant l'apparition des complications. Les recommandations de l'HAS vont dans ce sens : les patients ayant un IMC compris entre 25 et 35 kg/m² sans complication entrent dans la catégorie "en situation de surpoids et d'obésité non complexe" dans laquelle la stabilisation du poids et la mise en place d'une stratégie afin d'éviter l'évolution vers des complications sont nécessaires (22). À ce moment-là, le poids serait déjà un problème pour la santé.

Certains médecins mettent une nuance dans la catégorie du surpoids et ne considèrent un problème de santé qu'à partir d'un IMC à 27 voire 28 kg/m². Les études sont contradictoires sur la mortalité toute cause associée au surpoids. Une méta-analyse de 2016 évalue à 11 % l'augmentation de la mortalité liée au surpoids (34) tandis que d'autres études, dont certaines méta-analyses, montrent que le surpoids peut être associé à une baisse de mortalité globale (35 - 37). Cette méta-analyse de 2016 met également en évidence une différence de risque pour les surpoids inférieurs ou supérieurs à 27,5 kg/m² : le risque relatif de mortalité est respectivement de 7 % et 20 % comparé aux patients ayant un IMC compris entre 22,5 et 25 kg/m² (34). Il y aurait donc peut-être une distinction à faire entre les patients en surpoids ayant un IMC supérieur ou inférieur à 27,5 kg/m². Certains médecins de notre étude parlent d'ailleurs de "léger surpoids" pour les patients ayant un IMC compris entre 25 et 27 kg/m².

Un seul point fait l'unanimité. Tous les médecins interrogés s'accordent à dire qu'un IMC supérieur à 35 kg/m² est toujours un problème pour la santé du patient. En effet, les complications sont plus présentes et quasi systématiques selon eux. Selon l'OMS à l'échelle européenne, un IMC au-delà de 35 kg/m² ferait perdre entre six à sept années de vie en bonne santé et presque dix ans de vie sans pathologie cardiovasculaire, respiratoire ou oncologique (37). Une méta-analyse publiée en 2016 par le Dr Katherine M. Flegal *et al.* confirme que les obésités de grade 2 et 3 sont associées à un risque significativement plus élevé de mortalité toute cause (38). L'HAS classe d'ailleurs d'emblée ces patients en "situation d'obésité

complexe” (22). L’avis des médecins interrogés est donc en accord avec les données de la littérature.

Concernant les patients en surpoids ou en obésité modérée, l’IMC ne suffit pas à définir le poids comme un problème de santé pour la majorité des médecins interrogés. Ils évaluent globalement les patients selon d’autres critères afin de déterminer l’état de santé du patient.

A l’origine de complications

Le risque de survenue de complications semble important pour déterminer l’impact sur la santé. Cela est concordant avec une thèse réalisée en 2016 en France montrant que la question du poids est plus abordée par les médecins généralistes chez les patients en surpoids avec des comorbidités que chez les patients en surpoids sans comorbidité (respectivement 81 % et 31 %) (39). Cependant, cette étude montre qu’il n’y a pas de différence de prise en charge chez les patients en obésité, qu’il y ait des complications ou non, ce qui diffère de l’avis de certains participants à notre étude.

La principale complication qui inquiète les médecins interrogés est le diabète. Cela peut s’expliquer par l’ensemble des complications secondaires du diabète qui préoccupent les médecins. Selon une enquête de l’INSERM, 44 % des cas de diabète de type 2 seraient en effet associés au surpoids et à l’obésité (19). Selon un sondage national français sur l’obésité de 2020, le diabète serait 1 à 3 fois plus répandu chez les patients en obésité. Cette pathologie affecte ainsi 20 % des patients en situation d’obésité et 10 % des patients en surpoids (3, 40) alors qu’il n’est présent que chez 5,3 % des patients dans la population générale (41).

Plus globalement, le risque cardiovasculaire a été au premier plan dans nos entretiens, avec la présence, en plus du diabète, d’hypertension artérielle et de dyslipidémie. Selon une étude multinationale, plus des deux tiers des décès liés à un IMC élevé sont associés à une maladie cardiovasculaire (42). Les patients en surpoids sont également impactés par une morbidité cardiovasculaire plus précoce (43).

Toutes ces complications cardio-vasculaires sont d’ailleurs recherchées par les médecins interrogés dans notre étude, au décours de bilans biologiques ou d’examens complémentaires.

La recherche de complication est variable, parfois systématique si l'IMC est supérieur à 25 kg/m², ou uniquement si supérieur à 30 kg/m². Dans d'autres cas, les médecins interrogés s'appuient sur la présence d'antécédents familiaux de diabète ou de maladies cardio-vasculaires pour estimer le risque pour la santé du patient et détecter la présence éventuelle de complication. Selon l'HAS (22), certaines complications comme le diabète, l'hypertension, les douleurs articulaires ou le retentissement psychologique doivent être systématiquement recherchées chez tous les patients ayant un IMC supérieur à 25 kg/m². D'autres complications plus spécifiques (syndrome d'apnée du sommeil, stéatose hépatique, maladie rénale) ne sont recherchées qu'en cas de signes cliniques évocateurs et à partir d'un IMC supérieur à 30 kg/m². Les antécédents familiaux de diabète ou de maladies cardiovasculaires ne rentrent pas en compte dans cet arbre décisionnel. La différence entre la pratique déclarée des médecins et les recommandations HAS peut s'expliquer par le fait que les médecins considèrent que le risque de développer du diabète est plus important s'il y a des antécédents, ce qui les pousse à être plus vigilants. L'HAS ne semble pas prendre ce facteur en compte et considère qu'il faut rechercher un diabète chez tous les patients avec un IMC supérieur à 25 kg/m², indépendamment de la présence d'antécédents familiaux (22).

Les médecins ont également évoqué la présence de complications hépatiques et respiratoires (bilans biologiques, échographie hépatique, polysomnographie pour l'apnée du sommeil...). Selon l'HAS (22), il faut les rechercher chez les patients avant un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m². Ces complications ne sont à priori à rechercher que chez les patients en obésité alors que les médecins interrogés affirment que celles-ci peuvent également être présentes chez des patients en surpoids, voire même chez les patients avec un IMC normal. Les études soulignent que l'apparition de stéatose hépatique non alcoolique est plus globalement liée au syndrome métabolique (44). Les médecins de notre étude semblent donc être plus vigilants dans la recherche de certaines complications.

Il faut souligner qu'aucun des médecins interrogés dans notre étude n'a évoqué d'autres complications reconnues comme le risque oncogène de l'obésité (entre 7 et 41 % des cas imputables selon la localisation cancéreuse (19)) ou le risque de l'obésité sur la fertilité féminine (22, 45, 46). On peut supposer que les médecins sont moins sensibilisés à ces conséquences du surpoids et de l'obésité ou que notre recrutement n'a pas été suffisamment élargi pour que cette problématique soit soulevée.

Les médecins de notre étude sont conscients de l'impact psychologique et social du poids. En effet, la présence de complications psychologiques a un impact sur la santé du patient (47 - 49). Les patients atteints de surpoids ou d'obésité peuvent présenter des syndromes dépressifs, de l'anxiété, une baisse de l'estime de soi, des troubles de l'humeur, des difficultés relationnelles et d'autres symptômes comme décrits par l'HAS (22). Notre étude montre que les médecins généralistes sont sensibilisés à ces difficultés psychologiques et à leur impact sur la santé.

Sur le plan social

Les stigmatisations liées au poids, aussi retrouvées sous le terme grossophobie, sont responsables de façon indépendante d'une augmentation de la mortalité globale et des comorbidités en plus des conséquences sur le plan psychologique et social (22, 50 - 52). Cette stigmatisation est une notion de plus en plus d'actualité soulevant un nouveau défi pour améliorer la santé des populations (53, 54). Les professionnels de santé en sont parfois responsables eux-mêmes (55, 56). Les médecins interrogés ont spontanément décrit l'obésité comme un sujet sensible à aborder et qu'une approche non stigmatisante était essentielle avec les patients. Parfois le médecin évite même ce sujet pour permettre de maintenir le lien avec le patient et de traiter d'autres problématiques de santé. Cette notion a aussi été rapportée dans une étude australienne (57). Un travail de thèse réalisé en France en 2022 montre également que les situations de stigmatisation entraînent une rupture de suivi médical dans 64 % des cas (55). Les médecins éviteraient donc parfois d'aborder le sujet pour ne pas risquer de rompre le suivi avec un patient qui ne serait pas prêt à aborder le sujet de son poids.

Le regard de la société sur le poids est ambivalent. Les normes sociales incitent à la minceur et aux régimes parfois dangereux pour la santé car plus d'un tiers des personnes reprennent plus de poids qu'ils n'en ont perdu (58, 59). Les médecins interrogés sont d'ailleurs vigilants sur ces pratiques restrictives n'hésitant pas à informer les patients sur leurs effets néfastes. Depuis quelques années, la société a vu naître des courants de "body positivisme" promouvant toutes les normes de taille et essayant de déstigmatiser les personnes obèses (60, 61). Cependant ce courant de pensée est critiqué comme en témoigne la polémique autour de la couverture "This is healthy" (*traduction des auteurs* : C'est sain) de février 2021 du magazine Cosmopolitan UK qui montrait entre autres des jeunes femmes obèses en vêtements sportifs (62, 63). Cette

difficulté à trouver l'équilibre entre la non-stigmatisation de l'obésité et du surpoids dans la société et l'importance d'un message de santé publique sur les effets néfastes qui en résultent a d'ailleurs été abordée par l'une de nos participantes qui s'interrogeait sur le juste message à véhiculer évoquant le risque de banalisation de l'obésité.

Le poids peut également avoir un impact négatif sur la vie professionnelle et être à l'origine d'arrêts de travail. En 2019, selon l'OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), l'impact social de l'obésité et du surpoids en France représentait une perte annuelle de l'équivalent de 671 000 travailleurs à temps plein (perte de productivité liée au chômage, à l'absentéisme, à une retraite prématurée...) (64). Les médecins interrogés ont cependant souligné des bénéfices secondaires au surpoids et à l'obésité dans certains métiers comme par exemple les métiers du bâtiment, ce qui a également été décrit dans une thèse de 2012 qui interrogeait des patients atteints d'obésité (65).

Répartition des graisses

Les médecins ont également souligné l'importance de la répartition des graisses et son rôle dans la santé du patient.

La répartition gynoïde des graisses, souvent plus présente chez les femmes, ne constitue pas un risque majeur pour la santé des patientes pour les médecins selon notre enquête. Le risque principal en serait les complications rhumatologiques. Une étude réalisée en 2016 n'a cependant pas mis en évidence de lien entre la répartition gynoïde des graisses et les douleurs lombaires (58). Ces complications semblent plutôt être liées à l'obésité centrale, définie par un rapport tour de taille sur hanche élevé et au pourcentage total des graisses (59).

Une répartition androïde des graisses serait en revanche potentiellement associée à des complications cardio-vasculaires et constituerait un facteur altérant la santé du patient. En effet, certains participants ont souligné le fait que la présence de graisses abdominales avait des conséquences plus importantes que les graisses sous-cutanées dans le risque cardio-vasculaire et entraînait un effet délétère sur la santé du patient. L'excès de masse grasse dans la région abdominale est en effet associé à un risque accru de diabète et de maladies cardiovasculaires, mais aussi de certains cancers et ce indépendamment de l'IMC (9, 19, 68). Selon les

recommandations HAS 2023 (22), le tour de taille (mesure et évolution) en complément de l'IMC est un facteur permettant d'évaluer le risque métabolique du patient. Les médecins disent que le plus souvent ils évaluent le périmètre abdominal visuellement et ne le mesurent pas. Des travaux de thèses rapportent également qu'une minorité seulement des médecins mesurent le périmètre abdominal (69, 70). Selon les études, l'évaluation visuelle du poids n'est pas suffisamment fiable et tend à sous-estimer le surpoids et l'obésité modérée (71, 72). Cette sous-estimation serait surtout le fait de médecins ayant une forte proportion de patients obèses dans leur patientèle (73), biais que nous aborderons par la suite car aussi reconnu par les médecins de notre étude. L'obésité devient visuellement évidente au-delà de 35 kg/m² d'IMC selon une étude américaine (74) ce qui concorde avec l'idée que la santé de tout patient avec un IMC supérieur à cette valeur est mise en jeu.

Cinétique prise de poids

La cinétique de poids est un facteur de risque cardiovasculaire important et indépendant en particulier chez les patients jeunes obèses (38, 75). C'est d'ailleurs un critère de surveillance recommandé par l'HAS (22) à propos duquel les médecins interrogés se sont dit être très vigilants. Une prise de poids rapide constitue en effet un signal d'alerte pour les praticiens.

Âge

La vigilance des médecins interrogés est différente en ce qui concerne le poids des patients âgés. En effet, l'HAS recommande de porter une attention plus particulière sur la masse musculaire des patients de plus de 70 ans (22). Une méta-analyse suggère que l'IMC nadir concernant la mortalité toute cause évolue avec l'âge devenant plus élevé chez les plus de 70 ans (nadir à 24 kg/m² d'IMC vs 22 kg/m² d'IMC avant 50 ans) (34). Cette hypothèse est corroborée par une étude française qui montre que les patients de plus de 65 ans en situation de surpoids ne présentent pas de surmortalité (76). L'aspect protecteur d'un IMC plus élevé avec l'âge (particulièrement le surpoids) est d'ailleurs discuté dans les recommandations anglaises mises à jour de 2022 (77, 78).

Ce sont les personnes jeunes (moins de 50 ans) en situation d'obésité, voire de surpoids, qui font partie des groupes les plus inquiétants pour les médecins généralistes de notre étude. En effet le risque de morbi-mortalité est plus important dans cette population, et ce d'autant plus s'il est associé à une prise de poids au début de la vie d'adulte (34, 75).

Genre

Les médecins interrogés semblent moins s'inquiéter en ce qui concerne les femmes que les hommes en situation d'obésité. Cette notion est à nuancer au vu de la littérature car d'autres facteurs sont à prendre en considération pour évaluer l'impact sur la santé, comme la présence de diabète ou la ménopause par exemple (79, 80). Globalement, la mortalité toute cause semble plus importante chez les hommes obèses que chez les femmes obèses en comparaison aux individus de même sexe dont le poids est considéré comme normal (34), même si certaines études ne mettent pas en évidence cette différence (35).

Modifications des perceptions liées au médecin

La perception du surpoids et de l'obésité en tant que problème de santé varie également selon certains facteurs liés aux médecins interrogés. Notre étude montre que les médecins travaillant avec des populations plus précaires ont un seuil d'alerte plus élevé concernant le poids, leur patientèle étant plus touchée par les excès de poids et leurs complications. Selon eux, ce contexte les rend moins disponibles pour des patients en surpoids ou en obésité modérée n'ayant pas de complication. De fait, une étude américaine confirme une attitude différente des praticiens dans la prise en charge des patients en excès de poids, en fonction de la proportion de patients obèses de classe 2 et 3 dans leur patientèle (27).

Les médecins interrogés lors de notre étude pensent que leur propre poids peut influencer leur regard sur le poids de leurs patients, les rendant plus sévères ou au contraire plus indulgents. Ce constat a été rapporté dans le cadre d'une thèse réalisée en France : les médecins interrogés assurent que leurs expériences personnelles peuvent influencer leur regard vis-à-vis d'un patient présentant un excès pondéral, sans que l'on retrouve de différence significative dans la prise en charge (39).

Notion d'obésité métaboliquement saine

Certains médecins se sont dit être surpris par la normalité des bilans de quelques-uns de leurs patients obèses. Cela contribue à diviser les avis sur l'impact direct sur la santé du poids des patients en obésité modérée. Il existe une grande différence de susceptibilité individuelle aux complications de l'obésité : par exemple, 30 % des patients ne présentent pas d'altération métabolique (19). Ceci explique l'apparition de la notion "d'obésité métaboliquement saine" (metabolically healthy obesity ou MHO en anglais). Il faut noter que la définition de "métaboliquement sain" n'est pas clairement établie (différence de critères entre les études (81)). Elle concerne davantage les femmes et les patients jeunes ayant un IMC inférieur à 35 kg/m² (81). Les études comparant les patients en surpoids ou obèses sans complication métabolique (groupe MHO) avec des patients considérés à poids normal métaboliquement sains confirment un surrisque de morbidité dans le groupe MHO (81 - 84). Ce risque reste moins élevé que pour les patients obèses avec des troubles métaboliques. Cependant, entre 30 % et 50 % des patients MHO finissent par développer des troubles métaboliques sur le moyen à long terme (81). Ceci est également pris en compte par les médecins de notre étude qui rapportent un risque à terme de développer des complications pour les patients qui ne présentent aucun trouble métabolique lors de la consultation. Ils soulignent leur rôle important de prévention dans ce contexte.

Protection liée aux muscles et à l'activité physique, au mode de vie

Les praticiens interrogés ont mis l'accent sur l'activité physique comme facteur protecteur chez leurs patients en surpoids ou obésité. La non-sédentarité de leur patient est pour eux primordiale car elle constitue la base d'un mode de vie sain qui semble compenser le risque du poids. Plusieurs études plaident en faveur du bénéfice de l'activité physique de façon globale. Chez les patients en surpoids ou obèses, l'activité physique améliore leur état de santé : elle diminue significativement le sur-risque lié au poids (66, 85) sans l'annuler toutefois complètement (86, 87). L'activité physique est donc à encourager chez tous les patients, en particulier pour ceux qui présentent un excès de poids que ce soit pour leur santé globale ou pour la prise en charge spécifique de leur masse corporelle.

Une vision globale

Les signes de vigilance des médecins sont concordants, mais non exhaustifs, par rapport à ce que rapporte l'HAS, en particulier pour l'évolution du poids et l'association aux facteurs de risque cardiovasculaire personnels. Cette évaluation globale peut être comparée à l'échelle EOSS (Edmonton Obesity Staging System) de cinq stades gradés selon plusieurs paramètres indépendants de l'IMC : présence de comorbidités, symptômes physiques, symptômes psychiques, limitation des activités physiques et altération de la qualité de vie (88).

L'OMS définit la bonne santé comme un "état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité" (89). Dans ce cadre-là, notre étude montre que les médecins sont partagés. Cependant, l'OMS décrit également le surpoids et l'obésité comme "une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé" (1). Notre étude permet d'avoir un aperçu de la vision des médecins généralistes isérois sur la notion de santé des patients en situation de surpoids et d'obésité. Si la présence de maladies et de complications ne sont pas les seuls critères qui permettent de remettre en cause la bonne santé d'un patient, cela implique l'évaluation du bien-être du patient, ce que font déjà certains praticiens impliqués dans notre étude.

Concernant le point de vue des patients sur leur état de santé, un travail de thèse réalisé par A. Le Merle et R. Payeur en 2022 chez des patients en surpoids et en obésité a montré que le poids est considéré comme un problème de santé chez 77 % des répondants (55). Cependant, cette étude n'explore pas davantage la notion de problème de santé chez les patients en fonction de leur poids et les représentations qu'en ont les patients. Plusieurs études ont montré que les patients en situation de surpoids et l'obésité ont tendance à sous-évaluer leur poids (90, 91). Par ailleurs, un article publié en 2020 suggère que l'auto-perception du surpoids et de l'obésité par les patients pourrait déclencher des préoccupations de rejet social et de stigmatisation liées au poids. Ces préoccupations pourraient induire une souffrance psychologique ayant un impact négatif sur une bonne hygiène de vie (92).

Perspectives

Ce travail montre toute la complexité de l'impact du poids sur la santé. Son évaluation et sa prise en charge sont intégrées dans un parcours de soins nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels de santé : diététiciens, infirmiers (dont les infirmiers Asalée), chirurgiens, psychologues, professionnels en activité physique adaptée... Cette approche pluridisciplinaire indispensable pour une prise en charge personnalisée a été largement soulignée par les participants de notre étude. En effet, il ressort de ce travail de recherche que la perception du poids en tant que problème de santé est complexe et que de nombreux facteurs entrent en considération. Cela est encore nuancé par la perception individuelle de chaque médecin.

Ce travail a enrichi notre réflexion sur le surpoids et de l'obésité en tant que problème de santé et a mis en évidence toute la nuance qu'il faut apporter à cette problématique. Il ne s'agit pas que de motivation ou que d'une simple balance énergétique que l'on peut prendre en charge facilement avec un déficit calorique et/ou une augmentation de l'activité physique. Des facteurs génétiques, psychologiques et sociologiques sont également à prendre en considération. Dans la mesure où ces facteurs influent les uns sur les autres, il en résulte des situations complexes à appréhender. Cela confirme le rôle majeur du médecin généraliste à prendre en compte toutes les caractéristiques propres à chaque patient afin d'adapter son discours et sa prise en charge au mieux et les personnaliser pour chacun d'entre eux.

Le dogme de l'IMC doit donc être dépassé pour laisser place à une vision globale du patient qui peut être considéré en bonne santé, malgré un IMC supérieur à 25 kg/m². Le médecin généraliste n'a cependant pas d'autre outil aussi simple à sa disposition pour l'aider à quantifier l'impact du poids sur la santé de ses patients. Le tour de taille ou certains ratios comprenant cette mesure semblent intéressants mais les médecins ne les intègrent pas dans leur pratique (manque de connaissance des normes, pas de formation, substitution par l'évaluation visuelle).

À l'avenir, et afin d'avancer vers une meilleure prise en charge des patients, il serait intéressant de savoir quelle est leur propre perception de leur état de santé par rapport à leur poids. La comparaison de leur ressenti par rapport à la vision des médecins pourrait apporter des éléments de réflexion pour remédier, au moins en partie, à cette inquiétante problématique de santé publique.

CONCLUSION

La prévalence du surpoids et l'obésité dans la population est croissante. De fait, leur prise en charge est au cœur des politiques de santé publique depuis de nombreuses années et elle ne cesse d'évoluer en mettant de plus en plus le patient au centre du parcours de soin.

Notre étude qualitative montre que la perception du surpoids et de l'obésité varie selon les médecins et en fonction des profils des patients. Les médecins ont en effet une vision nuancée du poids en tant que problème de santé et de nombreux autres facteurs sont pris en considération, ce qui concorde avec les données de la littérature. Ainsi, une évaluation globale des patients s'avère nécessaire. Pour certains médecins, le surpoids et l'obésité modérée ne sont pas nécessairement un problème de santé. L'activité physique, une bonne hygiène de vie et la bonne santé mentale des patients sont des éléments importants pour considérer que le poids du patient n'est pas un problème de santé. Les discours sont parfois contradictoires, traduisant les difficultés actuelles à statuer formellement sur l'impact du poids sur la santé, notamment du surpoids, et à fixer des limites claires quant aux stratégies de prise en charge.

À l'avenir, et afin d'avancer vers une meilleure prise en charge des patients, il serait intéressant de savoir quelle est leur propre perception de leur état de santé par rapport à leur poids. La comparaison de leur ressenti par rapport à la vision des médecins pourrait apporter des éléments de réflexion pour remédier, au moins en partie, à cette inquiétante problématique de santé publique.

THÈSE SOUTENUE PAR : Diane AUDIFFREN et Aurore LOUIS

TITRE :

PERCEPTION DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ EN TANT QUE PROBLÈME DE SANTÉ PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : UNE ÉTUDE QUALITATIVE EN ISÈRE

CONCLUSION :

La prévalence du surpoids et l'obésité dans la population est croissante. De fait, leur prise en charge est au cœur des politiques de santé publique depuis de nombreuses années et elle ne cesse d'évoluer en mettant de plus en plus le patient au centre du parcours de soin.

Les médecins généralistes étant des acteurs essentiels de cette prise en charge, l'objectif de ce travail de thèse a été de recueillir leur perception du surpoids et de l'obésité en tant que problème de santé. Pour ce faire, nous avons réalisé une étude qualitative auprès de médecins généralistes Isérois, avec des entretiens semi-dirigés analysés en théorisation ancrée.

Notre étude montre que la perception du surpoids et de l'obésité varie selon les médecins et en fonction des profils des patients. Les médecins ont en effet une vision nuancée du poids en tant que problème de santé et de nombreux autres facteurs sont pris en considération, ce qui concorde avec les données de la littérature. Ainsi, une évaluation globale des patients s'avère nécessaire. Pour certains médecins, le surpoids et l'obésité modérée ne sont pas nécessairement un problème de santé. L'activité physique, une bonne hygiène de vie et la bonne santé mentale des patients sont des éléments importants pour considérer que le poids du patient n'est pas un problème de santé. Les discours sont parfois contradictoires, traduisant les difficultés actuelles à statuer formellement sur l'impact du poids sur la santé, notamment du surpoids, et à fixer des limites claires quant aux stratégies de prise en charge.

A l'avenir, et afin d'avancer vers une meilleure prise en charge des patients, il serait intéressant de savoir quelle est leur propre perception de leur état de santé par rapport à leur poids. La comparaison de leur ressenti par rapport à la vision des médecins pourrait apporter des éléments de réflexion pour remédier, au moins en partie, à cette inquiétante problématique de santé publique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 12/12/23

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Pr Olivier PALOMBI
Doyen de l'UFR de Médecine
Par délégation
du Président de l'UGA

Pr Olivier PALOMBI

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY



Pr Tahide HERBERT

BIBLIOGRAPHIE

1. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 6 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Basdevant A, Ciangura C. Obesity, a disease. Bull Acad Natl Med. janv 2010;194(1):13-20; discussion 20-24.
3. Fontbonne A, Currie A, Tounian P, Picot MC, Foulatier O, Nedelcu M, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the « Ligue Contre l'Obésité ». J Clin Med. 25 janv 2023;12(3):925.
4. Laville M, Fourcade M. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 26 sept 2023]. Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-l-obesite-en-france>
5. Faucher P, Poitou C. Physiopathologie, déterminants et complications de l'obésité. Soins. déc 2016;61(811):20-5, 10.
6. McAllister EJ, Dhurandhar NV, Keith SW, Aronne LJ, Barger J, Baskin M, et al. Ten Putative Contributors to the Obesity Epidemic. Crit Rev Food Sci Nutr. nov 2009;49(10):868-913.
7. Basdevant A, Clément K, Oppert JM. Vers de nouveaux phénotypes et de nouvelles nosographies : de l'obésité aux maladies du tissu adipeux. Cah Nutr Diététique. juin 2014;49(3):104-12.
8. Faucher P, Poitou C. Physiopathologie de l'obésité. Rev Rhum Monogr. 1 févr 2016;83(1):6-12.
9. Seyedhoseinpour A, Barzin M, Mahdavi M, Valizadeh M, Azizi F, Ghareh S, et al. BMI category-specific waist circumference thresholds based on cardiovascular disease outcomes and all-cause mortality: Tehran lipid and glucose study (TLGS). BMC Public Health. 5 juill 2023;23(1):1297.
10. Hall JA, French TK, Rasmusson KD, Vesty JC, Roberts CA, Rimmasch HL, et al. The paradox of obesity in patients with heart failure. J Am Acad Nurse Pract. déc 2005;17(12):542-6.

11. Fleischmann E, Teal N, Dudley J, May W, Bower JD, Salahudeen AK. Influence of excess weight on mortality and hospital stay in 1346 hemodialysis patients. *Kidney Int.* avr 1999;55(4):1560-7.
12. Kunz K, Hannedouche T. [Obesity in haemodialysis: the paradox]. *Nephrol Ther.* juill 2009;5 Suppl 5:S339-345.
13. Sabaz MS, Aşar S, Sertçakacılar G, Sabaz N, Çukurova Z, Hergünel GO. The effect of body mass index on the development of acute kidney injury and mortality in intensive care unit: is obesity paradox valid? *Ren Fail.* déc 2021;43(1):543-55.
14. Romero-Corral A, Montori VM, Somers VK, Korinek J, Thomas RJ, Allison TG, et al. Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies. *Lancet Lond Engl.* 19 août 2006;368(9536):666-78.
15. Elagizi A, Kachur S, Lavie CJ, Carbone S, Pandey A, Ortega FB, et al. An Overview and Update on Obesity and the Obesity Paradox in Cardiovascular Diseases. *Prog Cardiovasc Dis.* 2018;61(2):142-50.
16. Ferreira I, Stehouwer CDA. Obesity paradox or inappropriate study designs? Time for life-course epidemiology. *J Hypertens.* déc 2012;30(12):2271-5.
17. Stokes A, Preston SH. Smoking and reverse causation create an obesity paradox in cardiovascular disease. *Obes Silver Spring Md.* déc 2015;23(12):2485-90.
18. Bosy-Westphal A, Müller M. Diagnosis of obesity based on body composition-associated health risks—Time for a change in paradigm. *Obes Rev.* 21 janv 2021;22.
19. Inserm [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Obésité · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>
20. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 16 oct 2023]. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
21. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 20 nov 2023]. Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux - Partie I: prise en charge médicale. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux-partie-i-prise-en-charge-medicale

22. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 8 déc 2023]. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte
23. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 26 sept 2023]. Programme national nutrition santé (PNNS) - Professionnels. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>
24. Burger M. Connaissances, opinions et prise en charge des patients adultes obèses ou en surpoids par les médecins généralistes occidentaux: apports d'une revue de littérature systématique et descriptive [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2017.
25. Kloek CJ, Tol J, Veenhof C, van der Wulp I, Swinkels IC. Dutch General Practitioners' weight management policy for overweight and obese patients. *BMC Obes.* 19 févr 2014;1:2.
26. Alberga AS, Nutter S, MacInnis C, Ellard JH, Russell-Mayhew S. Examining Weight Bias among Practicing Canadian Family Physicians. *Obes Facts.* 2019;12(6):632-8.
27. Ferrante JM, Piasecki AK, Ohman-Strickland PA, Crabtree BF. Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obes Silver Spring Md.* sept 2009;17(9):1710-6.
28. Eley Morris S, Lean MEJ, Hankey CR, Hunter C. Who gets what treatment for obesity? A survey of GPs in Scotland. *Eur J Clin Nutr.* mai 1999;53(2):s44-8.
29. Brotons C, Ciurana R, Piñeiro R, Kloppe P, Godycki-Cwirko M, Sammut MR, et al. Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Am J Clin Nutr.* avr 2003;77(4 Suppl):1048S-1051S.
30. Attalin V, Romain AJ, Avignon A. Physical-activity prescription for obesity management in primary care: Attitudes and practices of GPs in a southern French city. *Diabetes Metab.* 1 juin 2012;38(3):243-9.
31. Jean-Pierre Lebeau. Initiation à la recherche qualitative en santé, Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. GMSanté, CNGE. 2021.
32. Paul Frappé. Initiation à la recherche. 2è édition. (FAYR-GP).

33. Thuan JF, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes.* sept 2005;29(9):1100-6.
34. Angelantonio ED, Bhupathiraju SN, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, Gonzalez AB de, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet.* 20 août 2016;388(10046):776-86.
35. Visaria A, Setoguchi S. Body mass index and all-cause mortality in a 21st century U.S. population: A National Health Interview Survey analysis. *PLOS ONE.* 5 juill 2023;18(7):e0287218.
36. Afzal S, Tybjærg-Hansen A, Jensen GB, Nordestgaard BG. Change in Body Mass Index Associated With Lowest Mortality in Denmark, 1976-2013. *JAMA.* 10 mai 2016;315(18):1989-96.
37. Europe WHORO for. WHO European Regional Obesity Report 2022 [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2022 [cité 25 sept 2023]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/353747>
38. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2 janv 2013;309(1):71-82.
39. FIOLEAU Anne-Laure N. Rôle du médecin généraliste dans le dépistage des patients adultes ayant un trouble de l'équilibre pondéral, sans comorbidité : modalités d'abord du problème pondéral en l'absence de demande. juin 2016; Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20041584/2016MCEM5809/fichier/5809F.pdf>
40. Odoxa [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Disponible sur: <https://www.odoxa.fr/sondage/enquete-epidemiologique-nationale-sur-le-surpoids-et-lobesite/>
41. Prévalence et incidence du diabète [Internet]. [cité 11 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/prevalence-et-incidence-du-diabete>
42. GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med.* 6 juill 2017;377(1):13-27.

43. Khan SS, Ning H, Wilkins JT, Allen N, Carnethon M, Berry JD, et al. Association of Body Mass Index With Lifetime Risk of Cardiovascular Disease and Compression of Morbidity. *JAMA Cardiol.* 1 avr 2018;3(4):280-7.
44. Cholongitas E, Pavlopoulou I, Papatheodoridi M, Markakis GE, Bouras E, Haidich AB, et al. Epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gastroenterol.* 2021;34(3):404-14.
45. Inserm [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Infertilité · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/infertilite/>
46. Gesink Law DC, Maclehose RF, Longnecker MP. Obesity and time to pregnancy. *Hum Reprod Oxf Engl.* févr 2007;22(2):414-20.
47. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Vilagut G, Martinez M, Bonnewyn A, De Graaf R, et al. The relation between body mass index, mental health, and functional disability: a European population perspective. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* oct 2008;53(10):679-88.
48. Chapelle C. L'incidence des troubles du comportement alimentaire et de l'anxiété/dépression sur la qualité de vie des personnes obèses. 30 mai 2013;127.
49. de Wit L, Have MT, Cuijpers P, de Graaf R. Body Mass Index and risk for onset of mood and anxiety disorders in the general population: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2). *BMC Psychiatry.* 2 août 2022;22(1):522.
50. Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, et al. How and why weight stigma drives the obesity « epidemic » and harms health. *BMC Med.* 15 août 2018;16(1):123.
51. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychol Sci.* nov 2015;26(11):1803-11.
52. Carof S. Être grosse. Du corps discréditable au corps discrédité. *Sociologie.* 2019;10(3):285-302.
53. Brewis A, SturtzSreetharan C, Wutich A. Obesity stigma as a globalizing health challenge. *Glob Health.* 13 févr 2018;14(1):20.
54. Branche O, Buscail C, Péneau S, Baudry J, Poitou C, Oppert JM, et al. Correlates of Weight Bias in Adults From the NutriNet-Santé Study. *Am J Prev Med.* août 2023;65(2):201-12.

55. Le Merle A, Payeur R. Étude des expériences vécues comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu des soins, et les conséquences sur leur prise en charge médicale. 15 mars 2022;95.
56. grossophobie médicale [Internet]. 2021 [cité 11 déc 2023]. Disponible sur: <https://graspolitique.fr/tag/grossophobie-medicale/>
57. Mazza D, McCarthy E, Carey M, Turner L, Harris M. « 90% of the time, it's not just weight »: General practitioner and practice staff perspectives regarding the barriers and enablers to obesity guideline implementation. *Obes Res Clin Pract.* 2019;13(4):398-403.
58. Dulloo AG, Montani JP. Pathways from dieting to weight regain, to obesity and to the metabolic syndrome: an overview. *Obes Rev.* 2015;16(S1):1-6.
59. de Saint Pol T. Obésité, normes et inégalités sociales. *J Psychol.* 2013;311(8):19-22.
60. Sastre A. Towards a Radical Body Positive. *Fem Media Stud.* 2 nov 2014;14(6):929-43.
61. Dickins M, Thomas SL, King B, Lewis S, Holland K. The role of the fatosphere in fat adults' responses to obesity stigma: a model of empowerment without a focus on weight loss. *Qual Health Res.* déc 2011;21(12):1679-91.
62. Cosmopolitan [Internet]. 2021 [cité 11 déc 2023]. 11 women who prove wellness isn't one size fits all. Disponible sur: <https://www.cosmopolitan.com/uk/body/a34915032/women-bodies-wellness-healthy-different-shape-size/>
63. The Independent [Internet]. 2021 [cité 11 déc 2023]. Cosmopolitan UK defends cover featuring plus-size models after backlash. Disponible sur: <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/cosmopolitan-plus-size-cover-covid-b1785984.html>
64. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention | en | OECD [Internet]. [cité 4 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>
65. De Sousa Martin Virginie, Menard Dominique. Quelles représentations les patients obèses ont-ils de leur maladie ? : étude qualitative en Limousin et dans l'Indre en 2012 [Internet]. 2013 [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-33313?lightbox=true>
66. Dario AB, Ferreira ML, Refshauge K, Sánchez-Romera JF, Luque-Suarez A, Hopper JL, et al. Are obesity and body fat distribution associated with low back pain in women? A

population-based study of 1128 Spanish twins. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc.* avr 2016;25(4):1188-95.

67. Ribeiro Rosa K, Fruschein Annichino R, de Azevedo E Souza Munhoz M, Gomes Machado E, Marchi E, Castano-Betancourt MC. Role of central obesity on pain onset and its association with cardiovascular disease: a retrospective study of a hospital cohort of patients with osteoarthritis. *BMJ Open.* 23 déc 2022;12(12):e066453.

68. Després JP, Lemieux I, Bergeron J, Pibarot P, Mathieu P, Larose E, et al. Abdominal obesity and the metabolic syndrome: contribution to global cardiometabolic risk. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* juin 2008;28(6):1039-49.

69. Salaün M. État 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. 15 mai 2017;60.

70. Crichi F. Evaluation de la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adulte par les médecins généralistes: enquête qualitative auprès de 115 médecins généralistes de Seine-Saint-Denis [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2010.

71. Robinson E, Parretti H, Aveyard P. Visual identification of obesity by healthcare professionals: an experimental study of trainee and qualified GPs. *Br J Gen Pract.* nov 2014;64(628):e703-8.

72. Husin M, Kasim S, Tuthill A. Accuracy of visual estimation in diagnosing obese individuals-a blinded study. *Br J Med Pract [Internet].* 1 juill 2012;55. Disponible sur: <https://www.bjmp.org/content/accuracy-visual-estimation-diagnosing-obese-individuals-blinded-study>

73. Oldham M, Robinson E. Visual body size norms and the under-detection of overweight and obesity. *Obes Sci Pract.* févr 2018;4(1):29-40.

74. Thapa R, Friderici J, Kleppel R, Fitzgerald J, Rothberg MB. Do physicians underrecognize obesity? *South Med J.* juin 2014;107(6):356-60.

75. Zheng Y, Manson JE, Yuan C, Liang MH, Grodstein F, Stampfer MJ, et al. Associations of Weight Gain From Early to Middle Adulthood With Major Health Outcomes Later in Life. *JAMA.* 18 juill 2017;318(3):255-69.

76. Alharbi TA, Ryan J, Freak-Poli R, Gasevic D, Scali J, Ritchie K, et al. The Association of Weight Loss, Weight Status, and Abdominal Obesity with All-Cause Mortality in Older Adults. *Gerontology*. déc 2022;68(12):1366-74.
77. Recommendations | Obesity: identification, assessment and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2014 [cité 22 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189/chapter/Recommendations>
78. Oreopoulos A, Kalantar-Zadeh K, Sharma AM, Fonarow GC. The Obesity Paradox in the Elderly: Potential Mechanisms and Clinical Implications. *Clin Geriatr Med*. 1 nov 2009;25(4):643-59.
79. Meloni A, Cadeddu C, Cugusi L, Donataccio MP, Deidda M, Sciomer S, et al. Gender Differences and Cardiometabolic Risk: The Importance of the Risk Factors. *Int J Mol Sci*. 13 janv 2023;24(2):1588.
80. Manrique-Acevedo C, Chinnakotla B, Padilla J, Martinez-Lemus LA, Gozal D. Obesity and cardiovascular disease in women. *Int J Obes* 2005. juin 2020;44(6):1210-26.
81. Smith GI, Mittendorfer B, Klein S. Metabolically healthy obesity: facts and fantasies. *J Clin Invest*. 129(10):3978-89.
82. Man S, Lv J, Yu C, Deng Y, Yin J, Wang B, et al. Association between metabolically healthy obesity and non-alcoholic fatty liver disease. *Hepatol Int*. déc 2022;16(6):1412-23.
83. Bell JA, Kivimaki M, Hamer M. Metabolically healthy obesity and risk of incident type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. juin 2014;15(6):504-15.
84. Zheng R, Zhou D, Zhu Y. The long-term prognosis of cardiovascular disease and all-cause mortality for metabolically healthy obesity: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. oct 2016;70(10):1024-31.
85. Ortega FB, Ruiz JR, Labayen I, Lavie CJ, Blair SN. The Fat but Fit paradox: what we know and don't know about it. *Br J Sports Med*. 1 févr 2018;52(3):151-3.
86. Hainer V, Toplak H, Stich V. Fat or Fit: What Is More Important? *Diabetes Care*. nov 2009;32(Suppl 2):S392-7.

87. Rassy N, Van Straaten A, Carette C, Hamer M, Rives-Lange C, Czernichow S. Association of Healthy Lifestyle Factors and Obesity-Related Diseases in Adults in the UK. *JAMA Netw Open*. 1 mai 2023;6(5):e2314741.
88. Kuk JL, Ardern CI, Church TS, Sharma AM, Padwal R, Sui X, et al. Edmonton Obesity Staging System: association with weight history and mortality risk. *Appl Physiol Nutr Metab Physiol Appl Nutr Metab*. août 2011;36(4):570-6.
89. WHO. Constitution [Internet]. 1948 [cité 9 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/accountability/governance/constitution>
90. Johnson F, Cooke L, Croker H, Wardle J. Changing perceptions of weight in Great Britain: comparison of two population surveys. *The BMJ*. 10 juill 2008;337:a494.
91. Gruszka W, Owczarek AJ, Glinianowicz M, Bąk-Sosnowska M, Chudek J, Olszanecka-Glinianowicz M. Perception of body size and body dissatisfaction in adults. *Sci Rep*. 27 janv 2022;12:1159.
92. Robinson E, Haynes A, Sutin A, Daly M. Self-perception of overweight and obesity: A review of mental and physical health outcomes. *Obes Sci Pract*. 8 juin 2020;6(5):552-61.

ANNEXES

I. Annexe 1 - Guide d'entretien original

- 1 - Racontez-nous la dernière consultation dans laquelle le surpoids ou l'obésité a été abordé.
- 2 - Quels sont les facteurs qui vous incitent à la prise en charge du surpoids ou de l'obésité de votre patient ?
- 3 - Comment définiriez-vous le surpoids et l'obésité ? Utilisez-vous d'autres critères ?
 - *Décrivez-nous le profil d'un patient en situation de surpoids, selon vous ?*
 - *Décrivez-nous le profil d'un patient en situation d'obésité, selon vous ?*
 - *Quelle différence faites-vous entre le surpoids et l'obésité ?*
 - *Comment évaluez-vous la sévérité de l'obésité ?*
 - *Pouvez-vous hiérarchiser ces critères ? Le ou lesquelles vous paraissent plus importants ?*
- 4 - Avez-vous vécu une expérience professionnelle (et/ou personnelle) qui vous a fait changer votre vision de l'obésité ? Que faites-vous de différent maintenant ?
**Relance : sa vision de son propre poids qui influe sa vision de l'obésité*
- 5 - Quelle est l'importance du sujet du poids dans votre pratique quotidienne ?
- 6 - *(si non abordée)* Que pensez-vous de l'IMC comme définition du surpoids et de l'obésité ?
- 7 - *(si non abordée)* Au final, qu'est-ce qui fait que vous allez considérer le poids d'un patient comme un problème de santé ?

Question de fin : "avez-vous des choses à rajouter ?"

II. Annexe 2 - Guide d'entretien modifié

1 - Racontez-nous la dernière consultation dans laquelle le surpoids ou l'obésité a été abordé.

2 - Quels sont les facteurs qui vous incitent à la prise en charge du surpoids ou de l'obésité de votre patient ?

3 - Comment définiriez-vous le surpoids et l'obésité ? Utilisez-vous d'autres critères ?

- *Décrivez-nous le profil d'un patient en situation de surpoids, selon vous ?*
- *Décrivez-nous le profil d'un patient en situation d'obésité, selon vous ?*
- *Quelle différence faites-vous entre le surpoids et l'obésité ?*
- *Comment évaluez-vous la sévérité de l'obésité ?*
- *Pouvez-vous hiérarchiser ces critères ? Le ou lesquelles vous paraissent plus importants ?*

Ajoutée le 04/07 lors entretien E9 : Que pensez-vous de la notion d'obésité métaboliquement saine ?

4 - Avez-vous vécu une expérience professionnelle (et/ou personnelle) qui vous a fait changer votre vision de l'obésité ? Que faites-vous de différent maintenant ?

**Relance : sa vision de son propre poids qui influe sa vision de l'obésité*

Ajoutée le 01/06 lors entretien E7 : Avec votre expérience est-ce que des complications surviennent systématiquement chez les patients en situation d'obésité ? Chez les patients en surpoids ?

5 - Quelle est l'importance du sujet du poids dans votre pratique quotidienne ?

6 - *(si non abordée)* Que pensez-vous de l'IMC comme définition du surpoids et de l'obésité ?

Ajoutée le 07/03 lors entretien E4 : avez-vous déjà été surpris par/en désaccord avec un IMC ?

7 - *(si non abordée)* Au final, qu'est-ce qui fait que vous allez considérer le poids d'un patient comme un problème de santé ?

Question de fin : "avez-vous des choses à rajouter ?"

III. Annexe 3 - Lettre d'information et de consentement

Chère consoeur, cher confrère,

Nous sommes Aurore LOUIS et Diane AUDIFFREN, deux médecins généralistes remplaçantes, en cours de thèse à l'Université Grenoble Alpes. Dans le cadre de notre thèse d'exercice, nous réalisons **une étude qualitative traitant du surpoids et de l'obésité du point de vue des médecins généralistes**. Nous souhaitons trouver des médecins généralistes en Isère volontaires pour participer à des entretiens individuels semi-dirigés (entretien individuel où nous vous poserons des questions ouvertes sur ce sujet), au cours desquels nous pourrions recueillir leur point de vue et leur expérience.

Cette lettre d'information vise à vous informer du déroulement de cette étude. Vous pouvez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, réfléchir à votre participation, et demander au responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Dans le cadre de la méthodologie qualitative et afin d'obtenir les réponses les moins biaisées possibles, le sujet précis de l'étude et ses objectifs vous seront exposés à la fin de l'entretien sauf demande contraire de votre part. Il ne s'agira pas de tester vos connaissances mais de bénéficier de votre regard en tant que professionnel de santé, aucun jugement ne sera porté sur vos réponses.

Les entretiens seront réalisés par Aurore LOUIS ou Diane AUDIFFREN, suivant vos disponibilités, dans les locaux qui vous conviennent. La durée des entretiens est estimée entre 15 et 45 minutes.

Les entretiens seront enregistrés à l'aide de nos téléphones portables ou d'enregistreurs audio (sécurisés par mot de passe et gardés en lieu sûr le moins longtemps possible). Ils seront retranscrits mot à mot avec pseudonymisation (au maximum 1 mois après notre rencontre) puis seront détruits. Les transcriptions pseudonymisées seront gardées sur support numérique de façon sécurisée et les données recueillies ne permettront pas de vous identifier, votre anonymat sera préservé.

Le traitement des données sera effectué dans les limites juridiques fixées par l'article 6 du RGPD et donc uniquement dans le but de répondre aux objectifs de la thèse. L'analyse des données sera réalisée par Aurore LOUIS et Diane AUDIFFREN, en collaboration avec le Dr Christel ODDOU, notre directrice de thèse. Les investigatrices s'engagent à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de notre thèse et pourront éventuellement être publiés. Les données à caractère personnel seront détruites au maximum à la fin de l'analyse des données et avant la soutenance du travail de thèse dans la limite de 1 an.

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 14 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 :

- vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ainsi que du droit de demander la limitation du traitement

- vous disposez aussi d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées

- vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli.

Néanmoins, conformément aux articles 17.3.c et 17.3.d du RGPD, ce droit ne s'applique pas dans la mesure où le traitement des données est nécessaire à des fins statistiques et pouvant rendre impossible ou compromettre gravement la réalisation des objectifs dudit traitement. Le cas échéant, pour ne pas mettre en péril les résultats de l'étude, nous conserverons donc vos données.

- vous disposez d'un droit de réclamation auprès d'une autorité de contrôle (en France : la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Pour exercer vos droits, veuillez contacter les responsables de l'étude (voir coordonnées en fin de lettre).

Le délégué à la protection des données (le DPO) de l'Université Grenoble Alpes a été sollicité pour la mise en conformité de l'étude selon la norme CNIL MR-004.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez. Dans ce cas, vos coordonnées personnelles seront gardées jusqu'à la soutenance de la thèse (maximum 1 an) sinon elles seront supprimées dès renvoi de la retranscription.

L'étude est financée par Aurore LOUIS et Diane AUDIFFREN. Il n'y a pas de conflit d'intérêt à déclarer. La participation à l'étude est volontaire et n'est pas rémunérée.

Si vous êtes volontaire pour participer à ce travail de recherche de thèse, ou que vous connaissez des médecins étant susceptibles de l'être, merci de nous contacter par mail ou téléphone.

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous porterez à ce travail.

Confraternellement,

Diane AUDIFFREN

Tel : *donnée personnelle*

Mél : diane.audiffren@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Aurore LOUIS

Tel : *donnée personnelle*

Mél : aurore.louis@etu.univ-grenoble-alpes.fr

*Thèse réalisée sous la direction du Docteur Christel ODDOU, Médecin Généraliste à Epagny et
Maître de stage à l'Université Grenoble Alpes
Délégué à la Protection des données (DPO) : Héloïse Faivre*

IV. Annexe 4 - Formulaire de non opposition

Je soussigné(e) Dr
accepte librement de participer au travail de thèse d'Aurore LOUIS et Diane AUDIFFREN,
sous la direction du Dr Christel ODDOU, et à participer à un entretien individuel concernant la
question du surpoids et de l'obésité.

- J'ai pris connaissance de la lettre d'information et j'ai reçu les réponses à toutes mes questions
- Je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux me retirer à tout moment sans fournir de justification. Je peux apporter des précisions à mon témoignage ultérieurement
- J'accepte que mes données personnelles identifiantes (nom, prénom, numéro de téléphone, adresse mail, adresse du cabinet médical) soient collectées, renseignées dans un fichier privé et sécurisé, qui sera uniquement partagé entre les investigatrices sus-citées. Je comprends que ces données personnelles seront détruites au plus tard avant la soutenance de thèse (délai maximum d'un an). Je comprends que les données analysées seront pseudonymisées et que mon identité n'apparaîtra dans aucune publication.
- Je reconnais avoir pris connaissance de mes droits

Signature du participant

Date : Lieu : Signature :

Ce formulaire de non opposition sera conservé de manière sécurisée en version numérisée (version papier détruite dès que possible après l'entretien) et sera effacé après soutenance de la thèse.

V. Annexe 5 - Engagement de conformité à une méthodologie de référence CNIL



Engagement de conformité à une méthodologie de référence CNIL

pour un traitement mis en œuvre dans le cadre d'une thèse de médecine générale

(document à communiquer obligatoirement au DPO avec le dossier à instruire)

1. Informations sur le déclarant

Responsable de traitement : **Université Grenoble Alpes (UGA)**
Délégué à la protection des données (DPO) : **DPO@univ-grenoble-alpes.fr**
Unité responsable de la mise en œuvre : **UFR de médecine**
Département de médecine générale (DMG)
Pôle santé, domaine de la Merci, place du Commandant Nal, 38700 La Tronche
doyen.medecine@univ-grenoble-alpes.fr
Référént métier au DMG : **Dr Yoann Gaboreau**
yoann.gaboreau@univ-grenoble-alpes.fr

2. Information sur le traitement mis en œuvre pour la thèse

Finalité (titre court) : **Perception de l'obésité par les médecins**
Investigateur.trice principal.e (thésard.e) : **Aurora Louis Diane Audiffren**
Le traitement entre-t-il dans le cadre d'une méthodologie de référence ? (1 choix)
 MR-003 *Recherches impliquant la personne humaine dans le domaine de la santé ne nécessitant pas le recueil du consentement* de la personne concernée*
 MR-004 *Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé*
 Le traitement n'entre pas dans le cadre d'une méthodologie de référence

3. Transferts de données hors UE

NON
 OUI (consulter la [liste des pays offrant un niveau de protection adéquat](#) et justifier auprès du DPO)

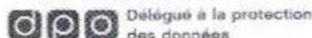
4. Engagement du responsable de mise en œuvre (directeur.trice de thèse)

Identité et qualité : **Dr Christel professeur associé**
Contact mail : **abbauchristel@gmail.com**
Date : **18 / 01 / 2023**
Signature : 

Avertissement

Les données personnelles dans ce formulaire sont nécessaires à la validité de ce document et sont susceptibles d'être communiquées au responsable du traitement – ou son représentant – et à la CNIL en cas de vérification. Conformément Règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits pour les données qui vous concernent auprès du Délégué à la protection des données de l'UGA DPO@univ-grenoble-alpes.fr

* Attention : l'information préalable reste obligatoire



Délégué à la protection
des données

avril 2019

VI. Annexe 6 - Grille COREQ

No	Item	Question/description
Domaine 1 : équipe de recherche et réflexion		
<i>Caractéristiques personnelles</i>		
1	Enquêteur/animateur	Aurore LOUIS et Diane AUDIFFREN
2	Titres académiques	Internes en médecine générale à l'UGA (Université Grenoble Alpes)
3	Activité	Remplacements en médecine générale
4	Genre	Femmes
5	Expérience et formation	Novices en recherche. DES Médecine Générale
<i>Relation avec les participants</i>		
6	Relation antérieure	Aucune, anciens MSU ou anciens collègues
7	Connaissance des participants au sujet des enquêteurs	Nom, Prénom, thèse sur le sujet de l'obésité de l'adulte
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Nous deux : internes en médecine générale, pas de formation complémentaire en nutrition, intérêt personnel et/ou professionnel sur la question du surpoids et de l'obésité Diane : obésité dans la famille, prise en charge personnelle du poids avec contrôle nutritionnel et sportif Aurore : obésité dans la famille, surpoids adolescente
Domaine 2 : conception de l'étude		
<i>Cadre théorique</i>		
9	Orientation méthodologique et théorie	Analyse en théorisation ancrée
<i>Sélection des participants</i>		
10	Echantillon	Sélection par échantillonnage dirigé ; lettre d'information diffusée et recommandations
11	Prise de contact	Approche par e-mail, par téléphone et face à face
12	Taille de l'échantillon	Inclusion de participants jusqu'à saturation des données, total 13 participants
13	Non participation	Aucun participant n'a exercé son droit d'opposition ou de rectification.
<i>Contexte</i>		
14	Cadre de la collecte de données	10 entretiens ont eu lieu au cabinet du médecin, 2 chez le médecin et 1 chez une des investigatrices
15	Présence de non-participants	Non, sauf un entretien (E13) où d'autres médecins sont intervenus en salle de

		pause où se déroulait l'entretien
16	Description de l'échantillon	Recrutement avec échantillon sélectionné de médecins généralistes (hommes ou femme, jeunes ou âgés, en semi-rural, rural ou urbain, en milieu défavorisé ou non, situation de poids variée), en Isère
Recueil de données		
17	Guide d'entretien	Guide d'entretien réalisé par Aurore Louis et Diane Audiffren. Le guide d'entretien a été testé une fois au préalable auprès d'une médecin volontaire
18	Entretien	Les entretiens n'ont pas été répétés à l'avance.
19	Enregistrements visuel/audio	Utilisation d'un enregistreur audio (application dictaphone du téléphone ou dictaphone)
20	Notes de terrain	Oui, sur une note libre au fur et à mesure de l'entretien et après l'entretien sur notre journal de bord
21	Durée	Entre 22 à 48 minutes, moyenne de 34 minutes
22	Saturation des données	Oui, la saturation des données a été discutée au 11ème entretien et confirmée par 2 entretiens supplémentaires.
23	Retranscriptions rendues	Aucun médecin n'a souhaité avoir accès à la retranscription écrite de leur entretien.
Domaine 3 : analyse et résultats		
Analyse des données		
24	Nombre de personnes codant les données	2 personnes pour coder les données
25	Description de l'arbre de codage	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes sont issus des données recueillies
27	Logiciel	Excels et Word
28	Vérification par les participants	Non, pas de demande des participants après proposition
Rapports		
29	Citations présentées	Oui le participant est présenté par un numéro à chaque citation utilisée pour illustrer les résultats
30	Données et conclusions cohérentes	Les données présentées et les résultats sont cohérents
31	Clarté des thèmes majeurs	Les thèmes majeurs sont présentés dans les résultats
32	Clarté des thèmes mineurs	Certains sous-thèmes sont présentés dans les résultats, d'autres ont été rapportés dans la discussion

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

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

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

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

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

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

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

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

”